

Osteoporose & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

Osteoporose ist eine schleichende Knochenerkrankung, die neben körperlichen Einschränkungen auch Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen und ihrer Familien mit sich bringen kann. Daher ist neben dem Wissen über Diagnostik und Behandlung auch das Wissen über sozialrechtliche und praktische Aspekte rund um die Erkrankung von Bedeutung.

Dieser Ratgeber gibt daher umfassend Auskunft zu Themen wie finanziellen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Beschaffung von Hilfsmitteln sowie Informationen zum Grad der Behinderung bei fortgeschrittener Osteoporose.

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare-Ratgeber „Osteoporose & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Clemens Troche
Geschäftsführer betapharm

Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter www.betaCare.de.

Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter www.betapharm.de.

Inhalt

Vorwort	2
Osteoporose	5
Risikofaktoren	5
Diagnostik	6
Behandlung	7
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	11
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	12
Krankengeld	13
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	18
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	21
Erwerbsminderungsrente	21
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	23
Hilfe zum Lebensunterhalt	25
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	27
Zuzahlungsregelungen	27
Zuzahlungsbefreiung	29
Sonderregelung für chronisch Kranke	32
Rehabilitation	35
Überblick über Reha-Leistungen	35
Ambulante Reha-Maßnahmen	37
Stationäre Reha-Maßnahmen	37
Anschlussheilbehandlung	41
Stufenweise Wiedereingliederung	42
Berufliche Reha-Maßnahmen	44
Übergangsgeld	46
Reha-Sport und Funktionstraining	48
Haushaltshilfe	50
Behinderung	53
Grad der Behinderung	54
Schwerbehindertenausweis	55
Nachteilsausgleiche	56
Häusliche Krankenpflege	57
Pflege	59
Pflegegrade	62
Pflegeleistungen	63
Leistungen für pflegende Angehörige	67

Sturzprophylaxe	69
Hilfsmittel	73
Pflegehilfsmittel	76
Wohnumfeldverbesserungen	77
Hausnotrufsystem	79
Adressen	81
Impressum	83

Osteoporose

Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine Stoffwechselerkrankung des Skeletts. Durch Abnahme der Knochenmasse kommt es zu einer Verringerung der Knochendichte. Diese Verringerung erhöht das Risiko für Knochenbrüche, typischerweise an Hüfte, Wirbelsäule und Handgelenken.

In Deutschland sind etwa 6 Millionen Menschen von Osteoporose betroffen – mit steigender Tendenz. Damit zählt Osteoporose zu einer der bedeutendsten Volkskrankheiten der heutigen Zeit.

Besonders betroffen sind Frauen nach den Wechseljahren und Menschen im höheren Lebensalter. Hierbei handelt es sich um die sog. „primäre Osteoporose“. Auch bestimmte Erkrankungen oder medikamentöse Behandlungen können eine Osteoporose auslösen. Dann spricht man von einer sekundären Osteoporose.

Die Knochenqualität wird von einem ständigen Auf- und Abbauprozess bestimmt. Bis etwa zum 30. Lebensjahr wird mehr Knochenmasse auf- als abgebaut. Ab etwa dem 40. Lebensjahr kehrt sich dieser Prozess um. Es ist daher natürlich, dass der Knochen im Alter allmählich an Masse verliert.

Bei Osteoporose findet der Abbauprozess der Knochenmasse übermäßig schnell statt und das Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau ist gestört. Durch einen raschen Abbau von Knochenmasse werden die inneren Strukturen des Knochens zerstört. Die Knochen werden brüchig, weil sie an Elastizität und Stabilität verlieren. Das kann so weit führen, dass sogar ohne einen Sturz ein Knochen bricht.

Risikofaktoren

Für Osteoporose gibt es verschiedene Risikofaktoren. Manche davon kann man aktiv beeinflussen, andere hingegen nicht.

Beeinflussbare Ursachen

- Kalzium- und Vitamin-D-Mangel
- Hormonstörungen
- Rauchen
- übermäßiger Alkohol- und Koffeinkonsum
- Untergewicht (BMI < 20)
- Fehlernährung
- Bewegungsmangel

Nicht oder schwer beeinflussbare Ursachen

- erbliche Veranlagung
- Alter und Geschlecht
- Erkrankungen wie z.B. chronisch entzündliche Darm- oder Rheumaerkrankungen, Diabetes Typ 1, Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- Zustand nach Organtransplantation oder Magenentfernung
- Funktionsstörungen der Nieren, Leber oder Schilddrüse
- bestimmte Medikamente (z. B. Antidepressiva, Antiepileptika, Kortison)

Praxistipp!

