

Schmerz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für Schmerzpatienten



Vorwort

In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen unter chronischen oder wiederkehrenden Schmerzen. Zu den häufigsten Schmerzerkrankungen zählen Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Rheuma- und Arthroseschmerzen sowie Tumorschmerzen.

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

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

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

Inhalt

Vorwort	2
Chronische Schmerzen	5
Entstehung einer chronischen Schmerzstörung	5
Schmerzarten	5
Schmerz und Psyche	7
Schmerzdiagnostik	8
Schmerztherapie	9
Leben mit chronischen Schmerzen	17
Angehörige und Freunde	18
Ernährung bei Opioidaufnahme	19
Sport und Bewegung	19
Autofahren	20
Reisen	22
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	25
Zahlungsregelungen	25
Zahlungsbefreiung	26
Sonderregelung für chronisch Kranke	29
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	31
Entgeltfortzahlung	31
Krankengeld	33
Verletztengeld	38
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	41
Rehabilitation	43
Überblick über Reha-Leistungen	43
Kostenträger	43
Medizinische Rehabilitation	45
Ambulante Reha-Maßnahmen	47
Stationäre Reha-Maßnahmen	47
Reha-Antrag	48
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	49
Anschlussheilbehandlung	51
Stufenweise Wiedereingliederung	53
Berufliche Reha-Maßnahmen	55
Übergangsgeld	58
Reha-Sport und Funktionstraining	60
Haushaltshilfe	62
Behinderung	66
Definition	66
Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen	67
Schwerbehindertenausweis	68
Nachteilsausgleiche	70

Pflege	71
Definition „Pflegebedürftigkeit“	71
Pflegegrade	74
Pflegeleistungen	75
Leistungen für pflegende Angehörige	79
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	82
Erwerbsminderungsrente	82
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	85
Hilfe zum Lebensunterhalt	87
Patientenvorsorge	88
Vorsorgevollmacht	88
Betreuungsverfügung	88
Patientenverfügung	89
Adressen	90
Anhang Schmerzfragebogen	92
Anhang Pflegeleistungstabelle	93
Impressum	94

Chronische Schmerzen

Schmerzen sind eine vertraute Empfindung. Sie sind eine Warnung unseres Körpers davor, dass etwas nicht in Ordnung ist. Werden Schmerzen jedoch chronisch, gehen sie häufig mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einher.

Entstehung einer chronischen Schmerzstörung

In der Regel sind akut auftretende Schmerzen zeitlich begrenzt und haben eine Warnfunktion, die den Körper zur Schutzhandlung zwingt. Sobald die schmerzauslösende Ursache erfolgreich behandelt worden ist, klingt der Schmerz in absehbarer Zeit wieder ab. Bleiben die Schmerzen jedoch über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen, können sie sich chronifizieren.

Bei chronischen Schmerzen ist der Auslöser des Schmerzes nicht identifizierbar und kann daher auch nicht ursächlich therapiert werden. Die Warnfunktion des Schmerzes ist verloren gegangen und der Schmerz wird zur eigenständigen Erkrankung, die als „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ bezeichnet wird.

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

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

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

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, sollten akute Schmerzen ernst genommen und rechtzeitig behandelt werden.

Schmerzarten

Es gibt verschiedene Schmerzarten, die sich in ihren Ursachen und Symptomen unterscheiden. Häufig treten auch Mischformen dieser Schmerzarten auf.

Folgende Schmerzarten werden unterschieden:

Nozizeptive Schmerzen

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

Somatische Schmerzen

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

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

Zu den somatischen Schmerzen zählen z.B.:

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

Eingeweideschmerzen

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

Zu den Eingeweideschmerzen zählen z.B.:

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

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

Nervenschmerzen

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

Zu den Nervenschmerzen zählen z.B.:

- Nervenwurzelbeschmerzen bei Ischialgie
- Nervenschmerzen bei diabetischer Neuropathie

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

Psychogene Schmerzen

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

Psychogene Schmerzen treten häufig an mehreren Stellen auf und äußern sich individuell sehr unterschiedlich. Beispiele sind chronische Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen, für die keine körperlichen Ursachen gefunden werden können.

Mischformen („mixed pain“)

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

Zu den gemischten Schmerzen können z.B. zählen:

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

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

Schmerz und Psyche

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

Wechselseitige Beeinflussung

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

Ursache für diese Wechselwirkungen können neurobiologische Zusammenhänge sein:

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

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

Chronische Schmerzen und Depressionen

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

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

Obwohl Depressionen ein so häufiges Begleitsymptom einer chronischen Schmerzerkrankung sind, werden sie häufig nicht erkannt. Der Grund dafür ist, dass viele Schmerzpatienten entweder die psychischen Anteile ihrer Erkrankung nicht erkennen oder aus Angst vor Stigmatisierung eine entsprechende Behandlung, z.B. eine Psychotherapie (siehe S. 13), ablehnen und daher nur ihre körperlichen Symptome schildern.



Praxistipp!

Nähere Informationen zum Krankheitsbild der Depression sowie umfangreiche Hinweise zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung bietet der Ratgeber Depressionen des beta Instituts. Er kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerzdiagnostik

Um die Schmerztherapie möglichst präzise auf die individuellen Beschwerden abstimmen zu können, ist eine genaue Analyse der Schmerzen notwendig.

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

Anamnese

Für die Schmerzanalyse sind besonders folgende Angaben wichtig:

- **Lokalisation und Ausbreitung:** Wo genau tut es weh? Wo ist der Schmerz am stärksten?
- **Beginn und Verlauf:** Wann sind die Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten? Wie häufig treten sie auf?
- **Schmerzintensität und -qualität:** Wie stark sind die Schmerzen? Wie fühlt sich der Schmerz an? Ist er stechend, brennend, dumpf oder ziehend?
- **Schmerzauslöser:** Wodurch wird der Schmerz ausgelöst? Gibt es Faktoren, die den Schmerz verstärken oder lindern?
- **Psychosoziale Aspekte:** Welche Gegebenheiten im Berufs- und Privatleben und welche persönlichen

Verhaltensmuster könnten einen bedeutenden Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben? Gibt es kritische Lebensereignisse, die mit dem Auftreten der Schmerzen in Verbindung gebracht werden können? Wie wird der Schmerz erlebt? Welche Auswirkungen hat der Schmerz auf das Alltagsleben?

Schmerzdokumentation

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

Praxistipp!

Bei der Deutschen Schmerzliga können unter www.schmerzliga.de > Service > Broschüren ein **Schmerztagebuch** und eine **Schmerzskala** kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerztherapie

Die Behandlung chronischer Schmerzen ist sehr vielschichtig und abhängig von der Art des Schmerzes. Empfehlenswert ist ein ganzheitlicher Ansatz, der neben der körperlichen Behandlung auch psychische und soziale Aspekte des Betroffenen einbezieht.

