

Parkinson

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

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

Parkinson beginnt schleichend, deshalb ist es schwer, die Zahl der Patienten zu schätzen. Etwa 250.000 - 280.000 Menschen in Deutschland sollen betroffen sein, die meisten sind über 60 Jahre alt.

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

Dieser Ratgeber möchte Betroffene und Angehörige dabei unterstützen, mit den fortschreitenden Veränderungen umzugehen und geeignete Hilfe und Unterstützung aus dem Gesundheits- und Sozialsystem zu bekommen.

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

Wir hoffen Sie damit in ihrer oftmals nicht einfachen Situation unterstützen zu können.

Inhalt

Vorwort	2
Parkinson	5
Formen	5
Symptome	5
Behandlung	6
Leben mit Parkinson	8
Angehörige und Freunde	8
Sport und Bewegung	9
Ernährung	10
Schlaf	11
Sexualität	12
Autofahren und Führerschein	12
Urlaub	14
Psychische Beeinträchtigungen	15
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	17
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	17
Krankengeld	18
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	22
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	24
Erwerbsminderungsrente	24
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	25
Hilfe zum Lebensunterhalt	27
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	29
Zahlungsregelungen	29
Zahlungsbefreiung	30
Sonderregelung für chronisch Kranke	33
Rehabilitation	34
Überblick über Reha-Leistungen	34
Ambulante Reha-Maßnahmen	35
Stationäre Reha-Maßnahmen	36
Anschlussheilbehandlung	38
Stufenweise Wiedereingliederung	40
Berufliche Reha-Maßnahmen	41
Übergangsgeld	42
Reha-Sport und Funktionstraining	44
Haushaltshilfe	45
Behinderung	47
Definition	47
Grad der Behinderung	47
Schwerbehindertenausweis	48

Nachteilsausgleiche _____	49
Pflege _____	50
Definition „Pflegedürftigkeit“ _____	50
Pflegegrade _____	53
Pflegeleistungen _____	53
Leistungen für pflegende Angehörige _____	57
Hilfsmittel _____	59
Hilfsmittel für die Hände _____	59
Hilfsmittel für das Gleichgewicht _____	59
Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität _____	59
Pflegehilfsmittel _____	60
Wohnen _____	63
Sturzprophylaxe _____	63
Wohnumfeldverbesserungen _____	64
Hausnotrufsystem _____	65
Patientenvorsorge _____	68
Vorsorgevollmacht _____	68
Betreuungsverfügung _____	68
Patientenverfügung _____	69
Adressen _____	70
Impressum _____	71

Parkinson

Die Parkinson-Erkrankung, auch „Schüttellähmung“ genannt, hat ihren Namen von dem englischen Arzt Dr. James Parkinson, der die Krankheit 1817 als erster beschrieben hat.

Parkinson ist eine „neurodegenerative“, den Verfall des Nervensystems betreffende, Erkrankung, d.h. konkret: In einer bestimmten Hirnregion (Basalganglien) werden Nervenzellen abgebaut, die den Botenstoff Dopamin herstellen. Das beeinträchtigt die Bewegungsfähigkeit. Parkinson ist eine langsam fortschreitende Erkrankung, die bisher nicht geheilt werden kann.

Formen

Folgende Formen von Parkinson-Syndromen werden unterschieden:

- **Idiopathisches Parkinson-Syndrom (IPS):** Dabei handelt es sich um die „eigentliche“ Parkinson-Erkrankung (Morbus Parkinson), die etwa drei Viertel der Patienten betrifft. Die Symptome treten ohne erkennbare Ursache auf. Es kommt zu einem Dopaminmangel, der durch den Untergang von bestimmten Nervenzellen im Gehirn hervorgerufen wird.
- **Symptomatische Parkinson-Syndrome:** Die Symptome haben bekannte Ursachen, z.B. wiederholte mechanische Gewalteinwirkung (Boxen, Unfälle), Medikamente, Giftstoffe oder bestimmte Krankheiten, z.B. Hirntumor oder Wilson-Krankheit (gestörter Kupferstoffwechsel in der Leber).
- **Idiopathisch-degenerative Parkinson-Syndrome:** Die Symptome treten aufgrund einer anderen neuro-degenerativen Erkrankung auf, z.B. wegen einer Multisystem-Atrophie (MSA), Morbus Alzheimer oder der Lewy-Körperchen-Erkrankung.