Unter www.osteoporose.de finden Sie einen Osteoporose-Risikotest. Eine persönliche ärztliche Beratung ersetzt dieser natürlich nicht.

Diagnostik

Eine frühzeitige Erkennung der Osteoporose ist wichtig, um Folgeerkrankungen wie schmerzhafte Frakturen, eine Größenabnahme und einen Rundrücken, möglichst zu vermeiden. Neben einem ausführlichen Patientengespräch mit Erhebung möglicher Risikofaktoren, einer körperlichen Untersuchung sowie bestimmten Laboruntersuchungen ist die Knochendichtemessung für die Diagnose der Osteoporose eine der sichersten Methoden.

In der Regel erfolgt die Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) als Röntgenuntersuchung durch die Zwei-Spektren-Röntgenabsorptiometrie (DXA). Die DXA-Messung ist eine strahlungsarme Röntgenmethode, die nur wenige Minuten dauert. Bei der Knochendichtemessung wird nicht die absolute Knochendichte ermittelt, sondern die Abweichung vom Normalen durch den sog. „T-Wert“. Eine Osteoporose liegt vor, wenn der Messwert mit einem bestimmten Abstand unter dem Durchschnitt der gleichgeschlechtigen 30-jährigen Gesunden (sog. „peak bone mass“) liegt.

Mit dem Alter nimmt die Knochendichte natürlicherweise ab und das Risiko für Knochenbrüche steigt auch bei gesunden Menschen. Daher wird zusätzlich zum T-Wert ein Vergleichswert bestimmt, der sich auf gesunde Frauen und Männer im gleichen Alter bezieht. Wenn der Vergleichswert normal ist, gilt die Knochendichte als alterstypisch.

Die Knochendichtemessung kann zwar auf eine Osteoporose hinweisen, sie aber nicht beweisen. Sie ist eine Art Gradmesser für den Knochenmineralgehalt. Der Arzt bewertet das Ergebnis immer zusammen mit individuellen Aspekten der Patienten wie z. B. dem Alter, Risikofaktoren für Osteoporose, Beschwerden und Symptome sowie möglichen Krankheiten, die eine Osteoporose auslösen können.

Die Krankenkassen übernehmen die **Kosten** der Knochendichtemessung mittels DXA-Verfahren nur, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht. Bei anderen Verfahren, z. B. einer qualitativen Computertomographie oder dem quantitativen Ultraschallverfahren, werden die Kosten nicht übernommen.

Kosten

Behandlung

Die Osteoporosebehandlung besteht aus medikamentöser Therapie, ausgewogener Ernährung mit hohem Kalziumanteil und einem konsequenten Bewegungsprogramm.

Ziel der Behandlung ist es, eine positive Bilanz am Knochen zu erreichen, Verformungen und Knochenbrüche zu verhindern sowie Schmerzen zu reduzieren. Die Behandlung von Osteoporose erfordert eine aktive Mitarbeit des Patienten.

Je nach Ursache der Erkrankung gibt es verschiedene Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung:

- Bei Frauen in den Wechseljahren ist in der Regel der Östrogenmangel die Ursache der Osteoporose. Nach den heutigen medizinischen Kenntnissen muss über die Einnahme von Östrogen sehr sorgfältig und unter Abwägung von Nutzen und Risiken entschieden werden.
- Alternativ stehen mittlerweile andere Medikamente zur Verfügung, die eine ähnlich positive Wirkung auf den Knochenbau haben wie Hormone. Dazu gehören Vitamin D und Kalzium als Basistherapie. Um den Knochenabbau aufzuhalten, werden verschiedene Medikamente eingesetzt. Welche Medikamente für den Einzelnen am besten geeignet sind, sollte mit dem Arzt besprochen werden.

Medikamentöse Therapie

Schmerztherapie

Da die betroffenen Patienten durch Frakturen und Veränderungen der Körperstatur, wie der Ausbildung eines Rundrückens, häufig auch unter starken Schmerzen leiden, muss rechtzeitig mit einer effektiven **Schmerztherapie** begonnen werden. Sonst führen die Schmerzen zu einer Bewegungseinschränkung, die sich negativ auf den weiteren Verlauf auswirkt.

Ernährung

Bei der Behandlung von Osteoporose spielt die **Ernährung** eine große Rolle. Auch vorbeugend kann man mit einer gesunden, kalzium- und Vitamin D-reichen Ernährung viel erreichen. Knochen brauchen Kalzium und Vitamin D hilft dem Körper, das Kalzium zu nutzen.

Kalzium

Eine ausreichende Kalziumzufuhr ist für gesunde Knochen absolut unverzichtbar. Die größten Kalziumlieferanten sind Milch und Milchprodukte, kalziumreiches Mineralwasser und kalziumreiche Gemüsesorten wie Grünkohl, Lauch und Brokkoli. Der Tagesbedarf hängt vom Lebensalter ab.