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

Medikamentöse Schmerztherapie

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

Folgende Medikamente werden in der Schmerztherapie eingesetzt:

- **Schmerzmittel (Analgetika)**

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

Die Krankenkasse übernimmt bei verordnungspflichtigen Medikamenten in der Regel die Kosten. Bei vielen Medikamenten müssen jedoch Zuzahlungen geleistet werden (Näheres auf S. 25).

Hinweise zur Anwendung von Opioiden:

- Opioide können als **Retardpräparate** verabreicht werden. Das sind Medikamente, die ihren Wirkstoff langsam über einen längeren Zeitraum freisetzen. Sie müssen nach einem festen Zeitplan eingenommen werden, um eine gleichmäßige Wirkung zu erreichen.
- Opioide können verschiedene **Nebenwirkungen** haben. Dazu zählen z.B. Verstopfung, verlangsamte oder flache Atmung (Hypoventilation), Übelkeit, Erbrechen, Krämpfe in inneren Organen (Koliken) sowie eine körperliche Abhängigkeitsentwicklung bei längerer Anwendung. Die Gefahr einer Suchtentwicklung kann durch eine korrekte Anwendung unter ärztlicher Aufsicht jedoch minimiert werden.
- Um **Entzugssymptome** wie Schwitzen oder Übelkeit zu vermeiden, dürfen die Medikamente nicht abrupt abgesetzt, sondern müssen schrittweise reduziert werden.
- Geeignete Abführpräparate sowie eine Ernährungsumstellung können einer **Verstopfung** entgegenwirken. Näheres zur Ernährung bei Opioidanwendung auf S. 19.
- Opioide können Auswirkungen auf **Sexualität und Kinderwunsch** haben und in der Schwangerschaft dazu führen, dass das ungeborene Kind eine körperliche Abhängigkeit entwickelt. Deshalb sollte jede Einnahme von Schmerzmitteln, auch von freiverkäuflichen, bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft vorher mit dem Arzt abgesprochen werden.

Praxistipp!

Opioide unterliegen, bis auf wenige Ausnahmen, dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und dürfen nur auf einem speziellen Rezept, dem sog. Betäubungsmittelrezept (gelbes Rezept), verordnet werden. Um die rechtmäßige Einnahme von medizinisch notwendigen Opioiden nachweisen zu können, sollte ein **Opioid-Ausweis** mitgeführt werden. In diesem Dokument sind die Medikamente, die Dosierung und

Einnahmedaten vermerkt, um mitbehandelnde Ärzte zu informieren. Auch Patienten, die gegenüber Behörden ihre Fahrtauglichkeit nachweisen müssen oder ins Ausland reisen, ist ein Opioid-Ausweis sehr zu empfehlen. Er kann kostenlos unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Opioid-Ausweis“ heruntergeladen werden.

Cannabinoide

Wenn gängige Schmerzmittel nicht ausreichend helfen, kann der Einsatz von Medikamenten aus Cannabis in Erwägung gezogen werden. Cannabinoide finden zunehmend Anwendung bei chronischen Schmerzen und können seit März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich verordnet werden. Die Behandlung chronischer Schmerzen erfolgt jedoch nie mit Cannabinoiden allein, sondern immer begleitend zur klassischen Schmerztherapie. Verordnungsfähig sind getrocknete Blüten, Extrakte und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon. Es gibt verschiedene Arten der Anwendung, z.B. Inhalation nach Verdampfen, Teezubereitung oder die Einnahme von Tropfen/Kapseln.

Voraussetzungen

Bei Erfüllung der folgenden Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse:

- Eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung steht nicht zur Verfügung oder kann wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes nicht angewendet werden.
- Es besteht die Aussicht auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome.

Wirkung

Cannabinoide können die Wirkung bestimmter Schmerzmittel (z.B. von Opioiden) verstärken, die Übertragung von Schmerzreizen hemmen und haben gleichzeitig eine stimmungsaufhellende, schlaffördernde und angstlösende Wirkung. Die aktuelle Studienlage nach klinischen Standards ist bisher allerdings noch unzureichend. Am ehesten wissenschaftlich belegt ist die Wirkung bei neuropathischen Schmerzen (Nervenschmerzen).

Der verschreibende Arzt sollte den Patienten umfassend über mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufklären.

Verordnung und Kostenübernahme

Damit die Kosten übernommen werden, muss das Cannabis von einem Arzt verordnet werden und eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse vorliegen. Cannabis kann von Ärzten jeder Fachrichtung verordnet werden, ausgenommen sind Zahnmediziner. Es ist üblich, dass die Krankenkassen den Medizinischen Dienst (MD) damit beauftragen eine fachliche Einschätzung zu treffen, ob der Patient tatsächlich unter einer Krankheit mit schwerwiegenden Symptomen leidet.

Erfolgt die Verordnung im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), muss die Krankenkasse innerhalb von 3 Tagen über den Antrag entscheiden. Die Frist von 3 Tagen gilt auch, wenn eine Therapie mit Cannabis bereits stationär begonnen wurde und bei Entlassung ambulant fortgeführt werden soll. In allen anderen Fällen gilt der Entscheidungszeitraum von 3 Wochen, bei gutachterlicher Stellungnahme durch den MD verlängert sich der Zeitraum auf 5 Wochen.

Praxistipp!

Weitere Informationen zur medizinischen Anwendung von Cannabis bietet die kassenärztliche Bundesvereinigung unter www.kbv.de > Suchbegriff: „Cannabis verordnen“.

Physiotherapie

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

Zu den physiotherapeutischen und physikalischen Verfahren zählen z.B.:

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

Beim chronischen Schmerzsyndrom beinhaltet die Erst-Verordnung in der Regel 6 Einheiten, die bei Bedarf bis zu einer Gesamtverordnung von 18 Einheiten erweitert werden kann.

Vielen Schmerzpatienten hilft ein gezieltes Training durch **Reha-Sport und Funktionstraining**. Dadurch können Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden (Näheres auf S. 60).

Ergotherapie

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

Die Verfahren der Physiotherapie und die Maßnahmen der Ergotherapie sind anerkannte **Heilmittel** und können vom Arzt verordnet werden. Der Patient muss 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung zuzahlen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich (Näheres ab S. 26).

Akupunktur

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

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

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die gegebenenfalls nicht-segmental bis zum Kniegelenk ausstrahlen

- Chronische Schmerzen des Kniegelenks durch Gonarthrose

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

Psychotherapie

Da psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, das Schmerzerleben und die Schmerzempfindlichkeit beeinflussen können, sollten sie im Rahmen der Schmerztherapie behandelt werden.

Die Krankenkasse übernimmt bei psychischen Erkrankungen die Behandlungskosten für folgende psychotherapeutische Verfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie (neu seit 2020)

Bei chronischen Schmerzen wird in der Regel ein (kognitiv-)verhaltenstherapeutischer Ansatz gewählt. Ziel ist es zu lernen, wie Verhaltensweisen, die den Schmerz verstärken, gezielt verändert werden können.

Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen. In Ausnahmefällen kann die Krankenkasse auch die Kosten eines Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erstatten. Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich.