Symptome

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

- Rigor: erhöhter Muskeltonus, der zu einer Steifigkeit führt, die auch mit Schmerzen verbunden ist.
- Bradykinese: Bewegungsverlangsamung. In Kombination mit dem Rigor entsteht so eine typische Körperhaltung mit nach vorne geneigtem Kopf und Rumpf sowie ausdruckslosem Gesicht.
- Ruhetremor: Zittern in körperlichem Ruhezustand. Typisch sind schnelle Bewegungen der Finger.
- Posturale Instabilität: Störung der aufrechten Körperhaltung durch mangelhafte Halte- und Stellreflexe.

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

- Sprechstörungen (leise und monoton)
- Mikrografie (immer kleiner werdende Schrift)
- kleinschrittiges Gangbild (vornüber gebeugt mit sehr kleinen Schritten)
- Demenz (Verschlechterung des Gedächtnisses und Verlangsamung von Denkabläufen)
- Depression (tritt häufig bereits vor den eigentlichen Parkinson-Symptomen auf)
- Schlafstörungen

- Störungen des vegetativen Nervensystems (vermehrtes Schwitzen, vermehrte Speichelproduktion, Blasenentleerungsstörungen, Verstopfung, Erektionsstörungen)

Behandlung

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

Medikamente

Medikamente können auf die Symptome der Krankheit und die damit verbundenen Beeinträchtigungen einwirken, indem sie auf eine Behebung des Dopaminmangels abzielen. Das wirksamste Medikament ist L-Dopa (Abkürzung für Levodopa). Es sorgt dafür, dass Nervenzellen den Botenstoff Dopamin herstellen, den das Gehirn durch die Erkrankung immer weniger bildet. Unter den vielen weiteren Medikamenten, die bei Parkinson eingesetzt werden, sind Dopamin-Agonisten die wichtigsten. Diese Wirkstoffe ähneln chemisch dem Dopamin und wirken im Körper wie der fehlende Botenstoff. Sie werden in Kombination mit L-Dopa oder auch allein eingesetzt, insbesondere am Anfang der Therapie und bei Patienten unter 70 Jahren.

Tiefe Hirnstimulation

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

Behandlung der Bewegungseinschränkungen

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

- **Physiotherapie:** Physiotherapeuten vermitteln vor allem Übungen für die Beweglichkeit, um der zunehmenden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Neben individuellen Trainingsverfahren, kann der Therapeut auch bei der Auswahl und dem Gebrauch geeigneter Hilfsmittel (siehe S. 59) behilflich sein.
- **Ergotherapie:** Ergotherapeuten unterstützen Patienten bei der Durchführung von Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Sie trainieren u.a. die Feinmotorik, z.B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und Selbstständigkeit.
- **Logopädie:** Im Verlauf der Erkrankung können zunehmend Probleme mit dem Sprechen auftreten, weil die Sprechmuskulatur betroffen ist. Dadurch kann die Sprache undeutlicher und oft auch leiser werden. Gezieltes logopädisches Training kann die Sprachprobleme bei Parkinson-Patienten effektiv behandeln. Logopäden helfen auch bei Schluckstörungen, die ebenfalls ein häufiges Symptom bei Parkinson sind.



Praxistipps!

- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die Heilmittel. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Der Patient muss in der Regel eine Zuzahlung leisten (Näheres auf S. 29).
- Physiotherapeuten vor Ort können beim Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. unter www.physio-deutschland.de > Patienten und Interessierte > Physiotherapeutensuche gefunden werden.
- Ergotherapeuten vermittelt der Deutsche Verband für Ergotherapeuten unter www.dve.info > Ergotherapie > Therapeutensuche.
- Logopäden können beim Deutschen Bundesverband für Logopädie unter www.dbl-ev.de > Service > Logopädensuche gefunden werden.

Künstlerische Therapien

Zu den künstlerischen Therapien zählen u.a. die Musik-, Tanz-, Theater- und Kunsttherapie. Dabei handelt es sich um aktivierende Therapieformen, die die Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe und der Selbstständigkeit im Alltag zum Ziel haben.

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

Leben mit Parkinson

Angehörige und Freunde

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

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

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

Umgekehrt sollten Freunde und Familie den Patienten zu all diesen Verhaltensweisen ermutigen und ihn dabei unterstützen. Wichtig sind auch Trösten, Mut machen, Zuversicht vermitteln und „einfach nur“ da sein beim Überwinden seelischer und körperlicher Befindenseinbrüche, wie sie bei einer fortschreitenden Krankheit wie Parkinson nicht ausbleiben.