Ein Erwachsener sollte im Durchschnitt 1.000 mg Kalzium täglich aufnehmen. Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr durch die tägliche Nahrung nicht gewährleistet ist, sollten zusätzlich Kalziumpräparate (z. B. in Form von Brause- oder Kautabletten) eingenommen werden. Überschüssiges Kalzium wird über die Nieren und das Harnsystem ausgeschieden.

Um die Aufnahme von Kalzium zu gewährleisten, sollte auf Nikotin verzichtet und phosphatreiche Lebensmittel wie Cola, stark zuckerhaltige Limonaden, Schmelzkäse, Wurst- und Fleischwaren vermieden werden. Alkohol und Kaffee sollten nur in Maßen getrunken werden. Ebenso negativ wirken sich oxalatreiche Lebensmittel, z. B. Rhabarber, Spinat und Schokolade aus. Durch Erhitzen werden die Oxalsäuren aber in der Regel inaktiv.



Praxistipp!

Eine Liste des Kalziumgehalts verschiedener Lebensmittel bietet das Deutsche Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet) unter www.ernaehrung.de > Ernährungstipps > Ernährungstherapie > Osteoporose.

Vitamin D

Vitamin D fördert die Kalziumaufnahme aus dem Darm sowie die Einlagerung des Mineralstoffs in den Knochen. Nur wenige Nahrungsmittel, zum Beispiel fetter Fisch, enthalten Vitamin D. Durch den Einfluss von UV-Licht kann der Körper aber einen Großteil des Bedarfs selbst bilden. Je nach Hauttyp und Jahreszeit reichen 5–25 Minuten Aufenthalt im Freien aus, um den Tagesbedarf zu decken. Bei zu geringer Sonnenbestrahlung, vor allem im Winter und bei bettlägerigen Patienten, ist es sinnvoll, Vitamin D-Präparate einzunehmen (empfohlen werden 800–1.000 IE Vitamin D₃ täglich).

Wichtig: Bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose können die Empfehlungen für die Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr abweichen! Besprechen Sie daher mit Ihrem Arzt auf was Sie achten müssen.

Vitamin B12

Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B 12 senkt das Risiko für Osteoporose. Vitamin B 12 ist besonders in Hülsenfrüchten und tierischen Produkten wie Fleisch, Meeresfrüchten, Milch und Eiern enthalten.

Folsäure

Bei Folsäure handelt es sich um ein Vitamin, das vor allem in Spinat, Grünkohl, Endiviensalat, Gurken, Tomaten, Spargel, Zitrusfrüchten, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten, Fleisch und Innereien sowie in Hefe enthalten ist. Ein Folsäuremangel erhöht das Risiko für Osteoporose, daher sollte genügend Folsäure aufgenommen werden. Empfohlen wird ein Tagesbedarf von 300 µg.



Praxistipp!

Viele Krankenkassen übernehmen bei Osteoporose die Kosten für eine Ernährungsberatung. Zudem sind einige Kochbücher speziell für die Ernährung bei Osteoporose erhältlich.

Bewegung stärkt die Knochen und hilft, den Knochenabbau zu bremsen. Daher ist regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose sehr wichtig.

Wer nicht trainiert, verliert etwa 5–10% der Muskelmasse pro Lebensjahrzehnt und damit auch Knochenmasse. Knochen und Muskeln sind ein voneinander abhängiges System. Das über die Nahrung aufgenommene Kalzium kann am besten in den Knochen eingebaut werden, wenn man sich ausreichend bewegt.

Sport stärkt die Muskulatur, erhält die Beweglichkeit und erhöht die Koordination. Dadurch kann das Sturzrisiko vermindert werden.

Bei den Empfehlungen für Sport wird unterschieden, ob ein erhöhtes Risiko für Osteoporose besteht, ob bereits eine Osteoporose diagnostiziert ist und ob es schon zu einem Knochenbruch gekommen ist.

Generell gilt: Die Bewegung muss Spaß machen, damit man sie dauerhaft ausübt. Es kann hilfreich sein, sich einer Sportgruppe anzuschließen oder sich regelmäßig mit Freunden zum Sport zu verabreden.

