

Parkinson

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

Inhalt

Vorwort	2
Parkinson	5
Formen	5
Symptome	5
Behandlung	6
Psychische Beeinträchtigungen	9
Psychotherapie	9
Leben mit Parkinson	10
Alltag und Angehörige	10
Sport und Bewegung	11
Ernährung	12
Vermehrtes Schwitzen	14
Schlafstörungen	14
Sexuelle Probleme	15
Autofahren und Führerschein	16
Urlaub	17
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	20
Zuzahlungsregelungen	20
Zuzahlungsbefreiung	22
Sonderregelung für chronisch Kranke	25
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	27
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	27
Krankengeld	29
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	35
Rehabilitation	37
Überblick über Reha-Leistungen	37
Kostenträger	38
Medizinische Rehabilitation	40
Ambulante Reha-Maßnahmen	40
Stationäre Reha-Maßnahmen	41
Reha-Antrag	41
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	43
Anschlussheilbehandlung	45
Stufenweise Wiedereingliederung	46
Berufliche Reha-Maßnahmen	48
Übergangsgeld	50
Reha-Sport und Funktionstraining	51
Haushaltshilfe	53
Behinderung	55
Definition	55

Grad der Behinderung _____	55
Schwerbehindertenausweis _____	56
Nachteilsausgleiche _____	57
Pflege _____	59
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	59
Pflegegrade _____	62
Pflegeleistungen _____	63
Leistungen für pflegende Angehörige _____	68
Hilfsmittel _____	71
Hilfsmittel für die Hände _____	71
Hilfsmittel für das Gleichgewicht _____	71
Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität _____	71
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____	74
Erwerbsminderungsrente _____	74
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	78
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	80
Wohnen _____	81
Sturzprophylaxe _____	81
Wohnumfeldverbesserung _____	83
Hausnotrufsysteme _____	85
Patientenvorsorge _____	87
Vorsorgevollmacht _____	87
Betreuungsverfügung _____	87
Patientenverfügung _____	88
Adressen _____	89
Impressum _____	91

Parkinson

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

Parkinson ist eine „neurodegenerative“, den Verfall des Nervensystems betreffende, Erkrankung, d.h. konkret: In einer bestimmten Hirnregion, den Basalganglien, werden Nervenzellen abgebaut, die den Neurotransmitter Dopamin herstellen. Der daraus resultierende Mangel an Dopamin beeinträchtigt das Zusammenwirken von An- und Entspannung der Muskulatur und führt so zu den typischen Symptomen von Parkinson (siehe unten).

Parkinson schreitet langsam voran und kann bisher nicht geheilt werden. Durch unterschiedliche Behandlungsansätze kann der Krankheitsverlauf verlangsamt und die Lebensqualität der Betroffenen entsprechend verbessert werden.

Formen

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

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

Symptome

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

- **Rigor:** Erhöhter Muskeltonus, der zu einer Steifigkeit führt, die auch mit Schmerzen verbunden ist. Es kann auch zu ruckartigen Bewegungen kommen (sog. Zahnradphänomen).

- **Ruhetremor:** Zittern in körperlichem Ruhezustand. Typisch sind schnelle Bewegungen der Finger (sog. Münzen zählen).
- **Posturale Instabilität:** Störung der aufrechten Körperhaltung durch eingeschränkte Halte- und Stellreflexe.
- **Bradykinese:** Bewegungsverlangsamung. In Kombination mit dem Rigor entsteht so eine typische Körperhaltung mit nach vorne geneigtem Kopf und Rumpf sowie ausdruckslosem Gesicht.

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

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

Behandlung

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

Medikamente

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

Folgende Wirkstoffe können dabei zum Einsatz kommen:

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

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

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

Praxistipp!

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

Tiefe Hirnstimulation

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

Behandlung der Bewegungseinschränkungen

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

- **Physiotherapie:** Physiotherapeuten vermitteln Übungen für die Beweglichkeit, um der zunehmenden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Besondere Schwerpunkte sind Gangtraining, Gleichgewichtsübungen, Verbesserung der Bewegungsinitiierung und -ausführung sowie die Prävention von Stürzen (siehe S. 81). Neben individuellen Trainingsverfahren kann der Physiotherapeut auch bei der Auswahl und dem Gebrauch geeigneter Hilfsmittel (siehe S. 71) behilflich sein.
- **Ergotherapie:** Ergotherapeuten unterstützen Patienten bei der Durchführung von Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Ergotherapeutische Übungen trainieren u.a. die Feinmotorik, z.B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und Selbstständigkeit.
- **Logopädie:** Im Verlauf der Erkrankung können zunehmend Probleme mit dem Sprechen auftreten, weil die Sprechmuskulatur betroffen ist. Dadurch kann die Sprache undeutlicher und oft auch leiser werden. Gezieltes logopädisches Training kann die Sprachprobleme bei Parkinson-Patienten effektiv behandeln. Logopäden helfen auch bei Schluckstörungen, die ebenfalls ein häufiges Symptom bei Parkinson sind.

Multimodale Komplexbehandlung

Bei einer multimodalen Komplexbehandlung werden verschiedene Therapieelemente aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie zu einer individuellen Therapie zusammengestellt. Betroffene sollen unterstützt werden, möglichst lange im Alltag mobil und aktiv zu bleiben. Die ganzheitliche Behandlung mit verschiedenen täglichen intensiven Therapieeinheiten wird stationär in

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

Praxistipps!

- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die **Heilmittel**. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Der Patient muss in der Regel eine Zuzahlung leisten, Näheres ab S. 20.
- In der Physio-Praxis-Auskunft der Stiftung Gesundheit finden Sie unter www.arzt-auskunft.de > *Physiotherapeuten-Suche* Physiotherapeuten in Ihrer Nähe. Zudem können Sie nach Kriterien der Barrierefreiheit filtern.
- Ergotherapeuten finden Sie beim Deutschen Verband Ergotherapie unter <https://dve.info> > *Service > Ergotherapeutische Praxen, Suche*.
- Sprachtherapeuten und Logopäden vor Ort finden Sie beim Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie unter www.dbs-ev.de > *zum Therapeutenverzeichnis*.