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

Informationen

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

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

Auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ist sinnvoll. Über Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsbewältigungsstrategien und Tipps für den Alltag kann kaum jemand besser informieren als Menschen, die an derselben Krankheit leiden. In Selbsthilfegruppen kann man sich persönlich treffen oder entsprechende Internetangebote (Infos, Foren, Chats) nutzen. Adressen finden Sie auf S. 70.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen für interessierte Patienten und Angehörige gibt eine Patienten-Leitlinie, an der drei Fachorganisationen gemeinsam gearbeitet haben: das „Kompetenznetz Parkinson“, der „Berufsverband Deutscher Neurologen“ (BDN) und die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN). Die Leitlinie finden Sie unter www.awmf.org unter dem Suchbegriff „Parkinson-Syndrom“,

idiopathisch“.

- Hilfreiche Informationen rund um die Erkrankung bieten auch verschiedene Internetseiten (Adressen auf S. 70).

Sport und Bewegung

Da viele Erkrankte ihre Beschwerden im Ruhezustand weniger spüren, neigen sie dazu, körperliche Anstrengung zu vermeiden und sich übermäßig zu schonen.

Durch Sport und Bewegung können bei Parkinson-Patienten allerdings Muskelsteifheit und Störungen des Bewegungsablaufs vermindert werden. Sport ist eine wirksame Methode, um die Selbstständigkeit und Beweglichkeit möglichst lange zu erhalten.

Betroffene können zu Hause, in Sportgruppen oder unter Anleitung von Physio- bzw. Ergotherapeuten trainieren und gezielte Übungen machen. Besonders gut geeignet sind Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern oder Nordic Walking, weil dabei Beweglichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Kraft, Körperhaltung und Koordination trainiert werden. Vereine oder Volkshochschulen bieten zum Teil spezielle Angebote. Zwei besondere Formen des Trainings für Parkinson-Patienten sind das therapeutische Klettern und das therapeutische Reiten.

Eher vermieden werden sollten Sportarten, die mit einem hohen Sturzrisiko, z.B. durch schnelle Drehbewegungen, verbunden sind. Näheres zur Vorbeugung von Stürzen auf S. 63.

Spezifische Übungen bei Parkinson

Gangbild

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

Freezing-Phänomene

Als Freezing-Phänomen wird das plötzliche Verharren in einer Bewegung bezeichnet. Folgende Verhaltenstipps können helfen, das „Einfrieren“ zu überwinden:

- Patient gibt sich selbst Kommandos zur Schrittfolge.
- Im Takt nach einem vorgegebenen Rhythmus (z.B. nach Musik) gehen.
- Begleitperson stellt den eigenen Fuß vor den blockierten Fuß und baut so einen Gegendruck auf.

Mimik

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

Folgende Übungen helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:

- Stirn runzeln

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

Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

Entspannung

Entspannung wirkt der krankheitsbedingten Versteifung entgegen. Entspannung ist aber auch hilfreich, um Stress, Angst und Unsicherheit zu reduzieren, die bei vielen Patienten durch die Krankheit und ihre Symptome hervorgerufen werden und gleichzeitig dessen Auswirkungen verstärken können. Entspannung kann zudem den Tremor (Zittern) und Schlafprobleme reduzieren.

Patienten sollten daher Entspannungsübungen erlernen und regelmäßig einsetzen. Geeignet sind z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Biofeedback-Verfahren, Yoga oder Atemübungen. Im Internet werden auch spezielle Entspannungs-CDs, Bücher und Broschüren mit Übungen für Parkinson-Patienten angeboten.

Auch warmes Wasser wirkt sich günstig aus. Es lockert die Steifheit der Muskulatur, stärkt sie gleichzeitig und reduziert damit die Verletzungsgefahr bei Stürzen.

Ernährung

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

Obstipation (Verstopfung)

Parkinson-Patienten leiden oft unter Obstipation und Völlegefühl. Ursache dafür ist eine verminderte Beweglichkeit der Magen-Darm-Muskulatur. Deswegen sollten Erkrankte auf eine ballaststoffreiche Ernährung achten, z.B. mit Getreide, Hülsenfrüchten, Obst und Gemüse. Zudem sollten sie viel trinken (mind. 2 bis 3 Liter am Tag, da Parkinson-Medikamente den Körper austrocknen lassen) und sich ausreichend bewegen.