Sport und Bewegung

Hier einige Trainingshinweise:

- Zum Aufbau von Knochenmasse ist eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining empfehlenswert. Gezielte Kräftigungsübungen rund um die Skelettabschnitte, die besonders gefährdet sind (Wirbelkörper, Handgelenk, Oberschenkelhals und gelenknahe Abschnitte des Oberschenkels), sind besonders effektiv.
- Das Training sollte auf das Leistungsvermögen abgestimmt sein, damit Überlastungen vermieden werden. Wer neu mit Sport anfängt, sollte sich vorher vom Arzt untersuchen lassen, der dann ein individuelles Trainingspensum empfehlen kann.
- Aktivitäten im Freien sind besonders empfehlenswert, da die Haut unter der Sonneneinstrahlung Vitamin D produzieren kann, was wichtig für den Knochenstoffwechsel ist.
- Es kommt besonders auf die Regelmäßigkeit des Trainings an, da die Knochensubstanz bei längeren Trainingspausen auch schnell wieder abnimmt. Etwa 3–4 Einheiten mit 30 bis 60 Minuten pro Woche sind optimal.
- Auch im hohen Alter oder bei geringer Belastbarkeit kann man seine Knochen stärken. Kräftigungsübungen und Gymnastik sind auch im Sitzen möglich und bringen einen spürbaren Leistungszuwachs.
- Bei einer bestehenden Osteoporose ist Sport Bestandteil des Behandlungsplans. Es gibt viele Sportgruppen, die ein speziell auf die Bedürfnisse von Osteoporosepatienten abgestimmtes Training anbieten.

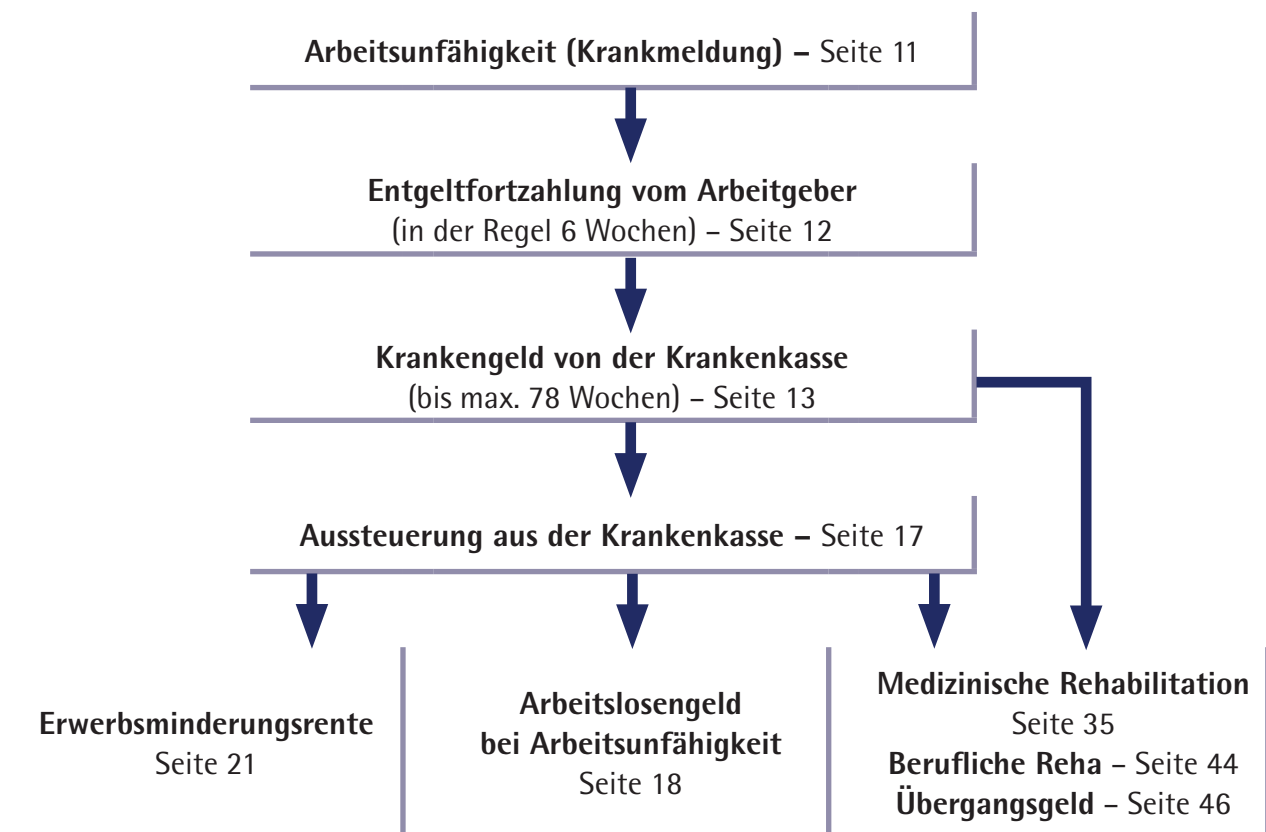
Praxistipp!