Da die Wartezeiten für einen Therapieplatz häufig sehr lang sind, gibt es folgende Möglichkeiten, um die Zeit bis zum Therapiebeginn zu überbrücken:

- **Psychotherapeutische Sprechstunde:** Sie bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Klärung, welche Hilfen notwendig sind. Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Voraussetzung für eine weitere Therapie ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.
- **Psychotherapeutische Akutbehandlung:** Diese findet im Anschluss an eine Sprechstunde statt. Ziel ist, den Patienten mit seinen akuten Anliegen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie. Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe unten) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Probatorische Sitzungen

Hat man einen Therapeuten mit freien Kapazitäten gefunden, werden zunächst 2–4 (bei Kindern und Jugendlichen bis zu 6) Probestunden vereinbart. Diese sog. probatorischen Sitzungen dienen dazu, sich gegenseitig kennenzulernen und zu schauen, ob man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann. Erst dann wird ein Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt.

Wer hilft weiter?

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen:** Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter www.kbv.de > *Die KBV* > *Wer wir sind* > *Kassenärztliche Vereinigungen* stehen die Internetadressen der KVen. Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen:** Unter www.kbv.de > *Service* > *Service für Patienten* > *Arztsuche* können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestellen der KV:** Die Terminservicestellen sind verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle kann unter www.bundesgesundheitsministerium.de > *Themen* > *Krankenversicherung* > *Arzttermine finden* gefunden werden.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:** Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter www.bptk.de > *Psychotherapeutensuche* (rechte Seite).
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst:** Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter www.psychotherapiesuche.de und führt ein bundesweites Verzeichnis von Psychotherapeuten.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung:** 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. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
 - die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist
 - eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit
 - der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann

Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten.

Entspannungsverfahren

Entspannungsmethoden werden sowohl in der physikalischen als auch in der psychosomatischen Behandlung eingesetzt. Sie mindern Verspannungen und Stress, wirken auf Körper und Seele und können den Schmerz reduzieren. Viele Methoden können Patienten selbst erlernen und gezielt einsetzen.

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

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Gezieltes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen.
- **Autogenes Training:** Methode, durch die man sich in einen Zustand einer veränderten, vertieften Wahrnehmung des eigenen Körpers versetzen kann. Der Patient stellt sich etwas vor, z.B. „Ich fühle mich ganz warm“, und der Körper folgt der Vorstellung.
- **Yoga:** Entspannt, verbessert das Körpergefühl und dehnt die Muskeln.

- **Biofeedback-Verfahren:** Bestimmte Körperzustände, z.B. Spannung, werden in Signale übersetzt. Die Patienten lernen diese Signale zu beeinflussen.

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

Praxistipps!

- Viele Krankenkassen bieten im Rahmen ihrer Bonus- und Prämienprogramme eine **teilweise oder komplette Kostenerstattung** für Entspannungskurse an, welche an Volkshochschulen, bei Sportvereinen, in Fitnessstudios oder in Ergo- und Physiotherapiepraxen angeboten werden.
- Einige Hausärzte bieten im Rahmen der sog. **psychosomatischen Grundversorgung** Autogenes Training und progressive Muskelentspannung nach Jacobson an. Es werden bis zu 12 Sitzungen von der Krankenkasse bezahlt.

Minimal-invasive Verfahren

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

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

- **Injektionstherapie**
Durch gezielte Injektionen im Bereich der Arme/Beine oder Wirbelsäule werden Schmerzmedikamente genau an ihren Wirkungsort gebracht. Da nur eine geringe Medikamentenmenge erforderlich ist, können Nebenwirkungen auf den gesamten Körper minimiert werden.
- **Schmerzmittelpumpen**
Über einen Katheter und eine verbundene Pumpe wird das Schmerzmittel direkt in den Spinalraum (Bereich um das Rückenmark) eingebracht und wirkt dort. Schmerzmittelpumpen werden vor allem bei sehr starken Schmerzen eingesetzt.
- **Nervenstimulation (Neurostimulation)**
Ein Neurostimulationsgerät wird unter der Haut platziert und mit einer Sonde nahe am Rückenmark verbunden. Die Sonde sendet elektrische Impulse, diese „überlagern“ die körpereigenen Schmerzsignale im Rückenmark und verhindern deren Weiterleitung ans Gehirn. Dadurch werden die Schmerzen kaum oder nur noch abgeschwächt wahrgenommen.

Operationen

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

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

Ein weiteres operatives Verfahren zur Schmerzlinderung ist die **Endoprothetik**. Dabei wird ein durch Krankheit oder Unfall zerstörtes oder durch natürlichen Verschleiß abgenutztes Gelenk durch ein

künstliches Gelenk ersetzt (Endoprothese). Zu den häufig eingesetzten Endoprothesen zählen z.B. künstliche Hüftgelenke und Knieprothesen. Häufige Gründe für das Einsetzen eines Gelenkersatzes sind Arthrose und rheumatoide Arthritis.

Operative Eingriffe können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Im Anschluss kann eine stationäre und/oder ambulante **Rehabilitation** sinnvoll sein. Weitere Informationen zur Rehabilitation ab S. 42.

Leben mit chronischen Schmerzen

Ständige Schmerzen sind sehr belastend und können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben. Studien belegen, dass soziale Beziehungen Schmerzen positiv oder negativ beeinflussen können. Eine umfassende Schmerztherapie muss deshalb auch soziale Aspekte im Blick haben. Patienten, Angehörige und das nähere Umfeld können mit ihrem Verhalten schmerzlindernd wirken. Konflikte oder sozialer Rückzug können Schmerzen verstärken.

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

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

Folgende Handlungsempfehlungen können hilfreich sein, um den negativen Auswirkungen entgegenzuwirken:

- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf das Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend stärken oder schwächen können, ist Ablenkung eine wichtige Verhaltensstrategie gegen den Schmerz. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Aktivitäten, die eine hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern. Schonen und Leiden können dagegen zu einer Verstärkung der Schmerzen beitragen.
- Die Beschäftigung mit Tieren oder das Engagement in einer Gruppe (Selbsthilfe, Kirche, Verein, Kurse etc.) kann die Lebensfreude fördern und vor Isolation und Vereinsamung schützen.
- Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann Schmerzpatienten das Gefühl geben, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Die Betroffenen können gegenseitig von ihren Erfahrungen profitieren, Informationen austauschen und sich unterstützen. Adressen von Selbsthilfegruppen bietet die Deutsche Schmerzliga unter www.schmerzliga.de > *Selbsthilfegruppen*.
- Benötigt ein chronisch schmerzkranker Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe (siehe S. 62) beantragt werden. Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z.B. eine ambulante Familienpflege, die Betreuung durch eine Tagesmutter oder eine sozialpädagogische Familienhilfe in Frage kommen.

Angehörige und Freunde

Eine chronische Schmerzkrankheit beeinflusst das gesamte Umfeld. Gesunde Menschen können sich kaum in die Lage des Schmerzpatienten hineinversetzen – das kann zu Konflikten führen. Aber auch die eigene Hilflosigkeit angesichts der Schmerzen des Angehörigen ist schwer zu ertragen.