Künstlerische Therapien

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

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

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

Psychische Beeinträchtigungen

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

Durch die Erkrankung gelingen bestimmte Dinge nicht mehr bzw. nicht mehr so schnell wie in der Vergangenheit. Dadurch stellt sich möglicherweise ein Gefühl des Versagens und des Nicht-gebraucht-Werdens ein. Aber auch Medikamente können Depressionen verursachen.

Typische Anzeichen für Depressionen sind Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Patienten und Angehörige sollten sorgfältig darauf achten und ggf. mit dem behandelnden Arzt darüber sprechen. Depressionen lassen sich in der Mehrzahl der Fälle gut behandeln, medikamentös und/oder durch Psychotherapie. Angehörige und Freunde sollten den Patienten bei Verdacht auf Depressionen behutsam darauf ansprechen, aber nicht unter Druck setzen.

Psychotherapie

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

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

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

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



Praxistipps!

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

Leben mit Parkinson

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

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

Alltag und Angehörige

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

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

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

Verhaltenstipps für Angehörige

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

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

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

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

Auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ist sinnvoll. Über Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsbewältigungsstrategien und Tipps für den Alltag kann kaum jemand besser informieren als

Menschen, die an derselben Krankheit leiden. In Selbsthilfegruppen kann man sich persönlich treffen oder entsprechende Internetangebote (Infos, Foren, Chats) nutzen.



Praxistipps!

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

Sport und Bewegung

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

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

Spezifische Übungen bei Parkinson

Gangbild

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

Freezing-Phänomene

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

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

Mimik

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

Folgende Übungen können dabei helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:

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

Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

Entspannungstechniken

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

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

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



Praxistipp!

Informationen über Sport und verwandte Therapie- und Aktivitätsformen sowie eine Auswahl an Informationen zu Entspannungsmöglichkeiten bietet die Hilde-Ulrichs-Stiftung Aktives Leben mit Parkinson unter www.aktive-parkinsonstiftung.de > Informieren > Nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden.

Ernährung

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

- Das Zittern, die Daueranspannung der Muskeln sowie die Anstrengung, eine begonnene Bewegung zu Ende zu führen, kosten den Körper viel Kraft. Daher sollte auf eine **ausreichende Nährstoffzufuhr** geachtet werden, um einen ungewollten Gewichtsverlust zu vermeiden.

- Parkinson-Patienten leiden oft unter Obstipation (Verstopfung) und Völlegefühl. Ursache dafür ist eine verminderte Beweglichkeit der Magen-Darm-Muskulatur. Sie sollten deswegen auf **ballaststoffreiche Ernährung** achten, z.B. mit Getreide, Gemüse und Kartoffeln, **viel Flüssigkeit** zu sich nehmen und sich **ausreichend bewegen**. Eine aktive Magen-Darm-Muskulatur fördert zudem die Aufnahme von L-Dopa.
- **Ausreichend trinken**, mindestens 2 bis 3 Liter am Tag, da Parkinson-Medikamente den Körper etwas austrocknen lassen und weil ausreichend Flüssigkeit einer Verstopfung vorbeugen kann.
- Bei manchen Patienten reduziert **Alkohol** das Zittern, dennoch sollte Alkohol nicht als Selbsttherapie eingesetzt werden, da dies zu Abhängigkeit führen kann. Darüber hinaus kann es zu Wechselwirkungen mit Medikamenten kommen. Alkohol führt auch bei gesunden Menschen zu langsameren Reaktionen, schlechterer Koordination und undeutlicher Sprache. Parkinson-Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung bereits diese Symptome haben, sollten Alkohol meiden. Darüber hinaus gilt: Genuss ja, aber in Maßen.
- Wenn **Kaffee, Tee** oder andere anregende Getränke das Zittern verstärken, sollten sie gemieden werden.
- **Vitaminreiche Ernährung**, z.B. in Form von Obst und Gemüse, ist grundsätzlich wichtig, wenn möglich fünf Portionen täglich (eine Portion entspricht in etwa einer Handvoll).

Einnahme von L-Dopa

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

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

Verhaltenstipps bei Schluckstörungen

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

Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden.

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



Praxistipps!

- Die Broschüre „Diät & Ernährung“ mit Tipps und Ratschlägen für Ernährung bei Parkinson können Sie kostenlos bestellen unter www.parkinsonfonds.de > *Über Parkinson* > *Broschüren über Parkinson* > *Diät & Ernährung*.

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

Vermehrtes Schwitzen

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

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

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



Praxistipp!

Eine Broschüre mit Informationen zur Hyperhidrose bei Parkinson kann gegen eine Gebühr von 2,50 € unter www.parkinson-vereinigung.de > DPV Shop > Ratgeber (PDF) > Ratgeber 37 „Hyperhidrose bei Parkinson“ bestellt werden.

Schlafstörungen

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

Folgende Hinweise können helfen, einen gesunden Schlafrhythmus zu entwickeln:

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

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

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

Praxistipps!

- Es gibt spezielle Matratzen für Parkinson-Patienten, die sich den Bewegungsabläufen des Körpers besser anpassen. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob diese ein solches „Bewegungsbett“ finanziert.
- Die Broschüre „Die Parkinson-Krankheit und Ihre Nachtruhe“ mit Tipps und Entspannungsübungen zur Verbesserung der Nachtruhe können Sie kostenlos bestellen unter www.parkinsonfonds.de > *Über Parkinson > Broschüren über Parkinson > Die Parkinson-Krankheit und Ihre Nachtruhe.*

Sexuelle Probleme

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

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

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

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

Praxistipp!

Eine Broschüre mit Informationen für Menschen mit Parkinson und ihre Partner kann gegen eine Gebühr von 2,50 € unter www.parkinson-vereinigung.de > *DPV Shop > Ratgeber (PDF) > Ratgeber 23 „Liebe Lust und Leidenschaft“* bestellt werden.

Wer hilft weiter?

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

Autofahren und Führerschein

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

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

Fahrerlaubnis bei Parkinson

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

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

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

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

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

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

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

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

erstellt werden.

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

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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



Praxistipp!

Eine Broschüre mit einem Überblick über Probleme und Lösungen sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen zur Fahreignung kann gegen eine Gebühr von 2,50 € unter www.parkinson-vereinigung.de > DPV Shop > Ratgeber (PDF) > Ratgeber 07 „Freie Fahrt trotz Parkinson“ bestellt werden.