Die Krankenkasse fördert ein spezielles Funktionstraining und erstattet die Kosten. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Näheres unter Rehasport und Funktionstraining auf S. 48.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Ein Knochenbruch bei Osteoporose kann zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Wenn es durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu einem völligen Mobilitätsverlust kommt, kann die Arbeitsfähigkeit auch dauerhaft eingeschränkt sein. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

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

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen.

Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.

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

Dauer

Die gesetzliche **Anspruchsdauer** auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es nach Ende der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer anderen Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine **neue** Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung **nicht**.

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Sozialzuschläge (z. B. Orts- und Familienzuschläge).

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



Praxistipps!

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

Krankengeld

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

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

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

Voraussetzungen

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

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

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

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z. B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 46).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

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

Praxistipp!

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

Das Krankengeld beträgt

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

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

Berechnungsbeispiel
<i>Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.</i>
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 €
Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich

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

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

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

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

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

Dauer

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

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

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

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

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z. B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.

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

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

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 21) umwandelt.

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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

Praxistipp!

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

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

Kürzung des Krankengelds

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.

- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 21) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

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

Dauer

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

Höhe

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 46) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung und
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) oder
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre oder
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Voraussetzungen

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

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

Berufsschutz

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

Befristung

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

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der **Hinzuverdienst** jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40% auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Renten-antrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben *oder*
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.
- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

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

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

Regelsätze für Höhe

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

Voraussetzungen

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

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

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz 4) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsleistungen erhalten nur Bedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig bestreiten können.



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 23.

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z. B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Prüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Versicherer

Stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungen, wie z. B. Physio- oder Ergotherapie.
Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Zuzahlungen

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z. B. Prothesen oder Rollstühle.
Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 57).

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 50).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

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

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

Berechnung der Belastungsgrenze

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

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

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

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:

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

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

- Kindergeld.
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum).
- Landeserziehungsgeld.
- Ausbildungsförderung (BAföG).
- Pflegegeld.
- Blindenhilfe.
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner.
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG.

- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist.
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Berechnungsbeispiel
<i>Ehepaar mit 2 Kindern:</i>
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)

davon 2% = Belastungsgrenze: 198,66€

<i>Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.</i>

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit 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.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 01.01.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

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

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.

- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

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



Rehabilitation

Osteoporose kann das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Ziele von Reha-Maßnahmen sind daher die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:**
Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z. B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 41) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 42).
- **Berufliche Reha-Leistungen:**
Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:**
Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld (siehe S. 46), Haushaltshilfe (siehe S. 50), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 48), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:**
Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z. B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z. B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

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

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

Zuständigkeitsklärung

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

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

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



Wer hilft weiter?

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

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

Voraussetzungen für ambulante Rehamaßnahmen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Rehamaßnahme in einer Vertragsklinik, in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen (Kliniken) mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. Ob eine ambulante Rehabilitation in einer Klinik ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Rentenversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

Eine ambulante Rehamaßnahme dauert längstens 20 Behandlungstage. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen für stationäre Rehamaßnahmen

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

Dauer

Stationäre Rehamaßnahmen dauern längstens 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

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

Der Leistungsumfang bei RehaMaßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt. Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine RehaMaßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z. B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

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

Wartezeit zwischen den RehaMaßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten RehaMaßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge.

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

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

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht.

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.

- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht dem Patient ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Er sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem er seine Reha-Wünsche äußert und begründet.



Praxistipp!

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 27.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine **stationäre** Medizinische Reha-Maßnahme 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 für Medizinische Reha-Maßnahmen oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen.
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Zuzahlungen

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung 2017 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.191 €	Keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Rehamaßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 50) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

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

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

Eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen muss erfüllt sein:

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

Persönliche und medizinische Voraussetzungen:

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

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen

Voraussetzungen

- hormonelle Erkrankungen
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Beginn und Dauer

Die Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Eine AHB muss in der Regel **innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung** beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Die Kosten werden in der Regel für 3 Wochen übernommen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

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



Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

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 Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

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

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

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d. h., Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 13), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 46) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 18). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dies angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

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

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

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

- **Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes**

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

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

- **Berufsvorbereitung**

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

- **Berufliche Bildung**

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

- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z. B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderung.

Dauer

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

Soziale Sicherung



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter www.integrationsaemter.de).

Übergangsgeld

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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld:

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

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein oder
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz 4) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

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

Die Vorbeschäftigungszeit nicht erfüllen müssen:

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

Voraussetzungen der Unfallversicherung

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

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

Höhe

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

Dauer

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen oder Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- **nach** einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen oder Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.



Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Für Patienten mit Osteoporose ist ein gezieltes Training der Muskulatur und Knochen sehr wichtig. Daher kann Reha-Sport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation vom Kostenträger übernommen werden.