Häufig treten folgende Probleme auf:

- **Überforderung der Angehörigen:** Wenn sich Familienangehörige um die Probleme und Sorgen des Schmerzpatienten kümmern, kann das dazu führen, dass ihnen nur noch wenig Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse und Angelegenheiten bleibt.
- **Wegfall gemeinsamer Aktivitäten:** Häufig ziehen sich die Betroffenen zurück und meiden soziale Kontakte. Aktivitäten mit dem Partner, der Familie und Freunden werden nur noch sehr eingeschränkt wahrgenommen. Das kann zu Spannungen führen.
- **Finanzielle Probleme:** Lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit und daran anschließende Arbeitslosigkeit können finanzielle Probleme nach sich ziehen. Unter Umständen kann der Lebensstandard der Familie nicht mehr gehalten oder das Haus nicht mehr abbezahlt werden.
- **Familiäre Konflikte:** Wenn die Schmerzkrankung sehr lange anhält und Therapieerfolge ausbleiben, kann es gehäuft zu familiären Konflikten kommen.

Angehörige und Freunde von Schmerzpatienten sollten Folgendes beachten:

- Keinen Erwartungsdruck ausüben. Viele Patienten ziehen sich zurück, um diesem Druck sowie der Angst, als Simulant angesehen zu werden, aus dem Weg zu gehen.
- Anteilnahme verbunden mit Motivation wirkt sich günstig aus. Dagegen können übermäßige Bemiileidung und Schonung das Schmerzempfinden des Betroffenen verstärken.
- Um den Schmerz nicht zusätzlich in den Mittelpunkt zu stellen und durch Konditionierungsprozesse zu verstärken, sollten Angehörige dem Patienten nicht nur dann Aufmerksamkeit und Zuneigung schenken, wenn dieser über starke Schmerzen klagt.
- Ist der Schmerzpatient sehr oft gereizt, sollten sich Angehörige bewusst machen, dass diese „Lauten“ keine Böswilligkeit sind, sondern Ausdruck des Leidens. Dennoch ist es schwer dies auf Dauer auszuhalten. Hilfreich ist, sich ausgleichende Ansprechpartner im Umfeld oder in Selbsthilfegruppen für Angehörige zu suchen.

Wer hilft weiter?

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

Ernährung bei Opioidaufnahme

Patienten, die auf Opioiden angewiesen sind, leiden als Nebenwirkung häufig unter Verstopfung. Grund dafür ist die Wirkweise der Opioiden: Sie verhindern bestimmte Signalweiterleitungen im Nervensystem. Das hat den erwünschten Effekt, dass Schmerzen nicht mehr gespürt werden. Die Nebenwirkung ist, dass auch der Darm träger wird. Mangelnde Bewegung und ungünstige Ernährung können die Verstopfung verstärken.

Um einer Verstopfung entgegenzuwirken, sollten Schmerzpatienten besonders auf eine **reichliche Flüssigkeitszufuhr** achten. Mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag sind empfehlenswert, am besten eignen sich Wasser und ungesüßte Tees. Patienten, die Schwierigkeiten haben, ihre tägliche Trinkmenge einzuschätzen, sollten sich die Tagesration am Morgen bereitstellen oder einen Trinkplan erstellen. Es gibt auch kostenlose Apps, die den Nutzer regelmäßig an das Trinken erinnern.

Patienten unter Opioidanwendung sollten eine **ausgewogene Vollwerternährung** mit reichlich Obst und Gemüse anstreben. Wasserreiches Gemüse, z.B. Melonen, Gurken, Tomaten, helfen dabei, genügend Flüssigkeit aufzunehmen. Lebensmittel, die Verstopfung begünstigen, sollten durch ballaststoffreiche Speisen ersetzt werden, z.B. Vollkornbrot statt Weißbrot. Zusätzlich bringen eingeweichte Trockenfrüchte oder Leinsamen einen trägen Darm in Schwung.

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



Praxistipp!

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

Sport und Bewegung

Sport und Bewegung können Schmerzen verursachen, aber ebenso Schmerzen lindern, Verspannungen lösen, Kraft und Lebensqualität zurückbringen und Schmerzen vorbeugen. Welche Bewegungsart geeignet ist, hängt von der Art der Schmerzen ab.

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

Ersatzbewegungen können zu Verspannungen oder Fehlhaltungen führen, die ebenfalls Schmerzen nach sich ziehen können.

Regelmäßiges Training kann Schmerzen lindern, da der Körper bei sportlicher Betätigung körpereigene Endorphine (Glückshormone) ausschüttet, die, ähnlich wie Opioiden, schmerzstillend wirken.

Da Schmerzen individuell sehr verschieden sind, können keine pauschalen Empfehlungen zum Bewegungstraining gegeben werden. Patienten sollten lernen, auf ihren Körper zu hören und ihr Training dementsprechend anpassen. Auch Übungen unter physiotherapeutischer Anleitung können sinnvoll sein. Hierbei werden individuelle Übungen erarbeitet, die der Patient dann auch zu Hause regelmäßig

umsetzen sollte.

Grundsätzlich muss vor Beginn des Trainings eine Beratung durch einen Arzt oder Therapeuten erfolgen, da sich falsches Training ungünstig auswirken kann.

Geeignet für viele Patienten sind Ausdauersportarten und Trainingsformen, die Körperbewusstsein und Beweglichkeit fördern, z.B.:

- Radfahren: Häufig hilfreich bei Kniebeschwerden. Vorsicht z.B. bei Beschwerden an Handgelenken, Schulter/Nacken und Lendenwirbeln. Oft sind die passende Fahrradgröße und die Sitzposition entscheidend.
- Langlaufen, Wandern und (Nordic) Walking: Auf gutes Schuhwerk achten, gegebenenfalls Stöcke benutzen. Ausgeglichen und gleichmäßig vorwärts bewegen. Vorsicht bei Kniebeschwerden beim Abwärtssteigen und bei drehenden Bewegungen.
- Schwimmen: Klären, welcher Stil geeignet ist. Brustschwimmen z.B. ist bei Lendenwirbel-, Hüft- und Knieproblemen oft weniger geeignet. Beachten, ob warmes oder kaltes Wasser besser ist.
- Gezielte Gymnastik (Anleitung durch Physiotherapeuten), Wassergymnastik, Aqua-Jogging.
- Yoga, Tai-Chi, Qigong und ähnliche Methoden verbinden in der Regel Anspannung, Dehnung und Entspannung zu einem harmonischen Ganzen.

Bei der Teilnahme an Kursen und Gruppenstunden sollte der Übungsleiter vor Stundenbeginn über die akute Schmerzsituation informiert werden.

Praxistipp!

Wichtig ist, sich regelmäßig zum empfohlenen Training zu motivieren, auch und gerade dann, wenn ein therapeutisch angeleitetes Training (das oft befristet ist) ausläuft. Es wird in der Regel empfohlen 3 Mal pro Woche zu trainieren, aber es gibt auch Übungen, die man täglich oder sogar mehrmals täglich ausführen sollte.