Eine aktive Magen-Darm-Muskulatur fördert zudem die Aufnahme des Medikaments L-Dopa.

Alkohol

Alkohol ist bei Parkinson sehr individuell zu betrachten. Bei manchen Patienten reduziert Alkohol das Zittern, dennoch sollte er nicht als Selbsttherapie eingesetzt werden, da dies zur Abhängigkeit führen kann.

Alkohol führt auch bei gesunden Menschen zu langsameren Reaktionen, schlechterer Koordination und undeutlicher Sprache. Parkinson-Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung bereits solche Symptome haben, sollten Alkohol meiden.

Kaffee, Tee

Wenn Kaffee, Tee oder andere anregende Getränke das Zittern verstärken, sollten sie gemieden werden.

Einnahme von L-Dopa

L-Dopa wirkt auf nüchternen Magen besser und sollte mindestens 30 Minuten vor dem Essen eingenommen werden. Eiweiß verringert die Aufnahme von L-Dopa in den Körper. Bei hoher Dosierung von L-Dopa sollte der Eiweißgehalt der Nahrung reduziert oder eiweißreiche Kost (z.B. Fisch) zeitlich versetzt zur Medikamenteneinnahme gegessen werden. L-Dopa sollte eine halbe bis eine Stunde vor oder eineinhalb Stunden nach eiweißhaltiger Nahrung eingenommen werden. Eine eiweißarme Diät kann die Wirkung von L-Dopa erhöhen.

Wenn L-Dopa Übelkeit verursacht, bei der Medikamenteneinnahme ein Stück trockenes Brot essen. Gegen extreme Übelkeit kann der Arzt zusätzliche Medikamente verordnen.

Dysphagie (Schluckbeschwerden)

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

Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden:

- Beim Essen aufrecht sitzen und den Kopf nicht zurücklegen.
- Auf das Essen konzentrieren, vor allem bei der Einnahme flüssiger Speisen.
- Günstiger als z.B. dünne Suppe ist breiige, dickflüssige oder feste Nahrung.
- Zu fester Nahrung gebundene Saucen essen, dann gleitet die Nahrung besser.
- Mehrmals schlucken, auch wenn der Mund schon leer ist.



Praxistipp!

Bei Patienten mit Dysphagie kann eine Logopädie dazu beitragen, den normalen Schluckablauf wiederherzustellen oder zu verbessern, Näheres auf S. 6.

Schlaf

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

Folgende Hinweise können helfen, einen gesunden Schlafrhythmus zu entwickeln:

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

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

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

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) bietet viele Informationen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen und führt eine Adressliste mit Schlaflaboren und Selbsthilfegruppen: www.dgsm.de.

Sexualität

Parkinson kann zu Veränderungen des sexuellen Empfindens führen – durch die Krankheit selbst oder aufgrund bestimmter Medikamente.

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

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

Das führt bei vielen Paaren zu Unsicherheiten. Wichtig ist, dass der Betroffene sich nicht unter Druck setzt. Eine „volle Leistungsfähigkeit“ wird nicht von ihm erwartet. Es ist wichtig, Probleme und Ängste offen zu thematisieren, ggf. auch mit dem Arzt. Dann können gemeinsam Wege gefunden werden, um trotz Krankheit Sexualität leben zu können.

Autofahren und Führerschein

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

Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Bei Führerscheininhabern, bei denen Parkinson diagnostiziert wurde, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt

sollte den Patienten auch schriftlich bestätigen lassen, dass er auf die Gefahr hingewiesen wurde, andernfalls könnten Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden. Oft steht diese Empfehlung auch im Abschlussbericht von Reha-Maßnahmen.

Ob der Patient dies dann bei der zuständigen Führerschein- bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, bleibt ihm selbst überlassen.

Auch Fahrradfahrer, die mit einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands einen Unfall verursachen, können ihren Führerschein verlieren. Bei entsprechendem Verdacht macht die Polizei eine Mitteilung an die Führerscheinstelle, die dann den Patienten auffordert, die Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen.

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, z.B. bei einer Verkehrsroutinekontrolle durch die Polizei, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

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

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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

Fahrerlaubnis bei Parkinson

Die Begutachtungsrichtlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen weisen darauf hin, dass Parkinson-Patienten ein Kfz dann nicht sicher führen können, wenn aufgrund des individuellen körperlichen oder geistigen Zustands eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist.