Wer hilft weiter?

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

Urlaub

Eine Parkinson-Erkrankung ist kein Hindernis für eine Urlaubsreise. Patienten sollten aber vorher die Reise gut planen. Übermäßige Hektik und Anstrengung sollten vermieden werden. Medikamente müssen ausreichend mitgeführt werden und die medizinische Versorgung vor Ort muss geklärt sein.

Folgendes ist für einen erholsamen Urlaub zu beachten:

- Viele Parkinson-Patienten haben Probleme mit der Wärmeregulation des Körpers und neigen zu Schweißausbrüchen. In diesen Fällen sind Reisen in **heiße Regionen möglicherweise belastend**.
- Von zu Hause aus erkundigen, ob es **am Urlaubsort medizinische Versorgung** für einen eventuellen Notfall gibt.
- Mit dem behandelnden Arzt die bevorstehende Reise besprechen:
 - Worauf muss geachtet werden?
 - Ist die medikamentöse Einstellung in Ordnung?
 - Kann man für die An- und Abreise lange genug im Auto oder Zug sitzen?
 - Kann man selbst/alleine fahren?
 - Wie sollen bei Zeitverschiebung während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthalts die Medikamente eingenommen werden?

Dies ist besonders bei Flugreisen wichtig, wenn es zu einer erheblichen Zeitverschiebung kommt. Eventuell müssen die Medikamente während des Flugs auch in der Nacht weiter eingenommen werden.

- **Ausreichend** Medikamente mitnehmen: Einen Teil der Medikamente im Reisegepäck, den anderen Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhanden kommen.
- Eine Liste mit der **internationalen Bezeichnung** der Medikamente mitführen.
- Eine kleine **Reiseapotheke** mit Medikamenten gegen Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung mitführen, die mit den Parkinson-Medikamenten verträglich sind. Der behandelnde Arzt kann Geeignetes verschreiben oder empfehlen.
- Auf ausreichende **Flüssigkeitszufuhr** achten. In warmen Regionen besser einen Liter mehr trinken.
- Für ausreichenden Auslandskrankenschutz sorgen.

Praxistipp!

Eine Broschüre mit vielen Tipps und Hinweisen, die das Reisen erleichtern, kann gegen eine Gebühr von 2,50 € unter www.parkinson-vereinigung.de > *DPV Shop* > *Ratgeber(PDF)* > *Ratgeber 17 „Reisen mit Parkinson“* bestellt werden.

Krankenversicherungsschutz im Ausland

Wer ins Ausland fährt, sollte vorab die Krankenkasse kontaktieren und/oder ggf. eine Auslandsrankenversicherung abschließen, um im Krankheitsfall abgesichert zu sein. Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC-Karte) können medizinisch notwendige Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens in einem der 27 EU-Länder sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz in Anspruch genommen werden.

Dabei sind u.a. Leistungen in Verbindung mit chronischen oder bestehenden Krankheiten abgedeckt. Insbesondere **ältere Versicherte** und **chronisch Kranke** sollten sich **vor** Antritt eines Auslandsaufenthalts mit der Krankenkasse absprechen, ob ein ausreichender Versicherungsschutz besteht.

Bei Reise in ein Nicht-Vertragsland ist es ratsam, eine zeitlich begrenzte Auslandsrankenversicherung bei einem privaten Versicherungsträger abzuschließen. Solche Versicherungen werden z.B. bei Banken, Versicherungen, Krankenversicherungen, Automobilclubs und direkt bei Reiseveranstaltern angeboten. Auch die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Versicherten eine Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.

Praxistipps!

- Näheres zum Versicherungsschutz in den einzelnen Staaten bieten die Merkblätter „Urlaub im Ausland“ des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA). Diese Merkblätter können unter www.dvka.de > *Die DVKA* > *Merkblätter* (Kategorie „Urlaub im Ausland“) heruntergeladen werden.
- Parkinson-Patienten sollten einen Notfallausweis mit sich führen, der im Notfall auf die Einnahme von L-Dopa hinweist. Im Internet können verschiedene Vordrucke dafür gefunden werden, z.B. bei der Regionalgruppe Leverkusen/Opladen der Deutschen Parkinson Vereinigung e.V. unter www.parkinson-leverkusen-opladen.de > *Menü* > *Parkinson Notfallausweis*.

Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Es gehört zu den Rechten des Patienten, vom Arzt ausführlich über die möglichen Mehrkosten eines Arzneimittels informiert zu werden.

Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen. Hier ist eine genaue Information beim verschreibenden Arzt oder beim Apotheker besonders wichtig, um einer Verschuldung vorzubeugen.

Verbandmittel

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

Heilmittel

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

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle, Näheres zu Hilfsmitteln auf S. 71.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Außerklinische Intensivpflege

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

Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Patienten außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 53).

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 medizinischen Rehabilitation

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

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Damit insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen nicht unzumutbar belastet werden, gibt es eine sog. **Belastungsgrenze**.

Berechnung des Bruttoeinkommens

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

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 der Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

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

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

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

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2022: 449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 22), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)
ergibt: 7.302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständig Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese

Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen-Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

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

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, Gds, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Entgeltfortzahlung erhalten Arbeitnehmer, wenn sie arbeitsunfähig sind. Der Arbeitnehmer hat die Pflicht, seine Arbeitsunfähigkeit zu melden. Der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein.
- Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen 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 kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere

ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 29).
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

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

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

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden.

Wenn der Arbeitgeber eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse dem Arbeitnehmer Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber.



Praxistipp!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Patienten, 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 (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) 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 oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Leistungen (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 50)
- Studierende (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 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 Krankenhaushandlung 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. 27).



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

Das Krankengeld beträgt höchstens 112,88 € pro Tag.