Autofahren

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

Regelungen zur Fahrtauglichkeit

Der behandelnde Arzt muss die Fahrtauglichkeit des Patienten beurteilen und dokumentieren. Der Patient muss darauf hingewiesen werden, dass ein plötzliches Absetzen von Medikamenten oder der grundsätzliche Verzicht auf die Medikation fahruntauglich machen kann.

Voraussetzungen für die Zustimmung des Arztes sind ein guter Allgemeinzustand des Patienten, eine zuverlässige Medikamenteneinnahme sowie ein stabiler Therapieverlauf.

Auch wenn der Arzt die grundsätzliche Erlaubnis zum Autofahren gibt, sollte der Schmerzpatient vor **jeder Fahrt** seine Fahrtauglichkeit selbst kritisch hinterfragen. Bei nachgewiesener Vergiftung (Intoxikation) und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art **nicht** gegeben. Wer trotz Fahruntauglichkeit Auto fährt, macht sich strafbar

und muss für mögliche Schäden aufkommen. Bei einem Unfall muss mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen gerechnet werden.

Fahrtauglichkeit bei Opioid-Anwendung

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

Dennoch sollten bei Opioid-Anwendungen folgende Hinweise beachtet werden:

- Besonders während der **Einstellungsphase** ist das Autofahren in der Regel nicht möglich, da in den ersten 2 Wochen sowie nach jeder Dosiserhöhung aufmerksamkeitsbeeinträchtigende Nebenwirkungen gehäuft auftreten können. Bei gut eingestellten Patienten, die nicht mehr unter Sehstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindel leiden, steht dem Autofahren in der Regel nichts entgegen.
- Da **Alkohol** die Nebenwirkung von Medikamenten verstärken kann, sollte – nicht nur mit Blick auf das Autofahren – vollständig darauf verzichtet werden.
- Fahrtüchtige Patienten sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um bei Verkehrskontrollen die medizinische Notwendigkeit von opioiden Arzneimitteln ärztlich nachweisen zu können. Ein Opioid-Ausweis kann kostenlos unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Opioid-Ausweis“ heruntergeladen werden.

Fahrtauglichkeit bei Anwendung von medizinischem Cannabis

Für den Großteil der Patienten, die über die genehmigte Einnahme von Cannabinoiden verfügen, kommt Autofahren, z.B. wegen eines sehr schlechten körperlichen Allgemeinzustands, von vornherein nicht in Frage. Nach Angaben des Deutschen Bundestags (www.bundestag.de [gt] Suchbegriff: 18/11701) ist das Autofahren jedoch grundsätzlich möglich, denn bei bestimmungsgerechter Einnahme fahren die Patienten nicht im Rauschzustand. Im Gegenteil: Erst der Einsatz des medizinischen Cannabis befähigt sie zur Teilnahme am Straßenverkehr. Während der Einstellungsphase kann die Fahrtüchtigkeit wegen der beginnenden Medikation jedoch beeinträchtigt sein.

Von dieser Regelung kann es je nach Bundesland Abweichungen geben

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

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

Die Fahrtauglichkeit kann durch folgende Gutachten festgestellt werden:

- **Fachärztliches Gutachten:**
Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.
- **Medizinisch-psychologisches Gutachten:**
Bestehen noch immer Bedenken, kann die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) fordern.



- In der **Anlage 4 zu § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung** sind Erkrankungen und Mängel, die die Eignung

zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können, tabellarisch verzeichnet. Zu diesen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.

- Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht „**Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung**“, die detailliert auf einzelne Erkrankungen eingehen. In diesen Leitlinien findet sich eine Zusammenstellung von körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen, welche die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen können. Die Richtlinien können unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen.
- Zur persönlichen Beratung kann auch ein Verkehrspsychologe aufgesucht werden. Adressen und Informationen können beim Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen unter www.bnv.de oder beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Verkehrspsychologie, unter www.bdp-verkehr.de gefunden werden.

Reisen

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

Wer ins Ausland reist, sollte wichtige Informationen über seine Erkrankung, über Medikamente, Unverträglichkeiten und richtiges Verhalten im Notfall in der Landessprache mit sich führen. Auch die Telefonnummern der behandelnden Ärzte sollten im Urlaub immer griffbereit sein.

Es kann zudem sinnvoll sein, sich frühzeitig über die Möglichkeiten eines Auslandskrankenversicherungsschutzes, einer Reiserücktrittsversicherung sowie eines Rückholddienstes zu informieren.

Umgang mit Schmerzmittel im Ausland

Wer auf Schmerzmittel angewiesen ist, sollte folgende Hinweise beachten:

- **Medikamente verteilt aufbewahren**, damit die Medikamentenversorgung auch dann noch gesichert ist, wenn ein Gepäckstück verloren geht oder gestohlen wird, z.B. einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer oder einen Teil im Hotelzimmer und den anderen im Safe aufbewahren.
- **Im Frachtraum des Flugzeugs keine Medikamente mitführen**, sondern im Handgepäck, weil Temperatur- und Druckverhältnisse im Gepäckraum stark schwanken und die Wirksamkeit vieler Medikamente beeinträchtigen können. Ideal wäre der Transport in einer Isoliertasche.
- In Absprache mit dem Arzt **Medikamente höher dosieren**, weil die An- und Abreise sehr belastend sein kann, z.B. durch langes, unbequemes Sitzen im Flugzeug, oder weil im Urlaub ein Teil des Therapieumfangs wegfällt, z.B. Akupunktur, Physio- oder Psychotherapie.
- Mit dem Arzt das Vorgehen bei Durchfall oder Erbrechen besprechen, weil Schmerztabletten dann möglicherweise nicht mehr ausreichend wirken können. Auch die Umstellung auf ein Schmerzpflaster kann unter Umständen sinnvoll sein. Durch ungewohnte Speisen oder verunreinigtes Trinkwasser sind Durchfälle nicht selten. Bei Flügen oder Seereisen neigen manche Reisende dazu, sich über-

geben zu müssen.

- **Zeitverschiebung bei Opioid-Anwendung** beachten und das Vorgehen mit dem Arzt besprechen.
- Patienten, die auf Opioide angewiesen sind, sollten immer ihren **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um behandelnde Ärzte im Urlaubsland über die Einnahme der Medikamente informieren zu können. Ein Opioid-Ausweis kann kostenlos unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Opioid-Ausweis“ heruntergeladen werden.

Betäubungsmittel-Bescheinigungen bei Auslandsreisen

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

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

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

- Für **Schengen-Länder** ist die „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ erforderlich. Sie kann beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de > Service > Formulare > Formulare Bundesopiumstelle > Formulare – Betäubungsmittel > Formulare für Ärzte, Apotheker und Patienten > Mitnahme von Betäubungsmitteln bei Auslandsreisen heruntergeladen werden.
- Für **andere Länder** kann dort das „Muster für eine solche Bescheinigung“ heruntergeladen werden.

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 Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.