In dieser Richtlinie ist ebenso festgelegt, dass die Fähigkeit, ein Kfz sicher zu führen, nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichten Fällen der Erkrankung gegeben ist.

Deshalb sind Ärzte verpflichtet, Patienten über die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren. Verhält sich ein Patient trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt unvernünftig, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörden/Polizei zu benachrichtigen.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen keine Fahrerlaubnis gegeben. Im Verlauf der medikamentösen Behandlung bei Parkinson können z.B. eine vermehrte Tagesmüdigkeit, Sekundenschlaf und Störungen der Impulskontrolle auftreten.

Praxistipps!

- Patienten können ihre Fahrtauglichkeit anhand einiger Fragen selbst überprüfen, z.B.:
 - Kann der Nacken noch einwandfrei bewegt werden oder ist das Blickfeld durch die Muskelsteifheit eingeschränkt?
 - Kann noch problemlos zwischen Gas und Bremse gewechselt werden?
 - Wird Schläfrigkeit auch untertags festgestellt?
 - Kann auf unvorhergesehene Situationen immer rasch reagiert werden?
- Patienten können auch verschiedene Angebote nutzen, um ihre Fahrtüchtigkeit zu testen:
 - Der ADAC überprüft die persönliche Reaktionszeit.
 - Die DEKRA oder der TÜV bieten Eignungstests. Die Schweigepflicht wird beachtet.
 - Geprüfte Fahrlehrer können in einer Fahrstunde feststellen, ob sich ein Patient noch sicher im Verkehr bewegen kann.

Wer hilft weiter?

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

Urlaub

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

Folgendes ist für einen erholsamen Urlaub zu beachten:

- Viele Parkinson-Patienten haben Probleme mit der Wärmeregulation und neigen zu Schweißausbrüchen. In diesen Fällen sind Reisen in heiße Regionen zu meiden.
- Von zu Hause aus Erkundigungen einziehen, ob es am Urlaubsort medizinische Versorgung für einen eventuellen Notfall gibt.
- Mit dem behandelnden Arzt die bevorstehende Reise besprechen:
 - Worauf muss geachtet werden?
 - Ist die medikamentöse Einstellung in Ordnung?
 - Kann man für die An- und Abreise lange im Auto oder Zug sitzen?
 - Kann man selbst/alleine fahren?
 - Wie sollen bei Zeitverschiebung während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthalts die Medikamente eingenommen werden? Dies ist besonders bei Flugreisen wichtig, wenn es zu einer erheblichen Zeitverschiebung kommt. Eventuell müssen die Medikamente während des Flugs auch in der Nacht weiter genommen werden.
- Ausreichend Medikamente mitnehmen: Einen Teil der Medikamente im Reisegepäck, den anderen Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhanden kommen.
- Eine Liste mit der internationalen Bezeichnung der Medikamente mitführen. Diese kann über die Deutsche Parkinson Vereinigung bestellt werden, siehe Adressen S. 70.
- Eine kleine Reiseapotheke mit Medikamenten gegen Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung mitfüh-

ren, die mit den Parkinson-Medikamenten verträglich sind. Der behandelnde Arzt kann Geeignetes verschreiben oder empfehlen.

- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, in warmen Regionen besser einen Liter mehr zuführen.
- Für ausreichenden Auslandskrankenschutz sorgen (s.u.).

Krankenversicherungsschutz im Ausland

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

Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behandlungen anfallen würden. Das kann unter Umständen zu einer hohen 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.
- Narkoseanhänger: Über die Deutsche Parkinsonvereinigung (www.parkinson-vereinigung.de > Shop) können Patienten als Informationshinweis einen speziellen Schlüsselanhänger bestellen, der im Notfall auf die Einnahme von L-Dopa hinweist.



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.
- Informationen über Einrichtungen, Serviceleistungen, Anlaufstellen und Ermäßigungen für Reisende mit Behinderung sind bei Reisebüros, Flughäfen und -gesellschaften sowie der Deutschen Bahn erhältlich.

Psychische Beeinträchtigungen

Viele Parkinson-Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung unter psychischen Beeinträchtigungen, vor allem unter Depressionen. Das kommt einerseits vom Leidensdruck der Krankheitssymptome und dem Wissen um das Fortschreiten der Krankheit, andererseits durch neuro-chemische Veränderungen.