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

Das Krankengeld wird 1 Jahr nach dem Bemessungszeitraum für die Leistungsberechnung (in der Regel ist es der Monat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit) an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Ab dem 1.7.2020 wurde das Krankengeld um 3,04 % erhöht. Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag des Krankengelds (siehe S. 31) 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. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

Bemessungszeitraum

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

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

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

Höchstbetrag des Krankengelds

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2022 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal **112,88 €** täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,20 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

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

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 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 (s.u.), werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

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

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt jedoch nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

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

- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
Hinweis: Seit 1.10.2021 wird die Meldung an die Krankenkasse schrittweise auf digital umgestellt, d.h.: **Nicht mehr** der Patient muss einen Durchschlag der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (AU) an die Krankenkasse schicken, sondern die Arztpraxis meldet die Arbeitsunfähigkeit digital und direkt an die Krankenkasse (eAU).

Ruhen des Krankengelds 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 Rehabilitationsbedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 74) umwandelt.



Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Patient 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. 35).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

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

Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen 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 Versicherungsverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 74) beim zuständigen Rentenversicherungsträger, Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 48) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 40) beantragt.
Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

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

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

Praxistipp!

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

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Leistungen zur beruflichen Rehabilitation:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 50), Haushaltshilfe (siehe S. 53), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:** Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern.

Kostenträger

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

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische oder berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. „leistenden Rehabilitationsträger“. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die „Zuständigkeitsklärung“ soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der

Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

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

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

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

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

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

Erfolgt **keine** solche **Mitteilung** oder liegt **kein zureichender Grund** vor, gilt der Antrag als **genehmigt**. Der Antragsteller kann sich dann die **Leistung selbst beschaffen** und der Reha-Träger muss zahlen. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Menschen mit Behinderungen können auch die Beratungsangebote der unabhängigen Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de > Beratung in Anspruch nehmen.

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.

Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der medizinischen Reha übernehmen. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert in der Regel der Rentenversicherungsträger.

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.

Wartezeit

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren.

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

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

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

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.

- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 53) 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 beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkassen eine Rehabilitation verordnen.

Eine psychosomatische Reha (z.B. bei Depressionen) 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.

Eine Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung) wird in der Regel zusammen mit dem Sozialdienst des Krankenhauses beantragt, in dem der Patient sich gerade befindet. Die Verlegung in die Reha-Einrichtung kann oft direkt erfolgen.

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.

Der Arzt verordnet die medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation **ausführlich** begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. In Stichproben werden die Reha-Anträge durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft. Reichen die Unterlagen zur Beurteilung nicht aus, kann der MD im Einzelfall eine weitere ärztliche Untersuchung (Gutachten) veranlassen, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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

Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha. Ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden.

Praxistipps!

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Den Antrag „Schritt für Schritt“ finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Näheres zum Thema Widerspruch finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizi-

nische Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- **Kostenträger Krankenkasse:** Der Patient kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.
- **Kostenträger Rentenversicherung:** Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.



Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de (= Inhalte Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit 1.500 Reha-Kliniken) oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Reha-Antrag* > *Allgemeines* > *Wie finde ich die beste Rehaklinik für mich?* > *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. 27
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 29
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 50

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. 20.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die **Rentenversicherungsträger** ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatz Einkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter **1.317 €** liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2022 nach folgender Tabelle:

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall beantragt werden. Dem Antrag sind eine **Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers** oder eine **behördliche**

Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha?* > *Zuzahlung*.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Anschlussheilbehandlung

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

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

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein. Die Indikationsliste enthält „Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven“, wozu auch Parkinson zählt.



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und Zuzahlung, Näheres ab S. 40.



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 die Möglichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig durch einen Arzt überprüft. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden. Seine Zustimmung ist immer freiwillig.

Voraussetzungen

Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte oder Versicherungsträger, können eine Stufenweise Wiedereingliederung anregen.

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 (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und er ist ausreichend belastbar, d. h.: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer (siehe S. 55) haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die

Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines **BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement)** stattfindet, darf der Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: ein Arzt, ein Sozialberater, der Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer Wiedereinzugliedernde mit sog. **Entgeltersatzleistungen** finanziell absichert:

- Findet die Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld. Die Zeit der Stufenweisen Wiedereingliederung zählt zum Krankengeldbezug.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, sofern noch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

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

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

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

Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

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

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

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

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder aber in einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Agentur 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. Hier ist Voraussetzung, dass Ausrüstungsbeihilfe wegen der Art oder Schwere einer Behinderung erforderlich ist, um eine Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und eine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz sowie eine Geldleistung an den Arbeitgeber, sog. Lohnkostenzuschuss.
- **Budget für Ausbildung**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule sowie Erstattung der Ausbildungsvergütung.
- **Kraftfahrzeughilfe**: Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

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

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

Übernahme weiterer Kosten

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

Zuschüsse an den Arbeitgeber

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

nes Antragsrecht. **Die Gewährung eines Zuschusses** kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse oder Zuschüsse für Arbeitshilfen, Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Übergangsgeld

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

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Bei allen Kostenträgern gilt:

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. **angerechnet**:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien,
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.,
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der Unfallversicherung gezahlt wird.

Sozialversicherungsbeiträge

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

Dauer

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur medizinischen bzw. beruflichen Reha.
- während einer beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei **gesundheitsbedingter Unterbrechung** einer beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht: sog. Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.
- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

Findet eine stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Reha-Sport und Funktionstraining

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

Reha-Sport

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

Ziele von Reha-Sport sind:

- Ausdauer und Kraft stärken, Koordination und Flexibilität verbessern
- Selbstbewusstsein stärken, insbesondere auch von Menschen mit Behinderungen
- 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 umfasst bewegungstherapeutische Übungen und wird als Trocken- und/oder Wassergymnastik angeboten. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (z.B. Muskel- und Gelenkschmerzen), insbesondere bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen wie Rheuma und Osteoporose.

Ziele von Funktionstraining sind:

- Körperliche Funktionen erhalten oder verbessern
- Funktionsverluste von Organen/Körperteilen verzögern
- Schmerzen lindern
- Beweglichkeit verbessern
- Krankheitsbewältigung unterstützen
- Selbsthilfepotentiale aktivieren, um die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu stärken und langfristig zu körperlichem Training zu motivieren

Verordnung

Reha-Sport und Funktionstraining werden bei medizinischer Notwendigkeit vom behandelnden Arzt verordnet. Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, kann die Verordnung auch durch den Arzt einer Reha-Einrichtung verordnet werden.