- Für **Migräne-Patienten** kann der **Jetlag** problematisch werden. Deshalb sollte auch im Urlaub der normale Tagesrhythmus eingehalten werden.
- Patienten, die **TENS-Geräte** benutzen, kommen in heißen Ländern meist mit einer geringeren Stromintensität aus als zu Hause, da schweißfeuchte Haut besser leitet als trockene. Am Flughafen gibt es keine Probleme mit dem Gerät, wenn der Patient die Gebrauchsanweisung vorlegen kann.
- Die Anwendung von **Schmerzplastern** kann in heißen Ländern problematisch werden, da schweißfeuchte Haut eine höhere Dosis aus dem Pflaster schwemmt. Eventuell sollte auf niedriger dosierte Pflaster ausgewichen werden.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen sind erhältlich bei den Krankenkassen oder der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) unter www.dvka.de, E-Mail: post@dvka.de, Telefon: 0228 9530-0.

Arbeit

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

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

Beispiele dafür sind:

- Absturzgefahr bei Schwindel (Gerüstbauer, Dachdecker, Zimmerer)
- Verletzungsgefahr infolge von Sehstörungen (Arbeiter an laufenden Maschinen, handwerkliche Berufe, Verkehrsteilnehmer)
- Fehlleistungen infolge von Müdigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen (Heilberufe, Therapeuten, handwerkliche Berufe, Fernfahrer)

Bei **vorübergehender** Schmerzmitteleinnahme wird eine Krankschreibung ausreichend sein, um unangenehme Folgen für Schmerzpatienten weitgehend zu vermeiden.

Wenn die Erkrankung eine **dauerhafte** Schmerzmitteleinnahme bedingt, kann für den Patienten unter Umständen eine Umsetzung im Betrieb oder eine Umschulung notwendig werden. Details unter Berufliche Reha-Maßnahmen auf S. 55.

Manche Schmerzpatienten möchten auf die Einnahme von Schmerzmitteln verzichten, aus Sorge, infolge der Nebenwirkungen nicht mehr arbeiten zu können: Bei Menschen mit starken chronischen Schmerzen ergibt der Verzicht auf Schmerzmittel jedoch keine Arbeitsfähigkeit, da starke Schmerzen die Bewegungs- und Konzentrationsfähigkeit zu stark beeinträchtigen.

Um soziale Härten durch einen Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei bestehender Arbeitsunfähigkeit in der Regel eine Entgeltfortzahlung von 6 Wochen durch den Arbeitgeber. Besteht die Arbeitsunfähigkeit fort, können finanzielle Leistungen wie Krankengeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld beantragt werden (Näheres ab S. 31).

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Betroffene mit chronischen Schmerzen benötigen in der Regel verschiedene medizinische Leistungen, z.B. Schmerzmedikamente. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Patienten eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es hierfür besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

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 Betroffene also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie 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. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle).

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

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

Häusliche Krankenpflege

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 die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 62).

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

Wenn ein Schmerzpatient im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann er sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.733 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.812 €.

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Altersrenten
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

Auch die 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 Lebenspartnern.

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

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der o.g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den

Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)
ergibt: 8.643 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 172,86 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. 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.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.

- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die 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.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- 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 Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen.
- mit schweren geistigen Behinderungen.
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich **nicht** an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Richtlinie

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



Die zuständigen Krankenkassen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Entgeltfortzahlung

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

Voraussetzungen

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

Pflichten des Arbeitnehmers

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

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) 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.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 33).
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisher üblichen Arbeitsentgelts. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

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

Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 87) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht: 030 221911004.

Krankengeld

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

Voraussetzungen

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

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 58)
- 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

Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. "Anspruch" heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 31).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Eine **Rückdatierung** des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 109,38 € täglich.

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

Das Krankengeld wird jährlich an die Lohnentwicklung angepasst (§ 70 Abs. 3 SGB IX). Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag nicht überschritten werden.

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

Bemessungszeitraum

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

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

Wie sich der Bemessungszeitraum in anderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2020 ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat 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 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 €.
Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich.

Dauer

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

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

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

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



Praxistipps!

- 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.
- Das Krankengeld wird 1 Jahr nach dem Bemessungszeitraum für die Leistungsberechnung an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Seit dem 1.7.2019 wird das Krankengeld dann um 2,93 % erhöht. Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag nicht überschritten werden.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld I, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der

Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 82) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 41).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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

Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z.B. wenn die Arbeitsunfähigkeit durch ein vorsätzliches Vergehen verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Verletztengeld

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder**

wenn eine ganztägige Erwerbstätigkeit wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden kann
und

- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeits-
einkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosen-
geld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslo-
sengeld I, Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Mutterschaftsgeld bestand.

Verletztengeld wird auch gezahlt,

- wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, die aufgrund vom Versicherten
nicht zu vertretenden Gründen nicht direkt nach der Heilbehandlung erfolgen können. Vorausset-
zung ist, dass unmittelbar zuvor eine der oben genannten Geldleistungen bezogen wurde und der
Versicherte zwischenzeitlich seinen bisherigen Beruf nicht wieder aufnehmen kann bzw. eine andere
zumutbare Tätigkeit nicht vermittelbar ist.
- an Schüler und Studenten, wenn sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit einer bezahlten Beschäftigung
nachgegangen sind.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

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

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeits-
unfähigkeit berücksichtigt.

Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Das Verletztengeld wird jährlich an die Lohnentwicklung angepasst (§ 70 Abs. 3 SGB IX).

Abzüge

Abgezogen werden davon 50 % der Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die
Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Leistungsträger voll übernommen. Sofern
der Versicherte den Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung (0,25 %) entrichten muss, ist dieser
von ihm alleine zu zahlen.

Berechnungsbeispiel: Arbeitnehmer mit Kind
Monatlich brutto 2.000 € 2.000 € : 30 pro Kalendertag = 66,67 € davon 80 % = 53,33 €
Monatlich netto 1.500 € 1.500 € : 30 pro Kalendertag = 50 € abzüglich Beiträge zur Arbeitslosen- (1,2 %) und Rentenversicherung (9,3 %) = 5,25 €.
Der Patient erhält also 44,75 € Verletztengeld täglich.

Verletztengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berech-
nung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Sonderregelung

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Kurzarbeitergeld wird Verletztengeld in Höhe des Krankengelds gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder anderen Leistungen des SGB II wird Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengelds II (Hartz IV) gezahlt. Tritt der Versicherungsfall im Strafvollzug ein oder ist der Betroffene freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen. Dazu informieren die Unfallversicherungsträger.

Anrechnung

Auf das Verletztengeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt (z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld).
- Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Arbeitslosengeld I, Kurzarbeitergeld, langfristig bezogenes Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

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

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

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

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 82), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 55) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 45) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es z.B. die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über die Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 58)

gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

Praxistipp!

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

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Schmerzpatienten in Frage kommen:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 51) und die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 53).
- **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. 58), Haushaltshilfe (siehe S. 62), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

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

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,

- wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
- wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte, maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe unten). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, ist ein Widerspruch möglich.

Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 1.1.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. Teilhabeplanverfahren eingeleitet.

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. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere“ (= zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten. Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein ausreichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Falle einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.



Praxistipp!

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

Medizinische Rehabilitation

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

Voraussetzungen

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

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

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

Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. **Ausnahme:** Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sowie Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

- 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. Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4–6 Wochen.



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 62) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre Medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Reha-Antrag

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

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

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer Medizinischen Reha

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

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch sinnvoll, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der Medizinische Dienst (MD) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Es ist sinnvoll dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Patient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die Rentenversicherung der Kostenträger der Medizinische Reha. Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert werden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund kann das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Sie finden es unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Der Patient muss die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen, der Arzt das Formular „G1204 – Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“.

Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u.a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.

Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung* > *Wunsch- und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten.

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 31
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 33
- Verletztengeld von der Unfallversicherung, siehe S. 38
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 58

Zuzahlungen

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 25.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € 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 2020 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275 €	keine
ab 1.275 €	5 €
ab 1.401,40 €	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Unter Umständen kann eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht beantragt werden (z.B. Menschen mit

geringem Einkommen). PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „G0160“.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

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

Anschlussheilbehandlung

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

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

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen

Bei folgenden Indikationsgruppen ist eine AHB möglich:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Es gelten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Reha, siehe S. 45.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe S. 52).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung möglich.
- Bei einem krebserkrankten Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.

- Da die AHB eine Leistung zur Medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 4442).

Besonderheit: Onkologische Reha-Leistung

Ist bei einer malignen Geschwulst- und Systemerkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann auf Antrag des Arztes später mit der AHB begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung) zu beantragen. Der Medizinische Dienst (MD) prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Sozialamt und Sozialberatung des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Diese Prüfung erfolgt jedoch nicht, wenn nachteilige gesundheitliche Folgen für den Versicherten entstehen würden oder der Genesungsprozess durch eine Stufenweise Wiedereingliederung verzögert werden würde.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden.

Kostenträger

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation. 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 Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

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 vor und während der Maßnahme 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 teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. Wiedereingliederungsplan zustimmen, der von einem Arzt (gegebenenfalls auch von Sozialberatern) in Absprache mit dem Patienten und dem Betriebsarzt am Arbeitsplatz erstellt wird. Dabei werden die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung geregelt.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Abfolge und Dauer der Stufen (z.B. langsame Steigerung der Stundenzahl über mehrere Wochen)
- Tätigkeiten und Belastungen, die zunächst vermieden werden sollen (z.B. schweres Heben)
- Arbeitsplatzbedingungen, die berücksichtigt oder angepasst werden müssen (z.B. Erforderlichkeit von Hilfsmitteln)

Finanzielle Sicherung

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

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

Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in

welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.

- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

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

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

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

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

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderungen für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen und einen Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber.
- **Budget für Ausbildung** zur Erstattung der Ausbildungsvergütung als Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.

- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den Beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderungen erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung oder Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose.

Berufliche und schulische Bildung

Zur beruflichen Bildung zählen Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses. **Nicht** dazu zählen allgemeinbildende Maßnahmen.

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

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

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und bei anderen Leistungsanbietern

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

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

Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den Beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B.:

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung, einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z.B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbrin-

gung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z.B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg) – wegen Art und Schwere der Behinderungen oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha-Leistung

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als:

- **Ausbildungszuschüsse** zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen
Zuschusshöhe: 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
Zuschusshöhe: bis zu 50 %, für Menschen mit Behinderungen bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, für Menschen mit Behinderungen in der Regel bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.** Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes**



Praxistipp!

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

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



Wer hilft weiter?

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

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.

Übergangsgeld

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

Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. In der Regel leistet der Arbeitgeber 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Prävention.
- bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

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

- 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.

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

Zu den behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbil-

ung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

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 bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Lohnentwicklung angepasst (§ 70 Abs. 3 SGB IX).

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65 % des branchenüblichen tariflichen Entgelts bzw. des ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z.B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Berufliche Reha-Leistungen **vermindert** sich das Übergangsgeld um 8 % auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden u.a. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.

- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der Unfallversicherung gezahlt wird

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

Dauer

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer 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 Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe „Arbeitslosigkeit“ S. 59).
- Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

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

Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Vielen Schmerzpatienten hilft ein gezieltes Training der Muskulatur. Dadurch können Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden. Der Arzt kann dafür Reha-Sport und Funktionstraining verordnen.

Reha-Sport

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

Ziele sind:

- Ausdauer und Kraft stärken
- Koordination und Flexibilität verbessern
- Selbstbewusstsein stärken
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten, Eigenverantwortung stärken und Teilnehmer motivieren, auch nach dem

verordneten Reha-Sport weiter Sport zu treiben

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

Funktionstraining

Funktionstraining ist immer organorientiert, d.h. es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder dem Verringern von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (Muskeln, Gelenke etc.), z.B. bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen wie Rheuma und Osteoporose.

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

Voraussetzungen

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

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

Antrag

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

Zuständigkeit

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

Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger.

Die Unfallversicherungsträger übernehmen Reha-Sport und Funktionstraining im Anschluss an Medizinische Reha-Maßnahmen, vorausgesetzt es liegt ein Unfallversicherungsfall (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) vor.

Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining **keine** Leistung zur Reha voraus, ist die Krankenkasse zuständig.

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

auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

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 unbegrenzte Zeit.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung
 - Reha-Sport: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
 - Funktionstraining: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

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



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, 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.
- 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.



Praxistipp!

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, 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.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation zu erfüllen.

Wenn diese nicht erfüllt sind (z.B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können **unvermeidbare** Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

Unfallversicherung

Der Unfallversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe unter den gleichen Voraussetzungen wie die Rentenversicherung, wenn die Rehabilitation infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erfolgt.

Praxistipps!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei **Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus**. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Bei „normalen“ Krankheiten, z.B. Grippe, gibt es in der Regel keine Haushaltshilfe. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen **und** wenn der Arzt die Haushaltshilfe verordnet **freiwillig** die Haushaltshilfe.
- 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.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

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

Die 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.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

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

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Der zuständige Träger kann die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grad erstatten.

Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

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. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 26).



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

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

Definition

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

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen

Bei Chronischen Schmerzen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Er richtet sich in der Regel nach der Grunderkrankung und beziffert die Schwere der Behinderungen.

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

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

GdB und GdS sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Der GdS bezieht sich lediglich auf die Schädigungsfolgen einer Beeinträchtigung; der GdB bezieht sich unabhängig von der Ursache auf alle Gesundheitsstörungen. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

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

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

Beispiele für die Begutachtung von chronischen schmerzhaften Erkrankungen:

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

Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule ...	GdB/GdS
... ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden	10
... mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität)	20-40

... mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität)	50-70
... mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz)	80-100

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

Die Angaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bieten aber nur einen Orientierungsrahmen. Entscheidend ist immer eine **individuelle Gesamtsicht** aller Beeinträchtigungen. Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein GdB/ GdS festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, kann beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB/GdS gestellt werden.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig). Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- Bei **schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- Bei **schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- Bei **nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen** wird der Ausweis maximal bis zum Ablauf der Gültigkeit des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung ausgestellt.

Merkzeichen

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

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

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

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. **Nachteilsausgleiche** in Anspruch nehmen, z.B. **Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.**

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



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 221911006.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Pflege

Chronische Schmerzen schränken das tägliche Leben meist nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn jedoch eine schwere Grunderkrankung besteht, kann es zur Pflegebedürftigkeit kommen. Im Anhang dieses Ratgebers finden Sie die Leistungen der Pflegekasse auf einen Blick.

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

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**
- 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 (MD) 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 die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 72).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

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

Bearbeitungsfrist

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

Sie beträgt

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

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



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt 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:

Module und Beispiele	Gewichtung
1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15 %
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.
4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %

Module und Beispiele	Gewichtung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %
7. Außerhäusliche Aktivitäten: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.
8. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:** Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig:** 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 Übernahmen von Teilleistungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig:** 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:** 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).

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 Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen der Begutachtung* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

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

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

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

Widerspruch

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

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

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person

den Widerspruch einreichen darf.

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

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt nur noch eine **Klage beim Sozialgericht**.

Praxistipp!

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuch kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

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

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6

Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst).

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Zudem können Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden, allerdings gilt dies für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 **nicht** für den Bereich der Selbstversorgung (Modul 4).

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

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohn-

gruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.

- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

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

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

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über 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	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 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.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

- Eine übersichtliche Tabelle mit den wichtigsten Leistungen der Pflegeversicherung auf einen Blick befindet sich im Anhang dieses Ratgebers und kann unter www.betanet.de > *Leistungen* > *Pflegeleistungen* > *Tabelle Pflegeleistungen* heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19. Dezember 2019 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

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.

 - Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person.
 - Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine Medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 45).
 - Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der Häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.
 - Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit, siehe S. 80) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
 - Seit dem 1.7.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert werden.
- **Unfallversicherung**

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

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

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

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

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.



Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Broschüre kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ herunterladen.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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

Praxistipps!

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Wenn Betroffene mit chronischen Schmerzen dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten, kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Schmerzpatient eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 85).

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. 87).

Erwerbsminderungsrente

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

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

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

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

Mit Erreichen der **Altersgrenze der Regelaltersrente** wird die Erwerbsminderungsrente in Regelaltersrente umgewandelt.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein. Es wird unterschied-

den 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.
- Als voll erwerbsgemindert gelten auch
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

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

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt

weitergearbeitet. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 85) beantragt werden.
- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfzuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

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

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

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

Praxistipps!

- Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundbericht des Hausarztes) 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 Folgen einer chronischen Schmerzerkrankung können unter Umständen zu schweren finanziellen Nöten führen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Voraussetzungen

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

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

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

Höhe

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

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag zur Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	432 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 389 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 345 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 328 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 308 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 250 €

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.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden (in begründeten Einzelfällen).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

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.

Erstbewilligung und Änderung: Die Auszahlung beginnt am Ersten 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 Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag 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.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.

Wer hilft weiter?

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 85).

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

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

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

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

Praxistipp!

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

Patientenvorsorge

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht.
- Betreuungsverfügung.
- Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheitssorge 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 Angele-

genheiten.

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

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die 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.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

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

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

www.dgpsf-verein.de > Für Patienten

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Lennéstr. 9, 10785 Berlin
Telefon: 030 85621880 (Mo, Di, Do von 10–12 Uhr)
Fax: 030 22185342
E-Mail: info@dgschmerzmedizin.de
www.dgschmerzmedizin.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Dachverband für über 100 regionale Selbsthilfegruppen
Postfach 740123, 60570 Frankfurt am Main
Telefon: 069 20019019 (Mo, Mi, Fr von 9–11 Uhr) und 06201 6049415 (Mo von 18–20 Uhr)
E-Mail: info@schmerzliga.de
https://schmerzliga.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin
Telefon: 030 39409689-0
Fax: 030 39409689-9
E-Mail: info@schmerzgesellschaft.de
www.schmerzgesellschaft.de

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn
Telefon: 0228 76606-0
Fax: 0228 76606-20
E-Mail: bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

Friedenstr. 36, 57392 Schmallenberg
Telefon: 02974 8336-07
Fax: 02974 8336-10
E-Mail: info@fibromyalgie-liga.de
www.fibromyalgie-liga.de

Aktion Gesunder Rücken (AGR) e.V.

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

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt
Telefon: 09721 22033
Telefax: 09721 22955
E-Mail: dymb@bechterew.de
www.bechterew.de

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) e.V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 301314-0
Fax: 0211 301314-10
E-Mail: info@osteoporose-deutschland.de
www.osteoporose-deutschland.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V.

Ölmühlweg 31, 61462 Königstein im Taunus
Telefon: 06174 29040
E-Mail: info@dmkg.de
www.dmkg.de

Eigenes Leben e.V.

Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln
Telefon: 02363 97576-6
Fax: 02363 97576-9
E-Mail: info@eigenes-leben-ev.de
<https://eigenes-leben-ev.de>

UVSD Schmerzlos e.V.

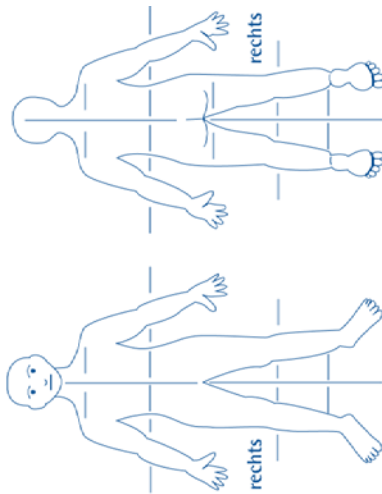
Ziegelstr. 25a, 23556 Lübeck
Telefon: 0451 5854462-5
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de
www.schmerzlos-ev.de

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

Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____
 Datum _____ Woche vom _____

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



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

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

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

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

Persönliche Bemerkungen:

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

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

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

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schlaf	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Stuhlgang	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Appetit	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Übelkeit	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Stimmung	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊

😊 gut 😊 mäßig 😊 schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

Datum	Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten [Pflegegrad](#) hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der [Pflegeversicherung](#):

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI)	—	10 % des Heimeingeltes (bis zu 266 €)	10 % des Heimeingeltes (bis zu 266 €)	10 % des Heimeingeltes (bis zu 266 €)	10 % des Heimeingeltes (bis zu 266 €)
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	—	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)
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI)	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch Wohnen im Alter (§ 38a SGB XI)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch Wohnen im Alter (§ 45e SGB XI)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

Impressum

Herausgeber

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

Stets aktualisierte Inhalte und Ratgeber finden Sie unter *www.betanet.de* – dem größten Portal für sozialrechtliche und psychosoziale Informationen im Gesundheitswesen.

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© C. Schüßler – stock.adobe.com – ID 78577149

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2020

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

15. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2020