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

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

Voraussetzungen

Reha-Sport oder Funktionstraining wird unter folgenden Voraussetzungen übernommen:

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

Antrag

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

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

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

Kostenträger

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der Unfallversicherung in der Regel unbegrenzt.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel 18 Monate, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 36 Monate. Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Dauer



Wer hilft weiter?

Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben und die gegebenenfalls auf Osteoporose-Patienten spezialisiert sind.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären RehaMaßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege oder Medizinischer Rehabilitation und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung oder
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

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



Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der **Satzung** festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei **Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.**

- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **Ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d. h.: Sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z. B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfekräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Leistungsumfang

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine **selbst beschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe, d. h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, von Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft übernommen. Dies muss unbedingt vorher mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad, d. h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstauffalls geben.

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

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 29).



Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer
esen



Behinderung

Osteoporose kann dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass er den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

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

Definition Behinderung

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

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

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

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

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

Gleichstellung

Grad der Behinderung

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

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

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

Bei Osteoporose ist der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB.

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



Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

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

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

Antrag

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. „**Feststellungsbescheid**“ zugesendet.



Praxistipp!

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

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

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

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

Gültigkeitsdauer

Nachteilsausgleiche

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

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

Je nach GdB und Merkzeichen werden gegebenenfalls folgende Nachteilsausgleiche gewährt:

- Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub
- Steuerliche Vergünstigungen
- Ermäßigungen bei Öffentlichen Verkehrsmitteln
- Fahrdienste für schwerbehinderte Menschen
- Kraftfahrzeughilfe
- Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung
- Parkerleichterungen
- Erhöhter Freibetrag beim Wohngeld



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung und Soziales“. Dieser kann unter www.betacare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause vorübergehend von Fachpersonal versorgt wird. Neben der medizinischen Versorgung kann das auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt des Patienten umfassen.

Die Häusliche Krankenpflege wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

- eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z. B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z. B. falls der Arzt Injektionen im nötigen Umfang nicht selbst vornehmen kann (Sicherungspflege) und
- keine im Haushalt lebende Person den Patient im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt.

Die Krankenhausvermeidungspflege ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den MDK) auch länger.

Umfang der Krankenhausvermeidungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Umfang der Sicherungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist
- Hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist

Voraussetzungen

Dauer und Umfang

Leistungsinhalte

Behandlungspflege umfasst:

- medizinische Hilfeleistungen, z. B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder
- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle.

Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

- **Grundpflege** beinhaltet pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** ist z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.



Praxistipp!

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist, dass der Arzt Behandlungspflege verordnet hat. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

Verordnung

Die Verordnung einer Häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z. B. den Hausarzt. Seit 01.01.2016 können auch Krankenhausärzte Häusliche Krankenpflege verschreiben, wenn sie wegen schwerer Krankheit, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer ambulanten Operation nötig ist. Der Krankenhausarzt soll vor der Entlassung den weiterbehandelnden Vertragsarzt darüber informieren.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10% der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 29.

Sachleistungsprinzip

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

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine etc. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Pflege

Osteoporose kann je nach Verlauf zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

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



Praxistipp!

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“:

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

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

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

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

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

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 60). Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, wie zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln, oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Leistungsbescheid

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft diese den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung. Ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad **nicht** einverstanden, kann er innerhalb eines Monats Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.

Praxistipps!

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

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der **Grad der Selbstständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit.

Die relevanten Bereichen der Lebensführung werden in Module eingeteilt.

- **Modul 1: Mobilität**
Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen (Gewichtung: 10%)
- **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15%)
- **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15%)
- **Modul 4: Selbstversorgung**
Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40%)

- **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20%)
- **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes (Gewichtung: 15%)
- **Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten**
Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege
- **Modul 8: Haushaltsführung**
Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

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

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

*Bewertung der
Selbstständigkeit*

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3:

Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

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

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

Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

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

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

Praxistipp!

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

Pflegeleistungen

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

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Leistungen bei häuslicher Pflege

- **Pflegegeld**

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen müssen sicherstellen, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderlichen Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftlichen Hilfen erhalten, z. B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

- **Pflegesachleistung**

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

- **Kombinationsleistung**

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

- **Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 65) 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 Beratungen und Pflegekurse in Anspruch nehmen.

- **Entlastungsbetrag**

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbeitrag von 125 € monatlich.

Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit

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

- **Pflegehilfsmittel**

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

- **Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

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

- **Zuschüsse für ambulant betreute Wohngruppen**

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	Anspruch über Entlastungs- betrag: 125 €	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege bis zu 6 Wochen im 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*	–	474 € (316 € x 1,5)	817,50 € (545 € x 1,5)	1.092 € (728 € x 1,5)	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 Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je Kalenderjahr nicht überschreiten. Jedoch können nachweisbare zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf **teilstationäre Pflege**. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung versorgt wird (Tages- oder Nachtpflege) und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird.

Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) muss der Pflegebedürftige in der Regel selbst bezahlen.

*Leistungen bei
teilstationärer Pflege
(Tages- oder
Nachtpflege)*

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Leistungen je Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	Anspruch über Entlastungs- betrag: 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

Leistungen je Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Kurzzeitpflege

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Regel selbst bezahlen. Zudem muss er ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

 **Praxistipps!**

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

- Fragen rund um das Thema Pflegeversicherung beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele, u. a. Ersatzpflege (S. 156–157).

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage pro Woche, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe S. 68) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**
Pfleger, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag hierfür muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.

Absicherung in der Sozialversicherung

*Kurzfristige
Arbeitsverhinderung
und Pflege-
unterstützungsgeld*

*Pflegezeit und
Familienpflegezeit*

Praxistipps!

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

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

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

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

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

Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Sturzprophylaxe

Stürze stellen für Patienten mit Osteoporose eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit dar. Die häufigste schwerwiegende Folge von Osteoporose sind Knochenbrüche in Form von Wirbeleinbrüchen, Oberschenkelhals- oder Handgelenksbrüchen.

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

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

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Sehbeeinträchtigung
- Alkoholkonsum
- Medizinische Gefahren, wie Medikamentenwirkungen, z. B. bei Einnahme von Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten (z. B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten)
- Ungeeignetes Schuhwerk

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

Zur Einschätzung der Sturzgefahr wurden verschiedene Tests entwickelt:

- 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. Schafft er es innerhalb dieser Zeit nicht, gilt er als sturzgefährdet. Ein ähnlicher Test (timed-stands-Test) erfordert 10-maliges Aufstehen mit entsprechend anderen Zeitgrenzwerten.
- **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. Macht ein Patient diese Übung in 10 Sekunden, ist dies unproblematisch. Benötigt er über 20 Sekunden, besteht Abklärungsbedarf, über 30 Sekunden ist von einer erhöhten Sturzgefahr auszugehen.

Risikofaktoren

Sturzrisiko-Tests

- **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. Es können maximal 28 Punkte erreicht werden, unter 20 Punkten besteht ein erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkten ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die unter verschiedenen 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** (Romberg-Versuch oder Romberg-Test) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (Unterberger-Tretversuch).

Ärzte können Tests zum Sturzrisiko abrechnen (hausärztlich-geriatisches Basisassessment). Bei allen Tests muss selbstverständlich immer die Sicherheit des Patienten gewährleistet sein.

Sturzprophylaxe

Folgende Tipps helfen, Stürze zu vermeiden:

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel klären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen z. B. Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwelle entfernen lassen.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen.
Hintergrund: Die häufigste schwerwiegende Folge von Osteoporose sind Knochenbrüche, in Form von Wirbelsäulenbrüchen, Oberschenkelhalsbrüchen oder Frakturen am Handgelenk. Um dem vorzubeugen, ist Sport in Maßen und speziell abgestimmtes Funktionstraining unerlässlich. Näheres unter Reha-Sport und Funktionstraining (S. 48).
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten.
Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren.
Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.

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

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 79) angeschafft werden.

Neben der Beseitigung von Gefahrenquellen im Alltag hilft vor allem ein regelmäßiges, körperliches Training, Stürze zu verhindern. Im Alter lassen Kraft, Gleichgewichtssinn, Koordinationsfähigkeit, Geschicklichkeit und Reaktionsvermögen nach. Durch ein gezieltes Präventionstraining mit qualifizierten Therapeuten sinkt das Sturzrisiko deutlich.



Hilfsmittel

Im fortgeschrittenen Stadium einer Osteoporose-Erkrankung können alltägliche Dinge wie Einkaufen, Hausarbeit, An- und Ausziehen zum Problem werden und ohne fremde Hilfe nur noch schwer durchführbar sein. Eine Reihe von Hilfsmitteln können die Mobilität und die Selbstständigkeit der Betroffenen erhöhen.

Vor der Anschaffung von Hilfsmitteln zur Alltagserleichterung sollte ein Beratungsgespräch mit dem Arzt, Physio- oder Ergotherapeuten stattfinden, damit unter der Vielzahl der verfügbaren Hilfsmittel die Richtigen für den Patienten ausgewählt werden.

Patienten, die sich nach Wirbelbrüchen im Krankenhaus und später in einer Reha-Einrichtung aufhalten, werden meist schon dort über notwendige Hilfsmittel beraten.