In der Verordnung stehen

- die Diagnose nach ICD 10 und ggf. Nebendiagnosen,
- die Gründe und Ziele, warum Reha-Sport/Funktionstraining (weiterhin) notwendig ist,
- die Dauer des Reha-Sports bzw. des Funktionstrainings sowie
- eine Empfehlung für die Auswahl der geeigneten Reha-Sportart, bzw. des geeigneten Funktionstrainings.

Kostenträger und Zuständigkeit

Reha-Sport und Funktionstraining sind sog. ergänzende Leistungen zur Reha.

Stellt ein Arzt fest, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die **Antragstellung** erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56).

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten medizinischen Reha die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann **innerhalb von 3 Wochen** nach Reha-Ende begonnen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen und wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist, können Reha-Sport und Funktionstraining im Rahmen einer beruflichen Reha auch von der Agentur für Arbeit übernommen werden.

Privatpatienten müssen in der Regel einen Vertrag über die Reha-Sport- bzw. Funktionstrainings-Leistungen mit dem Leistungserbringer abschließen und erhalten eine Rechnung. Diese Rechnung können sie dann bei ihrer Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe die Kosten erstattet werden, sollten Privatpatienten deshalb immer **im Voraus** mit ihrer Krankenversicherung klären.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

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

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

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



Wer hilft weiter?

- Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region sind bei den Krankenkassen zu erfragen. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.
- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-301 bzw. 02234 6000-306, www.dbs-npc.de > Schnellzugriff > Rehasportgruppen.
- Bei dem gemeinnützigen Rehasport e.V. können unter www.rehasport-finder.de Anbieter von Reha-Sportmaßnahmen nach PLZ gesucht werden.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, an einer ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

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

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

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Seit 1.1.2016 kann die Haushaltshilfe im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

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

Definition

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

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

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

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

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

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

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthält allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Praxistipp!

Die Versorgungsmedizin-Verordnung als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung finden Sie beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“.

Anhaltswerte zur Feststellung der Behinderung bei Parkinson:

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

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

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

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Parkinson-Patienten. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die am besten über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden

Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen. Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung 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:** Rundfunkbeitragbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen Gl:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBl:** taubblind

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

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

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

sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 22191100-6, Mo-Do 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt*.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**. Adressen unter www.arbeitsagentur.de > *Dienststelle finden*.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises. Adressen finden Sie bei der Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > *Themen* > *Schwerbehinderung* > *Schwerbehindertenausweis* > *Versorgungsamt*.

Pflege

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

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert gewesen war und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Bei Personen, die aus der **privaten** in die gesetzliche Pflegeversicherung wechseln mussten, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit anzurechnen.

Grundsätzlich ist die Pflegeversicherung, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, keine Vollversicherung. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Zum Beispiel war 2021 bei vollstationärer Pflege, nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen, im Bundesdurchschnitt ein Eigenanteil von monatlich 2.125 € zu leisten.



Praxistipps!

- Eine private Pflegezusatzversicherung kann sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.
- 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 im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer

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

Die Pflegebedürftigkeit muss **dauerhaft**, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen). Ist

eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MD zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein **Wiederholungsgutachten** durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern ist ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchzuführen.

Soll nicht der MD, sondern ein **anderer unabhängiger Gutachter** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens 3 Gutachter zur Auswahl nennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von 4 Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.

Bearbeitungsfrist

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist 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** oder in einer **stationären Reha-Einrichtung** befindet und ein Angehöriger **Pflegezeit** oder **Familienpflegezeit** beantragt hat oder wenn sich der Antragsteller in einem **Hospiz** befindet oder wenn er eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** erhält.

Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

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



Praxistipp!

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.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Grundlagen der Begutachtung/Richtlinien* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

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 % Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.
3. Verhaltensweisen oder psychische Probleme: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	
4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %

Es gibt noch zwei weitere Bereiche (Modul 7: außerhäusliche Aktivitäten und Modul 8: Haushaltsführung), die zwar nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit einfließen, jedoch erhoben werden, um eine bessere Versorgungsplanung und eine individuelle Beratung zu ermöglichen:

Module und Beispiele	Gewichtung
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	

Unabhängig von der Feststellung des Pflegegrades können Maßnahmen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, der Prävention und der Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus) empfohlen werden, z.B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (siehe S. 40), Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel (siehe S. 71), Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (siehe S. 83), edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung), präventive Maßnahmen oder eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

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

Pflegegrade

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

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

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

Widerspruch

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

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

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Auf-

zeichnungen (z.B. aus einem Pflageetagebuch) notieren.

- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pflageetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflagebedürftigen 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 beigelegen zu können.

Es kann hilfreich sein, vorab einen Termin bei einer Pflageberatung zu vereinbaren, die beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt als Rechtsbehelf noch eine Klage beim Sozialgericht.



Praxistipps!

- Allgemeine Informationen über Widersprüche im Sozialrecht, Hinweise dazu, wie ein Widerspruch eingelegt werden kann und einen Musterwiderspruch finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.
- Die Ratgeber „Pflage“ und „Pflage-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

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

Ein höherer Pflagegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflageleistungen

Zu den Leistungen der Pflageversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflage sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Leistungen bei häuslicher Pflage

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflage beantragt werden:

Pflagegeld

Pflagegeld erhält ein Pflagebedürftiger ab Pflagegrad 2 von der Pflagekasse, damit er die Person, die ihn zu Hause pflagt, bezahlen kann. Es gehört im Rahmen der Pflageversicherung zur häuslichen Pflage und stellt die erforderlichen Pflageleistungen durch eine Person in geeigneter Weise sicher. Das Pflagegeld beträgt je nach Pflagegrad zwischen 316 und 901 € monatlich.

Pflagesachleistung

Bei Bezug von Pflagesachleistung wird der Pflagebedürftige von professionellen Pflagekräften gepflegt, die zu ihm ins Haus kommen. Die Pflagekräfte rechnen direkt mit der Pflagekasse ab und erhalten je nach Pflagegrad 125 bis 2.095 € monatlich. Pflagesachleistungen gehören im Rahmen der Pflageversicherung zur Häuslichen Pflage.

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z.B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z.B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige ist, bis auf wenige Ausnahmen, an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten den Entlastungsbetrag als Zuschuss für die Pflege im vollstationären Bereich.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege,
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies **nicht** für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung)
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst)
- Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege etwas länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Der Entlastungsbetrag kann zusätzlich auch für nach Landesrecht geförderte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Dazu gehören z.B.

- **Entlastung für Pflegebedürftige**, z.B. praktische Hilfen wie Einkaufen oder Vorlesen
- **Entlastung für Pflegenden und Angehörige**, z.B. emotionale Unterstützung durch Gespräche und Zuhören

- **Angebote zur Betreuung**, z.B. Übernahme stundenweiser Betreuung, wenn pflegende Angehörige kurze Auszeiten benötigen

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. Weitere Informationen zu Pflegehilfsmitteln unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegehilfsmittel“.

DiPA - Digitale Pflegeanwendungen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. DiPA sind derzeit nur für die ambulante Pflege erstattungsfähig. Der Anspruch auf eine DiPA und eventuell notwendige ergänzende Unterstützungsleistung ist auf 50 € monatlich begrenzt. Die Leistung gibt es auf Antrag bei der Pflegekasse, wenn die DiPA beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gelistet ist.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen, Näheres auf S. 83.

Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen

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

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

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

Leistungen bei häuslicher Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	bis zu 724 €	bis zu 1.363 €	bis zu 1.693 €	bis zu 2.095 €

Leistungen bei häuslicher Pflege					
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)

Teilstationäre Pflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Tages- oder Nachtpflege bei der Pflegekasse beantragt werden. Pflegebedürftige werden in einer Tages- oder Nachtpflege nur stundenweise betreut. Die **Tagespflege** richtet sich an Betroffene, die z.B. tagsüber alleine in Ihrer Wohnung sind und stundenweise Beaufsichtigung in einer Einrichtung benötigen. Die **Nachtpflege** wird oft von Menschen mit Demenz oder Parkinson mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus genutzt. Die Betroffenen werden tagsüber zu Hause von Pflegepersonen oder Angehörigen gepflegt und schlafen in einer Nachtpflegeeinrichtung. Dadurch werden pflegende Angehörige entlastet. Manche Pflegeeinrichtungen bieten auch **Wochenendpflege** an. Das Angebot der Nachtpflege und der Wochenendpflege ist aber nicht überall verfügbar. Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege rechnen direkt mit der Pflegekasse ab. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen die Leistungen zunächst selbst bezahlen. Die entstandenen Kosten können dann bei der Pflegekasse bis zur Höhe von 125 € geltend gemacht werden. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sind von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Diese Kosten können teilweise durch den Entlastungsbetrag (siehe S. 64) ausgeglichen werden.

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €
Vollstationäre Pflege monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Eigenanteil im Pflegeheim

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie Investitionskosten (anfallende Kosten für z.B. Gebäude und Reparaturen) fallen sehr unterschiedlich aus und müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Der **Pflegebedürftige muss** neben den **Hotelkosten** und den **Investitionskosten** zusätzlich einen **Eigenanteil** zu den **Kosten der vollstationären Pflege leisten**. Die Höhe des sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der EEE ist ein pauschaler Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht von den Pflegekassen übernommen wird. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung. Innerhalb einer Einrichtung ist er einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 und erhöht sich nicht, wenn eine Höherstufung des Pflegegrades erfolgt. Bei Pflegegrad 1 muss ein großer Teil der Kosten selbst getragen werden, da nur der Entlastungsbetrag von monatlich 125 € zur Verfügung steht. Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der Heimbewohner auszieht oder stirbt.

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Zuschlag zum Eigenanteil. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, er muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden.

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag
bis einschließlich 12 Monate	5 %
mehr als 12 Monate	25 %
mehr als 24 Monate	45 %
mehr als 36 Monate	70 %

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 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € 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.



Praxistipp!

Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Pflegekassen, Pflegestützpunkte sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Schwerpunkt Pflegeversicherung, Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do 8–18 Uhr und Fr 8–12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Rentenversicherung

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

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person. Die Pflegekasse meldet die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.

Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 40).

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

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

Unfallversicherung

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

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen“. Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.

Krankenversicherung

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

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

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

Arbeitslosenversicherung

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

Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Download der Broschüre unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“.
- Das Bundesministerium für Familie, Frauen und Senioren bietet unter www.wege-zur-pflege.de weiterführende Informationen für pflegende Angehörige.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße Anspruch hat.

Diese sog. „**kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Er kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen können gegeben sein, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie **Pflegeunterstützungsgeld** als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen. Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung.

Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden. 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.

In der **Familienpflegezeit** reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit. Auf Familienpflegezeit besteht erst ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.



Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.
Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben. Nähere Informationen zur Pflegezeit erhalten Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegezeit“* und *Suchbegriff: „Familienpflegezeit“*.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > *Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“*.
- Informationen wie Broschüren, Merkblätter und Formulare zu den Freistellungsmöglichkeiten des Pflege- und Familienpflegezeitgesetz finden Sie unter www.wege-zur-pflege.de > *Familienpflegezeit*.

Hilfsmittel

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

Hilfsmittel für die Hände

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

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

Hilfsmittel für das Gleichgewicht

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

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

Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

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

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



Praxistipp!

Hilfsmittel, die den persönlichen Alltag, den Haushalt und die Ernährung unterstützen und erleichtern,

finden Sie unter www.rehadat-hilfsmittel.de > Produkte > Haushalt & Ernährung.

Wer hilft weiter?

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

Kosten

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

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

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

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

Festbeträge

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

Zuzahlung

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

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

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

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

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus

hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z.B. Vorlagen bei Inkontinenz (Produktgruppe 15), saugende Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe (Produktgruppe 19). Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 € monatlich. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen oder aus mehreren Produktgruppen benötigt werden.

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 22.

Pflegehilfsmittel

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



Wer hilft weiter?

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



Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend, d.h. es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Eine für Laien besser verständliche und nutzbare Übersicht bietet Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de.
- Sanitätshäuser oder z.B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über detailliertes und praxisnahes Wissen zu Hilfsmitteln und auch zu individuellen Sonderanfertigungen. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Betroffene eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 78).

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. 80).

Erwerbsminderungsrente

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

Reha vor Rente

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft die Rentenversicherung, ob die Erwerbsfähigkeit durch eine berufliche oder medizinische Reha wiederhergestellt werden kann. Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine Aussicht auf Besserung prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mind. 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) **und**
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung mind. 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt hat.

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten. Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z.B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem Arbeitsmarkt** gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruches einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein kann, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Voraussetzungen bei Menschen mit Behinderungen

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und** wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

Berufsschutz

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

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

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

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe und Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um 1 Monat, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist. Die Abschläge bei den Erwerbsminderungsrenten von maximal 10,8 % bleiben aber weiterhin bestehen, auch mit Eintritt in die Altersrente. Dies führt ebenfalls zu entsprechenden Kürzungen der Hinterbliebenenrente.

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 ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst den jährlichen Freibetrag nicht übersteigt. Normalerweise beträgt er 6.300 € (bis Ende 2022 wegen der Corona-Pandemie 46.060 €). Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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 oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.

Praxistipps!

- Rentenberater sind gerichtlich zugelassene und unabhängige Vertreter der Interessen ihrer Mandanten. Sie helfen bei der Durchsetzung von Renten, Widerspruchsverfahren vor den (Landes-) Sozialgerichten, Kontenklärungen und Rentenansträgen.
Kosten: Rentenberater sind an das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz gebunden.
Adressen von Rentenberatern findet man in den Gelben Seiten oder bekommt sie vom Bundesverband der Rentenberater e.V., Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Telefon 030 627255-02, Telefax 030 627255-03, www.rentenberater.de.
- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 78) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Rente* > *Allgemeine Informationen zur Rente* > *Rentenarten und Leistungen* > *Erwerbsminderungsrenten*.
- Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten erwerbsunfähige Personen einen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Grundrente“*.
- Parkinson-Patienten mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 haben unter Umständen einen Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente. Weitere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“*.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle auf S. 79).
- 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.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte).

Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

Von diesem Bedarf wird das eigene Einkommen und Vermögen abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind Einkommen und Vermögen höher als der Bedarf, besteht kein Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

Erhält ein Mensch mit Behinderungen neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung. Ausführliche Informationen unter www.betamet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.

Höhe

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe. Seit 1.1.2022 gelten folgende Regelsätze:

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag zur Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	449 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 404 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 360 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 376 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 311 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 285 €



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfänger, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z.B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen. Das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum ist ein einklagbarer Rechtsanspruch.

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 78).

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.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen unterhaltspflichtig gegenüber dem Hilfebedürftigen sind. Es wird unterschieden zwischen **gesteigert** Unterhaltspflichtigen, **normal** Unterhaltspflichtigen und **nicht** Unterhaltspflichtigen. Seit 1.1.2020 werden Kinder für ihre Eltern oder Eltern für ihre erwachsenen Kinder mit Behinderungen nur noch zu Unterhaltszahlungen herangezogen, wenn sie über ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €** verfügen.



Praxistipp!

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

Wohnen

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

Sturzprophylaxe

Ein Sturz kann ernsthafte Verletzungen und Folgeprobleme nach sich ziehen oder tödlich enden. Menschen mit Parkinson sind in der Regel besonders gefährdet.

Vorbeugend sind Stolperfallen in der Wohnung zu entfernen und wenn möglich das Sturzrisiko beim Gefährdeten selbst zu minimieren, z.B. durch Bewegung. Bei Risikopatienten sollte ein ärztlicher Test durchgeführt werden.

Sturzrisikofaktoren

Die Gefahr zu fallen erhöht sich auch noch deutlich durch Sturzrisikofaktoren wie:

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Risikoträchtige Bewegungen, z.B. trotz Gleichgewichtsproblemen auf einen Stuhl steigen
- Sehbeeinträchtigung
- Alkohol- und/oder Drogenkonsum
- Medikamentenwirkungen, z.B. bei Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten (z.B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten)

Um das Sturzrisiko zu verringern, sollten Betroffene auf keinen Fall - aus Angst vor einem Sturz - das Sitzen bevorzugen. Dadurch werden sie immer schwächer und unsicherer.

Testverfahren zur Sturzgefahr

Es gibt zahlreiche Verfahren, um das Sturzrisiko einzuschätzen, z.B.:

- **Der Chair-Rising-Test**
Gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden fünfmal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen. Ein ähnlicher Test (**timed-stands-Test**) erfordert 10-maliges Aufstehen.
- **Timed-Up-and-Go-Test:**
Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen; er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt.
- **Mobilitätstest nach Tinetti:**
Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden oberen Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die anhand verschiedener Kriterien bewertet werden, z.B.: Stand und Balance werden

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

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

Andere Tests beziehen weitere, z.B. die geistigen, Fähigkeiten mit ein, da die Einschätzung von Gefahren und die Reaktionsgeschwindigkeit wichtige Faktoren sind.

Empfehlungen zur Sturzvermeidung

Grundsätzlich ist es wichtig, die Risikofaktoren zu kennen. Wenn diese klar sind, gibt es zwei Ansatzpunkte: bei der sturzgefährdeten Person selbst und im Umfeld.

Personenbezogene Maßnahmen zur Sturzvorbeugung

Regelmäßiges körperliches Training hilft in jedem Stadium, Stürze zu verhindern. Im Alter lassen Kraft, Gleichgewichtssinn, Koordinationsfähigkeit, Geschicklichkeit und Reaktionsvermögen nach.

Folgende Bewegungsformen helfen dagegen:

- Jede Bewegung ist wichtig. Das umfasst auch Alltagsbewegungen wie Treppensteigen oder Radfahren.
- Bereits leichteres Ausdauer-, Kraft- oder Gleichgewichtstraining kann das Sturzrisiko reduzieren.
- Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 51) sind besonders geeignet.
- Physiotherapie und Ergotherapie (siehe S. 7) können auch helfen, aber nur, wenn sie auch in eigene aktive Übungen übergehen.
- Wassergymnastik kann helfen, wenn der Patient Sturzangst hat. Aber prinzipiell hat Gymnastik auf dem Trockenen einen größeren Effekt.
- Wenn eine verringerte Knochendichte vorliegt, also eine erhöhte Gefahr von Knochenbrüchen besteht, kann dies nur durch regelmäßiges Widerstandstraining (high-impact-training, Krafttraining) verbessert werden. Dafür müssen Betroffene allerdings auch ausreichend fit sein.

Zudem können je nach Ursache der Sturzgefährdung folgende Punkte wichtig sein:

- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel abklären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel (siehe S. 71) einsetzen, z.B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z.B. Hüftprotektoren verwenden.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten.
Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Keine Tätigkeiten verrichten, bei denen man abstürzen kann: Fenster putzen, Vorhänge wechseln, hohe Regal- und Schrankfächer benutzen, auf Hocker, Stühle oder Leitern steigen.

Maßnahmen zur Sturzvorbeugung im Lebensumfeld

Alle Maßnahmen und Veränderungen zur Sturzvermeidung sollten nur mit dem Wissen und Einverständnis des Betroffenen durchgeführt werden:

- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden oder rutschhemmend ausstatten.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Handgriffe anbringen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren. Türschwellen, wenn baulich möglich, entfernen.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.

Um in Notfällen schnell Hilfe holen zu können, kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 85) installiert werden.

Wohnumfeldverbesserung

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

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des

Pflegebedürftigen.

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

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim verhindern kann.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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

Kostenerstattung nach dem Tod des Pflegebedürftigen

Bei einigen Leistungen, z.B. Wohnumfeldverbesserung, bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse.

Seit dem 20.7.2021 können die Erben nach dem Tod des Pflegebedürftigen entstandene Ansprüche auf Kostenerstattung noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse geltend machen.



Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege“.
- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst **danach** die Rechnung bei der Pflegekasse einreicht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter www.kfw.de mit dem Suchbegriff: „159“. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 für selbst genutztes Wohneigentum oder Programmnummer 134 für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen. Näheres unter www.kfw.de, Suchbegriff: „124“ bzw. „134“.

- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das Einverständnis des Vermieters eingeholt werden.

Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. hat auf seiner Seite Ansprechpartner und Adressen von Wohnberatungsstellen nach Bundesländern sortiert: www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen*.

Hausnotrufsysteme

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

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z.B. um den Hals oder als Armband). Die Basisstation ist in der Regel mit dem Telefonanschluss verbunden. Sollte kein Telefonanschluss vorhanden sein, ist auch ein Anschluss an das Mobilfunknetz möglich. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus. Automatisch wird sofort eine Sprechverbindung hergestellt und der Mitarbeiter in der Hausnotrufzentrale kann erfragen, um welche Art von Notfall es sich handelt und die notwendigen Hilfen veranlassen, die vorher in einem Hilfeplan vereinbart wurden. So können z.B. zunächst Verwandte oder Nachbarn verständigt werden, je nach Situation auch sofort der Notarzt oder Rettungsdienst. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüsselhinterlegung an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

Zusatzfunktionen

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

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 € bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 € bis 80 €.

Die Pflegekasse gewährt auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) in der Regel einen Zuschuss: Für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren je 23 € pro Monat.

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1),
- allein oder überwiegend allein lebend **oder**
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann **und**
- durch die aktuelle gesundheitliche Situation muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden.

Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.



Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis* > *Produktgruppe 52*.
- Es ist sinnvoll, mit dem behandelnden Arzt zu beraten, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.



Wer hilft weiter?

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

Patientenvorsorge

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

Dafür gibt es 3 verschiedene schriftliche Erklärungen:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht entspricht dem Rechtscharakter einer Willenserklärung. Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. Besonders wichtig sind dabei Entscheidungen über medizinische Behandlungen und Vermögen sowie die Vertretung bei Behörden.

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

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

Der Bevollmächtigte untersteht – im Gegensatz zum Betreuer – keiner staatlichen Kontrolle durch das Betreuungsgericht. Bei bestimmten Situationen braucht jedoch auch der Bevollmächtigte immer die Zustimmung des Betreuungsgerichts.

Weitere Informationen dazu unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Vorsorgevollmacht“.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll. Das Betreuungsgericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und deren Eignung zu bestätigen. Wenn keine Betreuungsverfügung vorliegt, sucht das Betreuungsgericht bei Bedarf eine geeignete Person aus.

Auswahl des Betreuers

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn der Vorschlag dem Wohl des Betroffenen zuwiderläuft oder dieser erkennbar nicht mehr an der Person festhalten möchte. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der aktuelle Wunsch entscheidend.

Weitere Informationen dazu unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Betreuungsverfügung“.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann. Eine Patientenverfügung sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit einem Arzt verfasst werden, um ihr eine medizinisch fachkundige Basis zu geben.

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für Krankheitssituationen oder die letzte Lebensphase. In der Verfügung beschreibt der Verfasser möglichst genau die gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung für Situationen, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „Garantenpflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband

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

Kompetenznetz Parkinson

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

Deutsche Parkinson Hilfe e.V.

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

Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.

Reinhardtstr. 27 c, 10117 Berlin
Postanschrift: Prof. Dr. Rüdiger Hilker-Roggendorf
c/o Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Klinikum Vest
Dorstener Str. 151, 45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 563701
Fax: 02361 563799
E-Mail: info@parkinson-gesellschaft.de
www.parkinson-gesellschaft.de

Jung und Parkinson – Die Selbsthilfe e.V.

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

Bundesverband Parkinson Youngster für Selbsthilfe und Bewegungsstörungen e.V.

Clemens-August-Str. 71, 46282 Dorsten
Telefon: 0152 34010729
E-Mail: info@parkinson-youngster.de
<https://parkinson-youngster.de>

ParkinsonFonds Deutschland gGmbH

Unter den Linden 10, 10117 Berlin

Telefon: 030 700140-110

Fax: 030 700140-150

E-Mail: info@parkinsonfonds.de

www.parkinsonfonds.de

Hilde-Ulrichs-Stiftung für Parkinsonforschung

Postfach 70 04 32, 60554 Frankfurt am Main

Telefon: 069 67778021

E-Mail: kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de

www.aktive-parkinsonstiftung.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Janina Del Giudice, Luisa Milazzo, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© radachynskyi – stock.adobe.com – ID 253830667

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

13. vollständig überarbeitete Auflage, März 2022