Durch die Erkrankung gelingen bestimmte Dinge nicht mehr bzw. nicht mehr so schnell wie in der Vergangenheit. Dadurch kann sich ein Gefühl des Versagens und des „Nicht-gebraucht-Werdens“

einstellen. Depressionen können auch eine Folge der Medikamente sein. Typische Anzeichen sind Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Patienten und Angehörige sollten sorgfältig auf solche Symptome achten und gegebenenfalls mit dem behandelnden Arzt darüber sprechen. Depressionen lassen sich in der Mehrzahl der Fälle gut behandeln, medikamentös und/oder durch Psychotherapie (s.u.).

Selten kommt es infolge von Parkinson-Medikamenten zu Psychosen mit Symptomen wie Wahrnehmungsstörungen oder Wahnvorstellungen. Dann sollte sofort ein Arzt informiert werden.

Psychotherapie

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Derzeit von den Kassen anerkannt sind psychoanalytisch begründete Verfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie) sowie die kognitive Verhaltenstherapie. Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall. Für Parkinson-Patienten eignet sich eine Verhaltenstherapie meist am besten.

Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen und bei einer Verhaltenstherapie 5, bei einer analytischen Therapie bis zu 8 Probesitzungen machen. Erst dann muss er entscheiden, ob er die Therapie bei dem ausgewählten Therapeuten durchführen möchte.



Praxistipps!

- In den meisten Geschäftsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Länderebene gibt es Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter www.kbv.de stehen die Internetadressen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dort gibt es unter dem Stichwort „Arztsuche“ ein Verzeichnis der Ärzte aller Fachrichtungen, auch der psychologischen Psychotherapeuten vor Ort.
- Einige KVen haben eine sog. „Koordinationsstelle Psychotherapie“ eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. Daher sollte eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anruftdatum und Wartezeit angefertigt und bei der Krankenkasse vorgelegt werden. Diese prüft nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie bei einem Therapeuten ohne Kassenzulassung begonnen werden.

Antrag

Der Patient muss bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Zu diesem Antrag teilt der behandelnde Psychotherapeut einem Gutachter der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Notwendigkeit einer Behandlung und beschreibt Art und Dauer der benötigten Therapie.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen beantworten Fragen zur Psychotherapie.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Parkinson kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

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

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern, wenn dies in den Vereinbarungen des Tarif- oder Arbeitsvertrags geregelt wurde.
- 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. 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 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**.

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.
- Sozialzuschläge (z.B. Orts- und Familienzuschläge).

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.
- 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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

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

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

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**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 42).
- 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.

Beginn des Anspruchs

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



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

Berechnungsbeispiel

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

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängern.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360).

Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt.

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

Dauer

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

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

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

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

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- 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, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld oder Mutterschaftsgeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 24) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient 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:

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- 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. 24) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeits-

losengeld 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. 42) 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.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

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

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

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht

selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Die Altersgrenze 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 409 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 368 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 327 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 291 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 237 €.

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 Mehrbedarfszuschlag, 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 Menschen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 25.

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.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. „Belastungsgrenze“ ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

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 oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 45).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, 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 diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

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): 5.355 €
----- minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
----- davon 2 % = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € 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 Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

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 Patient 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“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

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

Rehabilitation

Parkinson ist eine fortschreitende Erkrankung. Sie kann das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. 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 nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 38) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 40).
- **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. 42), Haushaltshilfe (siehe S. 45), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 44), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

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“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Ambulante 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 Patient 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 Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient 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

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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 unter-

schiedliche Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht dem Patient ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Er sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem er seine Reha-Wünsche äußert und begründet.



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. 29.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten 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 1.191 € 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 2017 nach folgender Tabelle:

bis 1.191 €	keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	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. 45) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und die 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 **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

- Krankheit, die in der Indikationsliste aufgeführt ist (s.u.).
- 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.

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Krebserkrankungen.
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- 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.
- hormonelle Erkrankungen.
- 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.

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. Sie 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 aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer 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 Arbeitnehmer 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. 18), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 42) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 22). 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

Eine Parkinson-Erkrankung führt nicht automatisch zu einer sofortigen Berentung. Wie lange Patienten noch berufstätig sein können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

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

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

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:

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- 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.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

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

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.



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 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.
- 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 Behinderung.
- Behinderte Menschen, 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. Al-

lerdings 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.



Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Patienten mit Parkinson hilft ein gezieltes Training durch Reha-Sport und Funktionstraining.

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 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 organ-orientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

Reha-Sport oder Funktionstraining wird als ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen übernommen:

- 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

Die Antragstellung erfolgt 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 weiterbehandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei berufsbedingten Erkrankungen ist die Unfallversicherung 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 muss 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.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären 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 oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

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

Wichtig ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder,

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

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. 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 Verschwägte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der 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. 30).

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

Parkinson führt mit Fortschreiten der Erkrankung dazu, dass der Patient mit immer mehr Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Das kann dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

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

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

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

Für die Feststellung des GdB gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Beim Parkinson-Syndrom gibt es folgende Richtwerte:

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

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

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

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

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grad der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

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 Betroffenen. 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. psychische 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. Kranken-

hausentlassungsberichte, 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

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose 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.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Pflege

Parkinson ist eine fortschreitende Erkrankung, die nicht selten zur Pflegebedürftigkeit führt.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) 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.

Praxistipp!

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

- Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen und
- Menschen, die 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. 51).

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 Menschen mit Behinderung 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, eventuell 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/Publikationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung – Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

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

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.

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 (siehe Tabelle S. 55) 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 Patienten, 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 Verdienstaufschlag bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung 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 Entlassungsbetrag: 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 Entlassungsbetrag: 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 (siehe S. 58) 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 Pflege Tätigkeit 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 („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.

Hilfsmittel

Viele alltägliche Bewegungen werden durch die Parkinson-Erkrankung eingeschränkt. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Hilfsmitteln, die dem Patienten bei der Verrichtung von alltäglichen Dingen helfen können. Wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, übernehmen die Krankenkassen in der Regel die Kosten (abzüglich eines Eigenanteils, siehe S. 29).

Hilfsmittel für die Hände

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

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

Hilfsmittel für das Gleichgewicht

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

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

Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

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

- Ein Anti-Freezing-Stock hilft bei Bewegungshemmungen.
- Ein Dreirad gibt Mobilität, wenn Fahrradfahren zu unsicher wird.
- Gehhilfen bzw. Rollatoren geben höhere Sicherheit beim Gehen. Es gibt sie in einer Bandbreite von Gehgestellen über Gehwägen und Gehstützen bis hin zu Gehbarren. Die Ausführung sollte

individuell nach den Bedürfnissen des Patienten ausgesucht werden:

- Benutzung im Innenbereich (Vollgummiräder), kombiniert für die Benutzung im Innen- und Außenbereich oder ohne Spezialisierung auf bestimmte Anwendungsorte.
 - Zu beachten sind Stabilität, Beweglichkeit und Bremsausstattung.
 - Die Bremsen müssen gut erreichbar sein. Jeder Bremszug sollte beidseitig wirken, da Parkinson-Patienten oft in einer Hand weniger Kraft haben.
 - Mit separaten Feststellvorrichtungen („Parkbremse“) und Sitz eignet sich der Rollator bei Pausen auch zum Sitzen.
- Transportrollatoren sind eine Mischung aus Gehhilfe und rollendem Tablett.
 - Rollstühle gibt es in ebenso zahlreichen Ausführungen wie Gehhilfen.

Wer hilft weiter?

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

Pflegehilfsmittel

Ist ein Parkinson-Patient pflegebedürftig, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Es gibt Pflegehilfsmittel

- zur **Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen z.B. Pflegebetten und Pflegerollstühle.
- zur **Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51), dazu zählen Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen und Urinflaschen.
- zur **selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), z.B. Hausnotrufsysteme.
- zur **Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), z.B. Lagerungsrollen.
- die **zum Verbrauch bestimmt** sind (Produktgruppe 54), das sind saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung (z.B. Einmalhandschuhe) und Desinfektionsmittel.
- die zu den **technischen Hilfen** zählen. Hierzu gehören Hilfsmittel der Produktgruppen 50-53 (z.B. Pflegebetten und Rollatoren), die von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden.

Voraussetzungen

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

Umfang

Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst:

- die Erstausrüstung,

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

Kostenübernahme

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

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln, für die ein Festbetrag besteht, und Pflegehilfsmitteln ohne Festbetrag:

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

Bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (Produktgruppe 54) übernimmt die Pflegekasse Kosten von bis zu 40 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 40 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der Betrag, bis zu dem die Pflegekasse die Kosten erstattet. Wird ein Pflegehilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die zudem zu zahlende Zuzahlung richtet sich nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel wird der Patient also dann Eigenanteil plus Zuzahlung leisten.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen für technische Hilfen folgende Zuzahlung leisten:

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

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

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 30).



Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.
- Bei „großen“ Hilfsmitteln wie einem Pflegebett oder Pflegerollstuhl muss eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus eingereicht werden. Dieses überprüft dann die Kostenübernahme. Auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss.
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.
- Ein sog. „Pflegehilfsmittelverzeichnis“ gibt Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. Es ist bei den Pflegekassen und teilweise auch in Sanitätshäusern erhältlich. Online findet man es unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Hilfsmittelverzeichnis.

Wohnen

Sturzprophylaxe

Stürze stellen für Parkinson-Patienten eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit dar.

Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen. Auslöser für Stürze können Stolpern oder Ausrutschen sein.

Risikofaktoren

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

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Freezing-Phänomen
- Verlangsamte Bewegungsfähigkeit
- Sehbeeinträchtigung
- Alkoholisierungszustände (sind bei Parkinson unbedingt zu vermeiden)
- Medizinische Gefahren, wie Medikamentenwirkungen, z.B. bei Einnahme von Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten (z.B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten)
- Ungeeignetes Schuhwerk

Patienten sollten jedoch auf keinen Fall aus Angst vor einem Sturz das Sitzen bevorzugen. Dadurch erreicht man genau das Gegenteil: Die Patienten werden immer schwächer und unsicherer. Sinnvoll sind auf jeden Fall kräftigende und balancefördernde Übungen.

Sturzprophylaxe

Folgende Tipps helfen, Stürze zu vermeiden:

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen.
- Auf Nebenwirkungen von Medikamenten reagieren.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegeware, da diese weder rutschen kann, noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Badezimmer, Dusche und Badewanne auslegen.

- Handgriffe anbringen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
- Zur Frakturprophylaxe z.B. Hüftprotektoren verwenden.

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 65) angeschafft werden.

Wohnumfeldverbesserungen

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

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Die Maßnahmen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den MDK zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern kann.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

Einbau von Dusche, Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen oder Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation.

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

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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



Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII nicht überschritten werden.
- **Antrag:** Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst danach mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die KfW-Bankengruppe fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter www.kfw.de > Suchbegriff „159“. Der Antrag muss gestellt werden, bevor die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > Suchbegriff „124“ für Wohneigentümergeinschaften oder Suchbegriff „134“ für Genossenschaftsanteile.



Wer hilft weiter?

Viele Städte und Gemeinden haben Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderten- oder Seniorenberatung angeschlossen oder laufen unter dem Begriff **Wohnberatungsstellen**. Der Verein „Daheim statt Heim“ bietet auf seiner Internetseite eine umfangreiche Zusammenstellung von Wohnberatungsstellen in ganz Deutschland: www.bi-daheim.de > Service > Wohnberatung. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.

Hausnotrufsystem

Hausnotrufsysteme ermöglichen es insbesondere älteren und allein lebenden Menschen, bei Hilflosigkeit, z.B. nach einem Sturz oder bei medizinischen Notfällen, schnell Hilfe zu bekommen. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Notrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden.

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete

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

Zusatzfunktionen

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

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können neben der Anschlussgebühr 30 bis 50 € monatlich veranschlagt werden.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK meist einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren maximal 18,36 €. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.



Wer hilft weiter?

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



Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis

nis, Produktgruppe 52 unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Pflegehilfsmittelverträge > Hilfsmittelverzeichnis > Produktgruppe 52.

- Grundsätzlich sollte vorher mit dem Arzt abgesprochen werden, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Dies kann 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. 68) 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

Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband

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

Kompetenznetz Parkinson

Struthweg 1, 35112 Fronhausen-Bellnhausen
Telefon: 06426 8195946
E-Mail: kontakt@kompetenznetz-parkinson.de
www.kompetenznetz-parkinson.de

Deutsche Parkinson Hilfe e.V.

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

Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.

Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin
Telefon: 033 20422781
www.parkinson-gesellschaft.de

Jung und Parkinson – Die Selbsthilfe e.V.

Prof.-Notton-Str. 11, 66740 Saarlouis
Telefon: 01633 452498
E-Mail: info@jungundparkinson.de
www.jung-und-parkinson.de

Hilfreiche Websites:

- www.morbus-parkinson-aktuell.de
- www.leben-mit-parkinson.de
- www.parkinson-aktuell.de
- www.parkinsoninfo.de
- www.parkinson-web.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

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.

9. vollständig überarbeitete Auflage, Juni 2017