Folgende Hilfsmittel können bei Osteoporose sinnvoll sein:

- **Hüftprotektoren oder „Hip Pads“** werden in die Unterhose eingenäht und schützen bei Stürzen vor einem Oberschenkelhalsbruch.
- **Orthesen oder elastische Bandagen** stützen die Wirbelsäule, wenn das übliche Zusammensinken der Wirbelsäule zu Schmerzen und Einschränkungen führt.
- **Adaptionshilfen**, z. B. Schuh- und Strumpfanzieher, rutschfeste Unterlagen für den Tisch und Greifzangen.
- **Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags**, z. B. spezielle Griffe im Bad, Toilettensitzerhöhung, Badewannenbrett, Duschstuhl und speziell angepasste Werkzeuge (Dosen- und Flaschenöffner, Besteck).
- **Geh-, Sitz- und Stehhilfen**, z. B. Gehstöcke, Rollator, Keilkissen zum Aufrecht sitzen.
- **Hausnotrufsysteme**, um per Knopfdruck Hilfe anzufordern (Näheres auf S. 79).

Die Krankenversicherung übernimmt die **Kosten** mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel verordnen. Bei haltbaren Hilfsmitteln, z. B. Krücken, Rollstühlen und Badehilfen, werden diese meist **leihweise** überlassen.

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.

Kosten

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. Rollstuhl, Beatmungsgerät, Absauggerät. 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, Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe. 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. 29).

Die Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für

- die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung vieler Hilfsmittel
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels
- die Betriebskosten des Hilfsmittels (z. B. Unterhaltskosten für einen Blindenhund, Wartung eines Lifters, Reparatur eines Rollstuhls)
- Wartungen und technische Kontrollen, wenn diese aufgrund eines unververtretbaren gesundheitlichen Risikos für den Versicherten erforderlich sind.

Reparaturkosten tragen die Krankenkassen bis zur Höhe des Festbetrags bzw. bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises des Hilfsmittelerbringers. **Nicht übernommen** werden alle diese Kosten bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Beschädigung.



Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen 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 in 33 Produktgruppen gegliedert. Es ist nicht abschließend, d. h.: Es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Apotheken, Sanitätshäuser oder z. B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über einen (Auszug aus dem) Hilfsmittelkatalog. 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.

Umfang

Pflegehilfsmittel

Ist ein Patient mit Osteoporose pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 59), übernimmt die Pflegekasse die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Kosten

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

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 73).

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

Zuzahlung

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

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

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

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 29).



Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.

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

Wohnumfeldverbesserungen

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

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

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

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

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

Voraussetzungen

Begutachtung

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

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

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

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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



Praxistipps!

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

- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > Suchbegriff „124“ für Wohneigentümergeinschaften oder Suchbegriff „134“ für Genossenschaftsanteile.



Wer hilft weiter?

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

Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.

Hausnotrufsystem

Ein Patient mit Osteoporose kann leicht stürzen und sich eine Fraktur zuziehen, die ihn zunächst bewegungsunfähig macht. 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.

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z. B. um den Hals oder als Armband).

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

Funktionsweise

Zusatzfunktionen

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

Kosten

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

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



Wer hilft weiter?

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



Praxistipp!

Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Pflegehilfsmittelverträge > Hilfsmittelverzeichnis > Produktgruppe 52.

Adressen

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)

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

Bundesselbsthilfeverband Gesunde Knochen e.V. (BGK)

Hauberner Ring 17, 35066 Frankenberg
Telefon 06451 715988
Fax 06451 716255
www.osteoporose-bgk.de

Hypophosphatasie Deutschland e.V. (HPP)

c/o Gerald Brandt
Rottendorfer Straße 1, 97072 Würzburg
Telefon 0931 782937
E-Mail: info@hpp-ev.de
www.hpp-ev.de

Netzwerk Osteoporose e.V.

Ludwigstraße 22, 33098 Paderborn
Telefon 05251 280586
Fax 05251 1849771
E-Mail: bueror@netzwerk-osteoporose.de
www.netzwerk-osteoporose.de

Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. (OSD)

Hohe Straße 38, 99867 Gotha
Telefon 03621 51258-1
Fax 03621 51258-2
E-Mail: info@osd-ev.org
www.osd-ev.org

Mit Herz & Kopf für starke Knochen

www.osteoporose.de

International Osteoporosis Foundation

www.iofbonehealth.org

Hilfreiche Websites

Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
service@betapharm.de
www.betapharm.de

Redaktion

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
Redaktionelle Verantwortung: Jutta Meier
Redaktionsteam: Janina del Guidice, Max Glaser, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

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

11. vollständig überarbeitete Auflage, September 2017

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- Frau & Familie
- HIV/AIDS & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm