

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 Diagnose und Behandlung auch das Wissen über sozialrechtliche und praktische Aspekte rund um die Erkrankung von Bedeutung.

Dieser Ratgeber gibt umfassend Auskunft zu Themen wie finanziellen Leistungen, Rehabilitation, Sturzprophylaxe, Hilfsmittel 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 herzlichen Grüßen
betapharm Arzneimittel GmbH*



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.

betaCare auf YouTube!

Unsere umfangreichen Erklärvideos bieten Antworten auf Ihre Fragen rund um die Themen Pflege, Behinderung, Rente und Vorsorge.

Ein ▶ markiert die Themen, zu denen Sie zusätzliche Videos auf unserem betaCare YouTube Kanal finden können.

*Überzeugen Sie sich selbst von der Qualität und Tiefe der Informationen:
https://www.youtube.com/@betaCare_Team/videos*



Inhalt

Vorwort	2
Osteoporose	5
Diagnose – Risikoprofil erstellen	6
Knochendichtemessung	7
Vorsorge und Behandlung	11
Medikamente gegen Osteoporose	12
Disease-Management-Programm (DMP)	13
Schmerztherapie	14
Kontrolluntersuchungen	14
Ernährung	15
Bewegung und Training	18
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	21
Zuzahlungsregelungen	21
Zuzahlungsbefreiung	22
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung	25
Entgeltfortzahlung	25
Krankengeld	26
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	27
Erwerbsminderungsrente	28
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	29
Rehabilitation	31
Allgemeines zur Reha	31
Medizinische Rehabilitation	33
Geriatrische Rehabilitation	36
Stufenweise Wiedereingliederung	37
Berufliche Reha	37
Behinderung	39
Grad der Behinderung bei Osteoporose	40
Schwerbehindertenausweis	41
Nachteilsausgleiche	43
Häusliche Krankenpflege	45

Pflegeversicherung und Leistungen	47
Pflegebedürftigkeit	47
Pflegestützpunkte und Pflegeberatung	48
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	49
Leistungen bei häuslicher Pflege	51
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	54
Hilfe zur Pflege	56
Leistungen für pflegende Angehörige	56
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	58
Sturzprophylaxe	59
Hilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung	63
Pflegehilfsmittel	64
Wohnumfeldverbesserung	65
Hausnotrufsysteme	68
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	71
Widerspruch	71
Verfahren vor den Sozialgerichten	73
Adressen	77
Anhang	79
Übersicht: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	80
Übersicht: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	82
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung	84
Impressum	87

Osteoporose

Osteoporose (Knochenschwund) ist eine Erkrankung, bei der die Knochen schwächer und brüchiger werden, weil sie an Dichte und Festigkeit verlieren. Typisch für Osteoporose sind Brüche des Oberschenkelhalses oder der Wirbelkörper.

Frauen erkranken im Durchschnitt früher und viel häufiger an Osteoporose als Männer. Das liegt daran, dass viele Frauen nach den Wechseljahren einen Mangel an Östrogen haben, dem weiblichen Geschlechtshormon, das eine Schutzfunktion für die Knochen hat. Zudem ist die Struktur der Knochen bei Frauen feiner als bei Männern, was die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Osteoporose bei Frauen zusätzlich erhöht.

Auch ein höheres Lebensalter begünstigt die Entstehung einer Osteoporose. Neben diesen Risikofaktoren hat auch der Lebensstil einen Einfluss auf die Entstehung der sog. **primären Osteoporose**. Diese wird nicht durch eine andere Grunderkrankung ausgelöst.

Die **sekundäre Osteoporose** wird durch eine andere Erkrankung ausgelöst, z. B. Darm- oder Lebererkrankungen, Rheuma, Diabetes, Magersucht, Stoffwechselstörungen, Störungen des Hormonhaushalts, oder durch Medikamente, z. B. Kortison.

Männer haben in etwa der Hälfte der Fälle eine sekundäre Osteoporose, bei Frauen ist der Anteil viel niedriger, sie haben meist eine primäre Osteoporose.

Osteoporose und Knochenumbau

Der Knochenumbau ist ein Prozess, bei dem altes Knochengewebe abgebaut und neues aufgebaut wird. Vor allem zwei Zelltypen sind daran beteiligt:

- **Osteoblasten** produzieren Kollagen und andere Eiweißstoffe und bauen den Knochen auf.
- **Osteoklasten** sind für den Abbau von Knochensubstanz zuständig.

Der Knochen bleibt stark und gesund, indem beschädigtes Gewebe repariert und die Knochenstruktur an die Belastungen des Alltags angepasst wird. Bei Osteoporose ist dieser Prozess gestört. Die Aktivität der Osteoklasten (Abbau) überwiegt die der Osteoblasten (Aufbau), was zu einem Verlust an Knochenmasse und -dichte führt. Dadurch werden die Knochen schwächer und brüchiger, was das Risiko für Knochenbrüche erhöht.

Symptome

Zu Beginn verursacht Osteoporose keine Schmerzen. Erst im weiteren Verlauf der Erkrankung treten Symptome auf, z. B.:

- Rückenschmerzen, die durch Wirbelbrüche verursacht werden
- Knochenbrüche (meist der Hüfte, Wirbelkörper oder Handgelenke), die schon bei leichten Stürzen oder ohne erkennbaren Grund auftreten
- Abnehmende Körpergröße durch Fehlstellungen und Skelettveränderungen
- Gekrümmte Haltung (sog. Witwenbuckel)

Diagnose – Risikoprofil erstellen

Der Dachverband Osteologie (DVO) veröffentlicht in der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose das aktuelle Wissen rund um die Erkrankung und gibt Ärzten damit ein Standardwerk an die Hand, um Osteoporose vorzubeugen, zu erkennen und zu behandeln.

Zuletzt wurde die Leitlinie 2023 überarbeitet und empfiehlt unter bestimmten Voraussetzungen, für Patienten z. B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen ein Risikoprofil zu erstellen. Denn es gibt keinen Test oder Routineuntersuchungen, mit deren Hilfe Osteoporose festgestellt werden kann.

Um das individuelle Risiko für Knochenbrüche durch Osteoporose einzuschätzen, hat die Leitlinie Risikofaktoren mathematisch bewertet. Für Frauen nach der Menopause und Männer ab 50 Jahre kann so das individuelle Risiko berechnet werden, in den nächsten 3 Jahren einen Knochenbruch zu erleiden.

Risikofaktoren, die in die Berechnung einbezogen werden, sind z. B.

- weibliches Geschlecht
- höheres Lebensalter
- niedrige Knochendichte, siehe Knochendichtemessung S. 7
- entzündliche Erkrankungen, z. B. Rheuma
- hormonelle Störungen, z. B. Diabetes
- neurologische Einschränkungen, z. B. durch Schlaganfall oder Multiple Sklerose
- Kortisontherapie
- frühere Knochenbrüche
- erhöhtes Sturzrisiko
- Untergewicht
- Rauchen
- Alkoholkonsum von mehr als 50 g pro Tag

Die DVO-Leitlinie kann in Kurz- oder Langfassung unter <https://leitlinien.dv-osteologie.org> heruntergeladen werden.

Knochendichtemessung

Mit der Knochendichtemessung wird überprüft, wie dicht und stabil die Knochen sind.

Es gibt verschiedene Methoden der Knochendichtemessung. Sie unterscheiden sich v. a. in Kosten, Aufwand und Aussagekraft:

Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA/DEXA)

Die **Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA** oder **DEXA** abgekürzt), auf Deutsch: Dual-Röntgen-Absorptiometrie, ist das **Standardverfahren** zur Knochendichtemessung.

Eine Knochendichtemessung mittels DXA läuft folgendermaßen ab:

- Patienten legen sich auf eine Liege (es werden keine Kontrastmittel gegeben).
- Ein DXA-Scanner bewegt sich über den Körper und sendet schwache Röntgenstrahlen aus zwei unterschiedlichen Röntgenquellen (Dual).
- Meist erfolgt die Messung an der Hüfte und Lendenwirbelsäule.
- Je nachdem, wie dicht die Knochen sind, werden die Röntgenstrahlen unterschiedlich stark abgeschwächt.

Knochen mit geringer Dichte, wie bei Osteoporose, schwächen die Strahlung weniger ab. Diese Unterschiede in der Strahlenabsorption werden gemessen. Das Ergebnis der Knochendichtemessung gibt Aufschluss über den Mineralsalzgehalt der Knochen und kann Ärzten dabei helfen, das Risiko für Osteoporose und Knochenbrüche besser einzuschätzen und ggf. Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung zu geben.

Das Ergebnis der Messung ist der sog. T-Wert. Er ist entscheidend für die Diagnose und Therapie bei Osteoporose. Die Definition der T-Werte für die Diagnose von Osteoporose wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt.

Der T-Wert vergleicht die gemessene Knochendichte mit der durchschnittlichen Knochendichte junger, gesunder Erwachsener (etwa 30 Jahre alt):

- Ein T-Wert von $-1,0$ oder höher bedeutet, dass die Knochendichte normal ist.
- Ein T-Wert zwischen $-1,0$ und $-2,5$ zeigt eine verminderte Knochendichte an, was als Osteopenie bezeichnet wird.
- Ein T-Wert von $-2,5$ oder niedriger weist auf Osteoporose hin.

Quantitative Computertomographie (QCT)

Bei der **quantitativen Computertomographie (QCT)** misst ein Computertomograph, wie viel Röntgenstrahlung von dem durchstrahlten Knochengewebe aufgenommen wird. So kann die Knochendichte bestimmt werden. Die QCT wird hauptsächlich an der Lendenwirbelsäule und der Hüfte durchgeführt.

Eine QCT liefert detailliertere Informationen über die Knochendichte als das DXA-Verfahren. Da sie aber teurer und mit einer höheren Strahlenbelastung verbunden ist, wird in der Regel die DXA-Methode empfohlen. Sie kann zur erweiterten Diagnostik dienen, wenn über die DXA-Messung die Dichte der Knochen nicht sicher zu beurteilen ist. Das kann z. B. bei starken verschleißbedingten Veränderungen des Knochens oder Einlagerungen der Fall sein.

Periphere Quantitative Computertomographie (pQCT)

Die **periphere Quantitative Computertomographie (pQCT)** misst die Knochendichte an peripheren Knochen wie dem Unterarm oder dem Schienbein. Sie hat eine geringere Strahlenbelastung als die QCT und wird verwendet, wenn die Messung an der Lendenwirbelsäule oder Hüfte nicht möglich ist oder genaue Informationen über den Unterarm- oder Schienbeinknochen benötigt werden.

High-Resolution periphere Quantitative Computertomographie (HR-pQCT)

Die **High-Resolution periphere Quantitative Computertomographie (HR-pQCT)** bietet eine noch höhere Auflösung, so dass die Mikroarchitektur der Knochen detailliert dargestellt werden kann. Es gibt weltweit jedoch nur wenige HR-pQCT-Geräte, so dass diese hauptsächlich in der Forschung und in wenigen spezialisierten klinischen Einrichtungen verfügbar sind.

Quantitatives Ultraschallverfahren (QUS)

Das **Quantitative Ultraschallverfahren (QUS)** misst, wie schnell Ultraschallwellen den Knochen durchqueren und wie stark sie dabei abgeschwächt werden. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf die Knochendichte ziehen. Gemessen wird meist an Ferse und Fingern. Diese Methode führt zu keiner Strahlenbelastung. In der Regel wird jedoch die DXA-Methode bevorzugt, da sie besser standardisiert ist und das Risiko für Oberschenkelknochenbrüche besser vorhersagen kann.

In bestimmten Ausnahmefällen kann QUS als erste Untersuchung sinnvoll sein:

- Für Hochrisikopatienten, bei denen eine DXA-Messung schwer durchzuführen ist.
- Als Voruntersuchung vor einer DXA-Messung, wenn Patienten ein hohes Gesamtrisiko haben.

Ergebnis der Knochendichtemessung

Das Ergebnis einer Knochendichtemessung hilft dabei, das Risiko für Knochenbrüche abzuschätzen und geeignete Behandlungsmaßnahmen zu planen. Der Erfolg der Osteoporose-Behandlung kann durch wiederholte Messungen überprüft werden. Bei Bedarf kann die Therapie dann angepasst werden.

Um andere Erkrankungen ausschließen oder bestimmte Fragen (z. B. wie alt ein Knochenbruch ist) beantworten zu können, können auch andere bildgebende Verfahren eingesetzt werden, z. B. MRT oder szintigraphische Untersuchungen (= nuklearmedizinische Verfahren mit schwach radioaktiven Substanzen, um die Stoffwechselaktivität und Durchblutung von Geweben im Körper sichtbar zu machen).

Kosten der Knochendichtemessung und Kostenübernahme

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Knochendichtemessung mit dem DXA-Verfahren, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht, z. B. wenn

- bestimmte Erkrankungen vorliegen, die das Risiko für Osteoporose erhöhen und aufgrund Alter und Geschlecht ein höheres Risiko für Knochenbrüche vorliegt. Dies kann z. B. bei Frauen nach der Menopause mit Diabetes, Epilepsie oder Rheuma der Fall sein.
- ein konkreter Verdacht auf Osteoporose besteht, z. B. nach einem Knochenbruch, der auf Osteoporose hinweist, weil er nicht durch einen Unfall entstanden ist.
- Patienten über einen langen Zeitraum hochdosiert Kortison eingenommen haben, da dies ein hohes Risiko für die Entstehung von Osteoporose darstellt.

Bei einer diagnostizierten Osteoporose wird die Knochendichtemessung alle 5 Jahre von der Krankenkasse bezahlt. Eine frühere Messung wird bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist, z. B. bei einem raschen Krankheitsverlauf.

Allerdings bieten nicht alle Ärzte die DXA-Messung als Krankenkassenleistung an, weil sie mit der Kostenerstattung der Krankenkasse nicht ihre Kosten decken können. Dann müssen Patienten etwa 50–60 € als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) selbst bezahlen oder einen anderen Arzt suchen.

Ausführliche Informationen zur Knochendichtemessung als Kassenleistung gibt es

- beim Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter:
www.osd-ev.org > Für Patienten > Osteoporose verstehen > Knochendichtemessung als Kassenleistung
- bei der Verbraucherzentrale unter:
www.verbraucherzentrale.de > Suchbegriff: „Knochendichtemessung“ > Knochendichtemessung: Wann zahlt die Kasse?

Die Kosten für die quantitative Computertomographie (QCT/pQCT) und für das quantitative Ultraschallverfahren (QUS) werden von den gesetzlichen Krankenkassen aktuell nicht übernommen. Die privaten Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine QCT in der Regel. Für Selbstzahler fallen für die QCT etwa 40–70 € an. Eine Messung mit Ultraschall, meist an der Ferse, wird auch von einigen Apotheken für ca. 20–40 € angeboten.

Praxistipps!

- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse, welche Ärzte in der Region eine DXA-Knochendichtemessung auf Krankenkassenkosten abrechnen können.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt die zweisprachige Broschüre (deutsch/türkisch) „Meine Knochendichte-Messung“ heraus. Diese finden Sie unter www.netzwerk-osteoporose.de > *Meine Knochendichte-Messung*.

Vorsorge und Behandlung

Je nachdem, wie hoch das individuelle Risiko für Knochenbrüche innerhalb der nächsten 3 Jahre ist, wird entschieden, ob eine medikamentöse Behandlung notwendig ist.

Generell empfohlen werden Maßnahmen, um Stürze zu vermeiden und beeinflussbare Risikofaktoren zu reduzieren. Wichtig für den Behandlungserfolg ist die Eigenverantwortung der Patienten. Sie sollten sich regelmäßig und ausreichend bewegen, Maßnahmen zur Sturzvermeidung konsequent umsetzen und ggf. verschriebene Medikamente zuverlässig und dem Zeitplan entsprechend einnehmen.

Zu den Themen körperliche Aktivität und Sturzvermeidung gibt es folgende Empfehlungen:

- Vermeidung von Immobilisation: Betroffene sollten sich möglichst viel bewegen, um (weiteren) Knochenabbau zu verhindern bzw. zu verringern.
- Förderung von Muskelaufbau, Gleichgewichtssinn, Reaktionsgeschwindigkeit und Koordination, z. B. durch Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 19).
- Ab 70 Jahren bzw. nach einem Sturz: Ermittlung von Ursachen und Risikofaktoren für Stürze, auch mit Hilfe des Timed-Up-and-Go oder Chair-Rising-Tests. Näheres siehe Sturzprophylaxe, S. 59.
- Bei körperlichen Einschränkungen: Empfehlung eines individuellen Programms zur Verbesserung der Muskelkraft und der Gangkoordination oder einer geriatrischen Rehabilitation (siehe S. 36).
- Wenn Medikamente eingenommen werden, die eine Osteoporose und/oder Stürze begünstigen können (z. B. Opioide, Neuroleptika oder Kortison), sollten diese regelmäßig auf ihr Nutzen-Risiko-Verhältnis überprüft werden.
- Alten Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko sollte das Tragen von Hüftprotektoren empfohlen werden, vor allem, wenn sie in einer Pflegeeinrichtung leben.
- Bei erhöhter Sturzgefahr sollte die Sehkraft überprüft werden.
- Vor allem bei älteren Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen: Empfehlung zum Hausbesuch durch geschultes Personal, um Stolperfallen zu erkennen und zu beseitigen.

Zum Lebensstil und zur Ernährung gibt es folgende Empfehlungen:

- Untergewicht (BMI unter 20) sollte vermieden werden.
- Menschen ab 65 Jahren wird eine eiweißreiche Ernährung (täglich 1 g Eiweiß pro kg Körpergewicht) empfohlen.
- 1.000 mg Kalzium Gesamtzufuhr täglich, wenn notwendig durch Nahrungsergänzungsmittel.
- Mindestens 800 I.E. (Internationale Einheiten) Vitamin D täglich, am besten durch Ernährung und Sonnenlicht. Näheres unter Vitamin D, siehe S. 16.
- Ein Vitamin K Mangel, der vor allem bei chronischen Erkrankungen vorkommt, sollte unter Beachtung der Wechselwirkungen mit Vitamin K Antagonisten (= gerinnungshemmende Medikamente, um die Bildung von Blutgerinnseln zu verhindern) ausgeglichen werden.
- Rauchen, Alkoholkonsum und Mangel- bzw. Fehlernährung sollten vermieden werden.

Medikamente gegen Osteoporose

Für die Behandlung von Osteoporose gibt es zwei Gruppen von Medikamenten:

- **Antiresorptiva** (z. B. Bisphosphonate, Denosumab) hemmen den Abbau von Knochengewebe. Sie senken das Risiko für Wirbelkörperfrakturen um etwa 50 % und für periphere Frakturen (z. B. an Händen) um etwa 30 %.
- **Osteoanabolika** (z. B. Teriparatid, Romosozumab) fördern den Aufbau von neuem Knochengewebe, indem sie die Aktivität der Osteoblasten, also der knochenbildenden Zellen, stimulieren. Sie senken das Risiko für Wirbelkörperfrakturen um etwa 70 % und für periphere Frakturen um etwa 50 %.

Osteoanabole Medikamente sind zwar wirksamer als antiresorptive, aber auch deutlich teurer. Deswegen hängt die Therapieempfehlung vom individuellen Risiko ab:

Risiko für Knochenbrüche innerhalb der nächsten 3 Jahre	Therapieempfehlung
über 3 %	eine antiresorptive Therapie sollte in Betracht gezogen werden
über 5 %	eine antiresorptive Therapie soll empfohlen werden, im Einzelfall kann auch eine osteoanabole Therapie erwogen werden
über 10 %	eine osteoanabole Therapie wird empfohlen

Die Entscheidung für das geeignete Medikament sollten Arzt und Patient gemeinsam treffen, berücksichtigt werden

- die individuellen Therapieziele.
- Kontraindikationen (Gründe, die gegen ein bestimmtes Medikament sprechen).
- die unterschiedliche Wirksamkeit der Medikamente.
- mögliche Nebenwirkungen.
- Applikationsformen (Arten, wie das Medikament in den Körper gelangt, z. B. oral = schlucken von Tabletten oder Kapseln).
- notwendige Sequenzen (Reihenfolge und zeitlicher Abstand, in dem Medikamente eingenommen werden).
- die Höhe der Kosten.

Östrogene/Gestagene sollten zur Therapie der Osteoporose nur eingesetzt werden, wenn es Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen gegen die anderen Osteoporosemedikamente gibt. Bei postmenopausalen Beschwerden (z. B. Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen) kann Hormonersatztherapie als Teil der Osteoporosetherapie erwogen werden.

Disease-Management-Programm (DMP)

Für Osteoporose gibt es ein strukturiertes Behandlungsprogramm (sog. Disease-Management-Programm).

Frauen und Menschen mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht müssen dafür mindestens 50 Jahre alt sein, Männer mindestens 60. Es muss eine gesicherte Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose vorliegen.

Ziele des Programms sind z.B.:

- Vermeidung von Knochenbrüchen, auch durch Sturzprophylaxe (siehe S. 59)
- Längere Lebensdauer
- Verbesserung oder Erhaltung der Lebensqualität und der selbstbestimmten Lebensführung
- Weniger Schmerzen
- Verbesserung oder Erhaltung von Funktion und Beweglichkeit
- Kein Fortschreiten der Erkrankung

Maßnahmen des Programms sind z.B.:

- Empfehlungen zur Anpassung des Lebensstils (z. B. regelmäßige Bewegung, nicht rauchen, ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D)
- Ermittlung des Sturzrisikos
- Körperliches Training (z. B. Reha-Sport und Funktionstraining, siehe S. 19) und Vorbeugung von Stürzen (z. B. durch Eigenübungen wie Treppensteigen, Balanceübungen)
- Beratung zur Versorgung mit notwendigen Heilmitteln (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie) und Hilfsmitteln (z. B. Hüftprotektoren)
- medikamentöse Therapie
- regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen
- Patientenschulungen zur besseren Bewältigung der Osteoporose

Die verschiedenen Maßnahmen werden in der Regel durch die Hausarztpraxis koordiniert und dokumentiert.

Schmerztherapie

Osteoporose kann im Verlauf zu akuten oder chronischen Schmerzen führen.

Akute Schmerzen entstehen vor allem nach einem Knochenbruch. Häufig sind die Wirbelkörper betroffen, was zu starken Rückenschmerzen führen kann. Bei akuten Schmerzen werden vor allem Medikamente wie Ibuprofen oder Diclofenac eingesetzt, die die Schmerzempfindung senken sollen. Bei starken und stärksten Schmerzen ist auch die kurzfristige Einnahme von Opioiden möglich.

Chronische Schmerzen entstehen vor allem durch Veränderungen der Körperstatik (Rundrücken und verminderte Körpergröße). Durch diese Veränderungen kommt es zu einer Fehlstellung der Wirbelsäule, wodurch Bänder und Sehnen permanent gereizt werden. Die Muskulatur wird überlastet, verspannt sich und löst ihrerseits Schmerzen aus. Die Behandlung chronischer Schmerzen muss individuell angepasst werden und erfordert eine genaue Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Auch gezielte Physiotherapie und eine Orthese (Stützkorsett, das die Brustwirbel aufrichtet) können gegen Schmerzen wirken.

Osteoporose kann auch zu einer **Krankenhausbehandlung** führen, insbesondere bei Knochenbrüchen. Auch die sog. multimodale Schmerztherapie kann in speziellen Schmerzkliniken stattfinden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Chronische Schmerzen > Behandlung und Rehabilitation“.

Kontrolluntersuchungen

Osteoporose-Patienten sollten regelmäßig Kontrolltermine beim Arzt wahrnehmen.

Dabei wird z. B.

- das Sturzrisiko erhoben,
- nach Knochenbrüchen gesucht,
- der Kalzium- und Vitamin D-Spiegel kontrolliert,
- dazu motiviert, die Bewegungstherapie weiter durchzuhalten und
- die Medikation überwacht und ggf. angepasst.

Praxistipps!



- Bei einem Verdacht auf Osteoporose wenden Sie sich am besten an einen **Osteologen**, einen Facharzt, der auf Knochen- und Skeletterkrankungen spezialisiert ist. Meist haben Orthopäden diese Zusatzqualifikation.
- Der Wissenschaftlichen Dachverband Osteologie (DVO) bietet unter www.dv-osteologie.org > Zentren > Zentrum DVO **Adressen von Praxen und Kliniken**, die viel Erfahrung in der Prävention und Versorgung von Patienten mit Osteoporose haben.
- **Selbsthilfegruppen** können Sie durch Erfahrungsaustausch, gemeinsame Aktivitäten und psychosoziale Hilfe unterstützen und dadurch die Krankheitsbewältigung verbessern.

Selbsthilfegruppen finden Sie z. B. bei dem

- Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. unter:
www.osteoporose-deutschland.de > *Selbsthilfegruppe finden*.
- Netzwerk-Osteoporose e.V. unter:
www.netzwerk-osteoporose.de > *Infobereich* > *Adressen* > *Selbsthilfegruppen*.
- Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter:
www.osd-ev.org > *Selbsthilfe* > *Selbsthilfegruppe finden*

Ernährung

Eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung ist bei Osteoporose von großer Bedeutung.

Durch eine gesunde, Kalzium- und Vitamin D-reiche Ernährung sowie eine ausreichende Versorgung mit Vitamin B12 und Magnesium kann Osteoporose vorgebeugt bzw. der Knochenabbau verringert werden. Auf Rauchen und Alkohol sollte möglichst verzichtet werden. Die Krankenkasse übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für eine Ernährungsberatung bei Osteoporose.

Kalzium

Eine ausreichende Kalziumzufuhr ist nicht nur für die Knochen, sondern auch für die Nerven und Muskeln wichtig. Verfügt der Körper nicht über ausreichend Kalzium, baut er dieses aus den Knochen ab. Um das zu vermeiden, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Erwachsene eine Kalziumzufuhr von etwa 1.000 mg täglich.

Wichtig ist jedoch, auch auf eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Magnesium zu achten. Denn nur dann kann das Kalzium aus dem Essen gut verwertet werden. Nur wenn die empfohlene Kalziumzufuhr durch die tägliche Nahrung nicht gewährleistet ist, sollten zusätzlich Kalziumpräparate (z. B. in Form von Brause- oder Kautabletten) eingenommen werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, nicht zu viel Kalzium einzunehmen, da dies die Gesundheit gefährden kann. Zu viel Kalzium im Blut wird als Hyperkalzämie bezeichnet und kann z. B. zu Muskelschmerzen, Übelkeit oder Nierensteinen führen. Eine Kalziumvergiftung kann durch Austrocknung, Fieber oder Bewusstseinsstörungen sogar lebensgefährlich werden.

Gute Kalzium-Lieferanten sind z. B. kalziumreiches Mineralwasser, bestimmtes Gemüse, z. B. Grünkohl, Brokkoli, Rucola oder Fenchel, Hülsenfrüchte, z. B. Kichererbsen oder Soja-Bohnen, sowie bestimmte Nüsse und Samen, z. B. Mandeln, Haselnüsse oder Chiasamen.



- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet unter www.gesundheitsinformation.de/kalziumrechner einen Kalziumrechner, mit dem Sie Ihre Kalziumzufuhr abschätzen können.
- Bestimmte Lebensmittel können die Aufnahme von Kalzium erschweren. Welche Lebensmittel bei Osteoporose deshalb besser gemieden werden sollten, finden Sie beim Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > *Für Patienten* > *Ernährung* > *Calcium-Räuber*.
- Eine Liste des Kalziumgehalts verschiedener Lebensmittel finden Sie beim Deutschen Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet) unter www.ernaehrung.de > *Ernährungstipps* > *Osteoporose* > *Ernährung: Calcium*.

Magnesium

Auch Magnesium ist für die Knochendichte und das Knochenwachstum wichtig und unterstützt die Funktion von Muskeln und Nerven. Magnesium ist vor allem in Nüssen, Kernen (vor allem Kürbis- und Sonnenblumenkerne), Hülsenfrüchten und Vollkorngetreide enthalten. Bei Obst und Gemüse enthalten Spinat, Kohlrabi und Bananen am meisten Magnesium.

Allerdings geht es nicht nur um die Aufnahme von Magnesium, sondern auch um die Verfügbarkeit im Körper oder ob Magnesium verstärkt ausgeschieden wird. Alkohol z. B. fördert die Ausscheidung von Magnesium.

Vitamin D

Vitamin D fördert die Kalziumaufnahme aus dem Darm sowie die Einlagerung des Mineralstoffs in den Knochen. Nur wenige Nahrungsmittel, z. B. fettreicher Fisch, Leber und Eigelb, enthalten Vitamin D.

Vitamin D ist aber auch das einzige Vitamin, das der Körper mit Hilfe von UVB-Licht selbst bilden kann. Je nach Hauttyp reichen von April bis September in der Regel 5–25 Minuten Aufenthalt im Freien aus, um den Tagesbedarf zu decken: Dafür müssen Arme, Beine und das Gesicht frei sein. Sonnenschutzcremes reduzieren zwar die Aufnahme, aber wer sich länger in der Sonne aufhält, sollte auf jeden Fall einen Sonnenschutz auftragen, da über die Zeit immer noch genug Strahlen für die Vitamin D-Produktion in die Haut gelangen.

Bei zu geringer Sonnenbestrahlung, vor allem im Winter und bei bettlägerigen Patienten, ist es sinnvoll, Vitamin D-Präparate einzunehmen. Empfohlen werden mind. 800 I.E. (Internationale Einheiten) Cholecalciferol täglich, wobei 2.000–4.000 I.E. nicht überschritten werden sollten. Das beste Ergebnis ist bei einer kombinierten Zufuhr von Kalzium und Vitamin D gegeben. Im Vorfeld sollte der Blutserumspiegel ärztlich festgestellt werden. Denn auch bei der Einnahme von Vitamin D kann es zu einer Überdosierung und dann z. B. zu Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit kommen.

Wichtig: Bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Nierensteinen, Hyperkalzurie) gelten diese Empfehlungen nicht. Auch bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose kann die empfohlene Dosierung für die Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr abweichen und sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Vitamin B12

Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B12 senkt das Risiko für Osteoporose, wird zur Bildung roter Blutkörperchen gebraucht und unterstützt die Zellbildung. Über einen hohen Vitamin B12-Gehalt verfügen tierische Produkte wie Fleisch, Fische und Muscheln, z.B. Makrele, Hering oder Miesmuscheln. Auch bestimmte Käsesorten, wie Emmentaler oder Camembert enthalten einen vergleichsweise hohen Anteil an Vitamin B12. Im Rahmen einer vegetarischen bzw. veganen Ernährung kann Vitamin B12 als Nahrungsergänzungsmittel zugeführt werden.

Rauchen und Alkohol vermeiden

Um die Gesundheit der Knochen zu schützen und das Risiko für Osteoporose zu verringern, sollte auf Rauchen und Alkohol verzichtet werden.

Rauchen verschlechtert die Durchblutung und verringert die Versorgung der Knochen mit wichtigen Nährstoffen. Dies führt zu einer verminderten Knochendichte und erhöht das Risiko für Knochenbrüche.

Auch Alkohol hat negative Auswirkungen auf die Knochengesundheit. Er hemmt die Aktivität der Osteoblasten, die für den Knochenaufbau verantwortlich sind, und stört den Vitamin D-Stoffwechsel, was zu einer Abnahme der Knochenmasse führt. Zudem fördert Alkohol eine verstärkte Kalziumausscheidung, was die Knochen weiter schwächt.

- Bei Osteoporose werden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine **Ernährungsberatung** in der Regel teilweise oder voll übernommen, wenn diese vom Arzt verordnet wurde und ein Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht sowie von dieser genehmigt wurde.
- Der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. bietet Informationen zu gesunder Ernährung bei Osteoporose unter:
www.osd-ev.org > *Für Patienten* > *Ernährung*



Praxistipps!

Bewegung und Training

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

Sport und Bewegung bei Osteoporose

Training und körperliche Aktivität verringern bei älteren Menschen das Risiko für Stürze und sturzbedingte Knochenbrüche. Sport und Bewegung sind wichtig, um die Knochenmasse zu erhalten und zu stärken. Regelmäßige Bewegung (z. B. Krafttraining, Walken) kann den Knochenaufbau stimulieren und so die Knochendichte fördern.

Weitere positive Auswirkungen sportlicher Aktivitäten sind:

- Die Muskulatur wird gestärkt, wodurch die Knochen unterstützt und entlastet werden und das Skelettsystem stabilisiert wird.
- Der Knochenstoffwechsel wird gefördert, wodurch die Knochenstruktur gestärkt und besser mit Nährstoffen (z. B. Kalzium, Eiweiß) versorgt wird.
- Beweglichkeit und Balance werden verbessert bzw. erhalten, wodurch das Sturzrisiko reduziert wird.

Wichtig ist, das Sport- und Bewegungsprogramm an die körperliche Fitness anzupassen, um Risiken (z. B. Sturz während des Trainings) zu vermeiden.

Nachfolgend 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 30–60 Minuten pro Woche sind optimal.
- Auch Menschen im **hohen Alter** oder mit **geringer Belastbarkeit** können ihre Knochen stärken. Kräftigungsübungen und Gymnastik sind auch im Sitzen möglich und bringen einen spürbaren Leistungszuwachs.
- Bei einer **bestehenden Osteoporose** ist Sport Teil des Behandlungsplans. Es gibt viele spezielle Trainingsangebote für Osteoporose-Patienten.

Reha-Sport und Funktionstraining

Bei Osteoporose übernimmt die Krankenkasse die Kosten für:

- **Reha-Sport:** Dieser kann helfen, die Beweglichkeit zu erhalten, den Muskelaufbau zu fördern und das Sturzrisiko zu vermindern. Typische Reha-Sport-Übungen sind z. B. (Wasser-)Gymnastik, Ausdauer- und Kraftübungen oder Bewegungsspiele.
- **Funktionstraining:** Dieses kann durch gezielte Übungen (z. B. Dehn-, Koordinations- und Gleichgewichtsübungen) die Knochendichte erhöhen, den Gleichgewichtssinn verbessern, Schmerzen reduzieren und die Beweglichkeit der Gelenke erhalten.

Beides findet in Gruppen statt und muss vom Arzt verordnet werden.

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

Reha-Sport und Funktionstraining können auch Teil von ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Maßnahmen (siehe ab S. 33) sein.

Adressen von Anbietern von Reha-Sport und Funktionstraining bekommen Sie

- von Ihrer Krankenkasse.
- beim Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.: Telefon 0211 301314-0, info@osteoporose-deutschland.de, www.osteoporose-deutschland.de.
- beim Deutschen Behindertensportverband: Rehabilitationssportgruppen nach Bundesland unter www.dbs-npc.de > Schnellzugriff > Rehasportgruppen.



Physiotherapie und Ergotherapie bei Osteoporose

Während beim Reha-Sport und Funktionstraining immer in Gruppen geübt wird, sind Physiotherapie und Ergotherapie gezieltes Einzeltraining. Auch sie müssen vom Arzt verordnet werden. Eine Verordnung erfolgt, wenn durch die Osteoporose körperliche Beschwerden (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Knochenbrüche) auftreten.

Physiotherapie und Ergotherapie zählen zu den Heilmitteln, Patienten müssen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung leisten.

Die Maßnahmen und Ziele sind auf den individuellen Gesundheitszustand ausgerichtet, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Physiotherapie und Ergotherapie findet in entsprechenden Praxen oder im Rahmen von Reha-Maßnahmen statt.

Können Patienten aus medizinischen Gründen nicht in die Praxis kommen, z. B., weil sie nach einem Oberschenkelhalsbruch das Haus nicht verlassen können, kommen Therapeuten auch vor Ort. Der Arzt muss dazu auf der Verordnung „Hausbesuch“ ankreuzen.



 Bundesdruckerei 01.13
Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Versicherter

Stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten, z. B. zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten und Fahrtkosten.

Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Osteoporose eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen: Bei Überschreiten der sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Arzneimittel können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.

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

Festbetrag

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe müssen die Mehrkosten plus Zuzahlung gezahlt werden.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > *Arzneimittel* > *Arzneimittelinformationen* > *Festbeträge und Zuzahlungen* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Empfänger von Sozialleistungen. Hier ist eine genaue Information beim verschreibenden Arzt oder beim Apotheker besonders wichtig, um einer Verschuldung vorzubeugen. Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Zuzahlungsbefreiung

Eine Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ab Erreichen der Belastungsgrenze möglich.

Die Belastungsgrenze liegt bei **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**. Wer darüber hinaus Geld für Zuzahlungen ausgeben muss(te), kann sich für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. bekommt den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

Nicht zu den Einnahmen zählen z.B. Pflegegeld, Kindergeld.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer **Belastungsgrenze von 1 %** ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit Osteoporose erfüllen die Voraussetzungen.

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (siehe S. 40) von mindestens 60. Der GdB muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm (siehe S. 13) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1 %-Belastungsgrenze.

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

- Ausführliche Informationen zur Zuzahlungsbefreiung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung“ und Suchbegriff: „Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke“.
- Beim Bezug bestimmter Sozialleistungen (z.B. Bürgergeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt) gilt eine besondere Belastungsgrenze von 135,12 € pro Jahr, bei chronisch Kranken 67,56 € pro Jahr. Sie wird auf der Basis des sog. Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 berechnet. Er beträgt 2025 563 € monatlich, mal 12 Monate ergibt 6.756 €. Die besondere Belastungsgrenze beträgt dann 2 bzw. 1 % davon.

Die zuständige Krankenkasse.



Praxistipps!



Wer hilft weiter?



Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung

Osteoporose kann dazu führen, dass Betroffene vorübergehend oder langfristig arbeitsunfähig sind. Je nachdem, wie lange und wie schwer die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist, gibt es verschiedene finanzielle Leistungen.

Entgeltfortzahlung

Menschen mit Osteoporose erhalten Entgeltfortzahlung, wenn sie arbeitsunfähig sind und ihr Arbeitsverhältnis schon mindestens 4 Wochen dauert. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Als **arbeitsunfähig** gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (= Krankschreibung) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.

Arbeitgeber können jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte für eine weitere Krankschreibung durch die Arztpraxis sorgen.

Die Entgeltfortzahlung beträgt **100 %** des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts. Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, sondern auf das volle Arbeitsentgelt. Die fehlenden Stunden müssen nicht nachgearbeitet werden. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung beginnt dann erst am nächsten Tag.

Weitere Informationen zur Entgeltfortzahlung erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber oder bei dem Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do von 8-17 und Fr von 8-12 Uhr.

 **Erklärvideo**



betaCare
auf Youtube



Wer hilft weiter?

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube



Krankengeld ▶

Wenn Menschen mit Osteoporose länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, zahlt die Krankenkasse Krankengeld.

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit noch keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gibt.

Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit oder stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie die versicherte Person daran hindert, ihren Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazukommt.

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

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

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

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

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 Wochen.

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 128,63 € (im Jahr 2025) täglich.

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

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Menschen mit Osteoporose, die nach Auslaufen des Krankengelds noch immer krankgeschrieben sind, haben ggf. einen Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Wenn krankgeschriebene Arbeitnehmer keine Tätigkeit für mindestens 15 Wochenstunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mehr ausüben können, aber die Rentenversicherung bei ihnen (noch) keine volle Erwerbsminderung festgestellt hat oder diese Entscheidung noch nicht rechtskräftig ist, können Betroffene Arbeitslosengeld (ALG) im Rahmen der sog. **Nahtlosigkeitsregelung** beziehen. Das ist eine Ausnahmeregelung, die ermöglicht, dass Menschen, die nicht arbeiten können, trotzdem ALG bekommen können, um lückenlos abgesichert zu sein.

Für ALG im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung gibt es folgende Voraussetzungen:

- Die sog. Anwartschaftszeit muss erfüllt sein. In der Regel ist sie erfüllt, wenn die antragstellende Person in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat.
- Es wurden Erwerbsminderungsrente oder berufliche bzw. medizinische Reha-Maßnahmen bei der Rentenversicherung beantragt.

Der Antrag muss innerhalb 1 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 die arbeitslose Person den Antrag stellt.

Anders als bei einer Sperrzeit verschiebt sich der Anspruch durch das Ruhen nur und wird nicht verkürzt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach der Nahtlosigkeitsregelung.

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine Erwerbsminderung von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Rechtskräftig heißt, dass die Entscheidung nicht mehr anfechtbar ist. Arbeitslosengeld wird höchstens 2 Jahre lang gezahlt.

Für die Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung ist relevant, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Informationen erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit.



Wer hilft weiter?

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube



Erwerbsminderungsrente ▶

Die Erwerbsminderungsrente soll Menschen mit Osteoporose helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist.

Eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung kommt erst in Betracht, wenn die Erwerbsfähigkeit weder durch medizinische noch berufliche Reha (siehe ab S. 33) wiederhergestellt werden kann. Der Rentenversicherungsträger lehnt deshalb viele Anträge auf Erwerbsminderungsrente ab und verweist auf vorrangige Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Auch, wer schon eine Erwerbsminderungsrente bezieht, kann noch zur Reha verpflichtet werden, wenn diese Aussicht auf Erfolg hat.

Eine **volle Erwerbsminderung** liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden täglich vor. Bei mindestens 3, aber nicht mehr als 6 Stunden, ist es eine **teilweise Erwerbsminderung**.

Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung **noch mindestens 6 Monate** bestehen wird. Erwerbsminderung bezieht sich immer auf alle möglichen Erwerbstätigkeiten, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, ist es eine Erwerbsminderung.

Erwerbsgemindert ist auch, wer zwar noch über 6 Stunden arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt, z. B., wenn alle 30 Minuten 10 Minuten Pause nötig sind.

Das Vorliegen einer Erwerbsminderung wird anhand ärztlicher Unterlagen beurteilt und ggf. wird ein Gutachten angefordert.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Praxistipp!



Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente >
Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen >
Erwerbsminderungsrenten.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen mit Osteoporose, die im Alter oder bei unbefristeter voller Erwerbsminderung zu wenig Einkommen und Vermögen haben, insbesondere, weil sie keine Rente bekommen, oder weil ihre Rente nicht reicht, um davon zu leben.

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage und
- der Lebensunterhalt kann nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen gedeckt werden. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt.

Die Grundsicherung berücksichtigt z.B. folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze	Höhe
z.B. für volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende, die Bürgergeld oder Sozialhilfe beziehen oder im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	563 €
z.B. für volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft beim Bürgergeld oder für Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	506 €
für Volljährige in Einrichtungen, die Sozialhilfe beziehen und Erwachsene vor dem 25. Geburtstag in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern beim Bürgergeld	451 €
für Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	471 €
für Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	390 €
für Kinder bis zum 6. Geburtstag	357 €

- Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z.B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe, z.B. aus gesundheitlichen Gründen oder für Warmwasser aus einem Boiler oder Durchlauferhitzer in der Wohnung
- Einmalige Leistungen, z.B. für die Erstausrüstung einer Wohnung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist unbefristet, d. h.: Er besteht, solange die Voraussetzungen vorliegen.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z. B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Eine weitere Rückwirkung ist nur ausnahmsweise möglich.

Praxistipp!

Den Antrag auf Grundsicherung können Sie bei dem für Sie zuständigen Sozialamt stellen, in dessen Bereich Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

Wer hilft weiter?

- Informationen bekommen Sie beim Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Thema „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ unter 030 221911008, Mo–Do von 8–17 Uhr, Fr von 8–12 Uhr.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Rehabilitation

Menschen mit Osteoporose können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Die Reha soll verhindern, dass Menschen pflegebedürftig werden, eine Behinderung bekommen, nicht mehr arbeiten können oder Sozialleistungen brauchen.

Reha versucht, Probleme zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zu verhindern, dass sie schlimmer werden. Beispiele für Reha-Leistungen sind ein Aufenthalt in einer Rehaklinik („Kur“), stufenweise Wiedereingliederung, Reha-Sport oder Umschulungen.

Allgemeines zur Reha

Reha soll dazu befähigen, möglichst gut mit der eigenen Krankheit oder (drohenden) Behinderung klar zu kommen und konkrete Hilfen bieten, um negative Auswirkungen zu verringern.

Überblick über Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Darum werden Reha-Leistungen auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
z. B. Krankengymnastik, Patientenschulungen
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha)**
z. B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen**
z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Ausbildungsgeld
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung**
z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha)**
z. B. Leistungen zur Mobilität, zu Wohnraum und Betreuung

Für die Finanzierung einer Reha können verschiedene Kostenträger zuständig sein, z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit.

Finanzielle Leistungen während der Reha

Während einer Reha-Maßnahme kann, abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen, Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Krankengeld der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen in der Regel beantragt werden, je nach Reha-Leistung und Zuständigkeit bei verschiedenen Trägern. Auch die Formulare unterscheiden sich.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung: Wenn sich ein Reha-Träger für einen eingegangenen Antrag unzuständig hält, muss er diesen innerhalb von 2 Wochen nach dessen Eingang weiterleiten. Anderenfalls muss er innerhalb einer weiteren Woche selbst über den Antrag entscheiden.

Nach einer Weiterleitung darf es bis zur Entscheidung über den Antrag noch höchstens 3 weitere Wochen dauern. Wenn sich auch der 2. Träger für unzuständig hält, darf er den Antrag zwar noch einmal weiterleiten, aber dann ist eine sog. Turbo-Klärung nötig. Das bedeutet, dass der Träger, bei dem der Antrag dann landet, innerhalb der schon laufenden 3 Wochen-Frist entscheiden muss.

Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Wer mit der Entscheidung nicht einverstanden ist, kann kostenfrei Widerspruch einlegen und ggf. danach eine ebenfalls kostenfreie Klage, Näheres siehe ab S. 71.

Fristen für die Träger

Für die Entscheidung über den Leistungsantrag gelten bestimmte Fristen:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger den Antrag nicht weiterleitet und kein Gutachten benötigt wird.
 - Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag ein- oder zweimal weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
 - Maximal 6 Wochen, wenn mehrere Träger zuständig sind, aber keine Teilhabekonferenz stattfindet. In einer Teilhabekonferenz wird der Bedarf eines Menschen mit Behinderung besprochen und ein Plan erstellt, um seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.
 - Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird.
 - Wird ein Gutachten benötigt, gibt es keine feste Maximaldauer, weil es individuell unterschiedlich ist, wie lange die Auswahl des Gutachters und dessen Beauftragung dauern.
-
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem Sie alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnen können.
 - Auskünfte und Informationsangebote erhalten Sie bei den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Adressen finden Sie unter www.ansprechstellen.de.

Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Reha soll die Gesundheit und Funktionsfähigkeit nach einer Krankheit, Operation oder einem Unfall wiederherstellen. Körperliche, seelische oder soziale Einschränkungen sollen verringert und die Selbstständigkeit im Alltag gefördert werden.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können sowohl ambulant als auch stationär erfolgen:

- **Ambulante Reha-Maßnahmen** finden wohnortnah statt. Patienten wohnen zuhause und besuchen tagsüber eine Reha-Einrichtung, meist für 4–6 Stunden pro Tag. Die ambulante Reha dauert in der Regel etwa 15 Behandlungstage.
- **Stationäre Reha-Maßnahmen** werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Patienten wohnen und übernachten während der gesamten Reha in der Reha-Klinik. Sie erhalten dort Unterkunft, Verpflegung und alle notwendigen Behandlungen. Die stationäre Reha dauert in der Regel etwa drei Wochen.

Die medizinische Reha kann verlängert werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist, z. B., weil ein Mensch mit Osteoporose mehr Zeit benötigt, um das Rehazi zu erreichen.



Praxistipps!

 **Erklärvideo**



betaCare
auf Youtube

Ziele der medizinischen Reha bei Osteoporose sind z. B.:

- Linderung von Schmerzen
- Förderung von Beweglichkeit, Mobilität und Koordination
- Verbesserung von Muskelkraft und Knochendichte
- Wiederherstellung der Selbstständigkeit im Alltag
- Anpassung des Lebensstils, um (weiteren) Knochenbrüchen vorzubeugen
- Pflegebedürftigkeit vermeiden oder vermindern

Maßnahmen der medizinischen Reha bei Osteoporose sind z. B.:

- Physio- und Ergotherapie
- Bewegungsangebote in Gruppen
- Übungen zur Verbesserung von Koordination und Gleichgewicht, um das Sturzrisiko zu verringern
- Gesundheitsschulungen, z. B. zur Anpassung des Lebensstils oder der Ernährung und zum Umgang mit Osteoporose im Alltag
- Überwachung und ggf. Anpassung der medikamentösen Therapie
- Maßnahmen zur Schmerzlinderung, z. B. durch Massagen und ggf. Schmerzmittel
- Unterstützung und Beratung zum Umgang mit der Erkrankung und psychischen Belastungen

Praxistipp!



Weitere Informationen zu Reha-Maßnahmen für Osteoporose-Patienten gibt das Netzwerk-Osteoporose e.V. unter:

www.netzwerk-osteoporose.de > *Fachbeiträge* > *Rehabilitation* > *Reha-Kur*.

Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation (AHB) ist eine spezielle Form der medizinischen Reha, die direkt nach einem Krankenhausaufenthalt beginnt, meist innerhalb von 14 Tagen.

Für Osteoporosepatienten ist eine AHB sinnvoll, wenn sie nach einem Krankenhausaufenthalt, beispielsweise nach einem Knochenbruch oder einer Operation, eine intensive Nachsorge brauchen.

Ziele der AHB sind z. B., dass Schmerzen reduziert, Beweglichkeit und Stabilität verbessert und weitere Stürze bzw. Knochenbrüche verhindert werden. Dies soll z. B. durch Übungen zur Stärkung der Muskulatur, der Beweglichkeit, des Gleichgewichtssinns und der Koordination erreicht werden. So sollen Patienten ihre Selbstständigkeit wiedererlangen und eine bessere Lebensqualität bekommen.

Allgemeine Voraussetzungen

Für eine medizinische Reha müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und vom Kostenträger vorher genehmigt werden.
- Die Ziele der Reha sind voraussichtlich erreichbar.
- Die Person ist dazu in der Lage, an der Reha teilzunehmen (= Refähigkeit).

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
 - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.
 - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhausbehandlungen und Anschlussrehabilitationen werden angerechnet.
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
 - 10 € täglich, für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.
 - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.
 - **Keine Zuzahlung** ist z.B. bei ambulanten Reha-Leistungen, bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie von Personen zu leisten, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.499 €** liegt.
 - **Teilweise befreit** von der Zuzahlung sind z.B. Personen, die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann oder deren Ehe-/Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.
- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.



Wer hilft weiter?

Geriatrische Rehabilitation

Eine geriatrische Reha ist eine spezielle Form der Rehabilitation, die sich auf die Bedürfnisse älterer Menschen konzentriert. Ziel ist es, die Selbstständigkeit und Lebensqualität zu verbessern und eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Eine geriatrische Reha kann in Anspruch genommen werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Biologisch höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter).
- Geriatrietypische Mehrfacherkrankung mit mindestens 2 behandlungsbedürftigen Krankheiten und deren Folgen z. B. Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Angststörung, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung oder ausgeprägte Schwerhörigkeit.
- Die geriatrische Reha muss sinnvoll und medizinisch notwendig sein und Aussicht auf Erfolg haben.
- Patienten können an der Reha aktiv teilnehmen und sind physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die akute Phase nach einer Operation oder einer Erkrankung muss abgeschlossen sein.

Eine geriatrische Reha kann z. B. nach hüftgelenksnahen Brüchen oder Operationen mit Total-Endoprothesen von Hüfte und Knie sinnvoll sein.

Die geriatrische Rehabilitation kann, je nach individuellem Bedarf, unter anderem folgende Maßnahmen umfassen:

- Diagnose und Behandlung z. B. durch Ärzte und Physiotherapeuten
- Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie, Logopädie
- (Neuro-)psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- Soziale Beratung

Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist, dass ältere Menschen trotz Erkrankungen und Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit erreichen bzw. sich diese erhalten können.

Eine geriatrische Rehabilitation kann sowohl **ambulant** als auch **stationär** in einer darauf spezialisierten Einrichtung stattfinden.

Eine Sonderform ist die **mobile geriatrische Rehabilitation**, die im gewohnten Umfeld (z. B. zu Hause oder im Seniorenheim) durchgeführt wird. Sie wird von einem interdisziplinären Team betreut, das z. B. aus Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften besteht.



Ausführliche Informationen finden Sie unter:
www.betanet.de > Suchbegriff: „Geriatrische Rehabilitation“.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer, insbesondere nach längerer Krankheit, schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Die **Rückkehr an den Arbeitsplatz** startet mit wenigen Stunden pro Tag und wird **schrittweise erhöht**. Die Wiedereingliederung wird regelmäßig überprüft und kann bei Bedarf angepasst werden. Durch den langsamen Anstieg der Arbeitsstunden wird der Mensch mit Osteoporose nicht überfordert, was besonders wichtig ist, um (weitere) Knochenbrüche und Schmerzen zu vermeiden.

Die **Dauer** der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bekommen Sie von der Krankenkasse, der Rentenversicherung, der Sozialberatung der Reha-Klinik, Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrem Arbeitgeber (insbesondere bei Stellen wie betriebliches Eingliederungsmanagement, Sozialberatung oder Gesundheitsmanagement).



Wer hilft weiter?

Berufliche Reha

Wenn Menschen mit Osteoporose wegen ihrer Erkrankung oder einer daraus entstandenen Behinderung ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, kann ihnen eine berufliche Reha helfen, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Eine berufliche Reha umfasst verschiedene Maßnahmen, um die berufliche Leistungsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, z. B.:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, z. B. durch:
 - Arbeitsassistenz
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl)
 - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung oder Weiterbildung

Ausführliche Informationen bietet die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ der Deutschen Rentenversicherung. Diese können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellen oder herunterladen.



Praxistipp!

Behinderung

Schwerbehindertenausweis

Gleichstellung Nachteilsausgleiche **GdB**

Behinderung

Osteoporose kann dazu führen, dass Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen müssen. Je nach Ausmaß der Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigung kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung festgestellt werden.

Menschen mit einem Grad der Behinderung **ab 50** haben eine **Schwerbehinderung**. Damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt am Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. Nachteilsausgleiche.

Definition „Behinderung“

Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert.

Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

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

Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

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

Gleichstellung

Einige Rechte von Menschen mit Schwerbehinderungen gelten auch für Menschen mit leichteren Behinderungen, wenn diese von der Agentur für Arbeit Menschen mit Schwerbehinderungen gleichgestellt wurden.

Die Voraussetzungen für eine Gleichstellung sind:

- GdB ab 30, aber unter 50.
- Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Arbeitsplatz rechtmäßig in Deutschland.
- Betroffene können als Folge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten.

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Gleichgestellte haben wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz. Im Gegensatz zu Menschen mit Schwerbehinderungen haben sie jedoch keinen Anspruch auf Zusatzurlaub und vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Die Gleichstellung gilt ausschließlich fürs Arbeitsleben, d. h. Gleichgestellte bekommen z. B. auch keinen Schwerbehindertenausweis.

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss bei der Agentur für Arbeit gestellt werden. Dies ist auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ möglich.

Grad der Behinderung bei Osteoporose

Bei Osteoporose kann vom Versorgungsamt bzw. Amt für soziale Angelegenheiten auf Antrag ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden.

Das Versorgungsamt, Amt für Soziale Angelegenheiten oder Amt für Soziales und Versorgung richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) und der Merkzeichen nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten sog. Anhaltswerte über die Höhe des GdB bei verschiedenen Gesundheitsstörungen als Orientierungsrahmen. Diese Werte sind jedoch nicht bindend, da jeder Einzelfall individuell bewertet wird.

Beim GdB werden immer alle gesundheitlichen Probleme betrachtet, die ein Mensch hat. Es wird nicht der GdB verschiedener Erkrankungen zusammengezählt, sondern das Gesamtbild bewertet. Verschlechtert sich nach der Feststellung des GdB der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, kann beim Versorgungsamt die Erhöhung des GdB beantragt werden.

Bei Osteoporose ist der GdB vor allem von der **Funktionsbeeinträchtigung** und der **Schmerzintensität** abhängig.

Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts (Knochendichtemessung, siehe S. 7) rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB.

Schwerbehindertenausweis ▶

Viele Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderungen sind nur mit einem Schwerbehindertenausweis zugänglich. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt. Schwerbehindertenausweise enthalten den GdB als Angabe für die Stärke der Behinderung und etwaige sog. Merkzeichen, z. B. für eine Gehbehinderung.

Antrag ▶

Wer einen Schwerbehindertenausweis bekommen möchte, muss dafür einen Antrag auf Feststellung eines GdB stellen. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer diese Option bei Antragstellung angekreuzt hat.

Wer einmal einen Schwerbehindertenausweis hat, muss nur noch einen neuen Schwerbehindertenausweis beantragen, bevor der alte ausläuft. Während Schwerbehindertenausweise befristet sind, ist die Feststellung des GdB immer unbefristet. Der GdB läuft also nie einfach so aus, sondern das Amt muss ihn ggf. erst mit einem Bescheid herabstufen oder aufheben.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte auflisten, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. In den Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert dargestellt sein und die Einschränkung der Teilhabe aufzeigen.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

▶ Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

▶ Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube



Gültigkeitsdauer

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

Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden.

Merkzeichen ▶

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten.

Es gibt z. B. folgende Merkzeichen:

- **Merkzeichen G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkzeichen aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig

Bei Osteoporose kann insbesondere das Merkzeichen G in Frage kommen, z. B. bei Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule mit einem GdB von mindestens 50.

Praxistipps!



- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.
- Eine Übersicht über merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche finden Sie im Anhang ab S. 79.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche für sich in Anspruch nehmen, z. B. Steuervergünstigungen, Sonderrechte zum Parken (z. B. Recht zum Parken im Halteverbot, auf Behindertenparkplätzen oder ohne Parkschein), Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen oder Zusatzurlaub und besserer Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

Viele Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Grad der Behinderung und von etwaigen Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis.

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 79.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betacare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird auf Antrag unter folgenden Voraussetzungen ein Mehrbedarf von 17 % des Regelsatzes wegen Gehbehinderung berücksichtigt:
 - Volle Erwerbsminderung und
 - Merkzeichen G oder aG

Hinweis: Sie können diesen Mehrbedarf unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. niedrige Erwerbsminderungsrente) auch bekommen, wenn Sie ansonsten keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben.

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo–Do 8–17 Uhr und Fr 8–12 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.



Praxistipps!



Wer hilft weiter?

***Häusliche
Krankenpflege***

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege erhalten Menschen mit Osteoporose nach ärztlicher Verordnung von ihrer Krankenversicherung, wenn sie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen, oder auch, um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung (siehe S. 51).

Voraussetzungen

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist eine ärztliche Verordnung. Nur, wenn auch Behandlungspflege notwendig ist, übernimmt die Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

- eine Krankenhausbehandlung vermieden wird bzw. erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z. B. weil die betroffene Person aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit der betroffenen Person (**Krankenhausvermeidungspflege**)
oder
eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird (**Krankenhausverkürzungspflege**)
oder
eine schwere Krankheit bzw. eine akute Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, z. B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**)
oder
sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z. B. in Form von Wundversorgung oder Injektionen (**Sicherungspflege**)
und
- die betroffene Person von keiner im Haushalt lebenden Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden 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.

Ort der Pflege

Die häusliche Krankenpflege wird an geeigneten Orten erbracht, an denen sich die pflegebedürftige Person regelmäßig aufhält, z. B. in ihrem Zuhause oder einer Kurzzeitpflege-Einrichtung.

Dauer

Die **Krankenhausvermeidungspflege** ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen auch länger.

Die **Sicherungspflege** kann so lange verordnet werden, wie sie medizinisch notwendig ist.

Leistungsinhalte

Behandlungspflege sind medizinische Hilfeleistungen, z. B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Spülungen und Einreibungen oder verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

Grundpflege sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.

Hauswirtschaftliche Versorgung sind Hilfen im Haushalt, z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen, Waschen.

Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Geburtstag 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 ab S. 21.

Leistungserbringer

In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch ambulante Pflegedienste, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse der versicherten Person ab.

Die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft können in angemessener Höhe (d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft) übernommen werden, wenn

- die Krankenkasse keine Pflegekraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann, z. B. wenn die Pflegedienste, mit denen sie Verträge hat, keine Kapazitäten mehr haben.
- die selbst beschaffte Pflegekraft geringere Kosten verursacht.
- die zu pflegende Person aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte Pflegekraft akzeptiert. Diese Pflegeperson muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

Pflegeversicherung und Leistungen

Bei Osteoporose können Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden, wenn die Erkrankung zu einer erheblichen Einschränkung der Selbstständigkeit führt und ein Pflegegrad anerkannt wird.

Dies kann z. B. der Fall sein, wenn die Osteoporose so weit fortgeschritten ist, dass alltägliche Bewegungen wie Gehen, Aufstehen oder Anziehen nur noch mit Hilfe möglich sind. Zu einem erhöhten Pflegebedarf können z. B. wiederholte Knochenbrüche führen, die einen längeren Krankenhausaufenthalt und eine intensive Nachsorge bedürfen oder eine erhöhte Sturzgefahr durch Schwäche und Instabilität.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen in erster Linie die häusliche Pflege und die Bereitschaft von Angehörigen zur Pflege unterstützen. Das Ziel ist, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege haben Vorrang vor vollstationärer Pflege.

- Wenn Sie oder Ihre Angehörigen unsicher sind, ob und welche Pflegeleistungen überhaupt in Betracht kommen, können Sie sich zur Information oder Unterstützung an eine örtliche **Pflegeberatung** (siehe S. 48) wenden.
- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“, kostenloser Download unter www.betacare.de > Ratgeber > Pflege & Pflege-Check.



Praxistipps!

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Für den Bezug von Leistungen ist eine bestimmte Vorversicherungszeit notwendig.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI ist,

- *wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.*
- *wer körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen aufweist oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen kann.*

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

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf, siehe „Häusliche Krankenpflege“, S. 45

Vorversicherungszeit

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

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Sie bieten Koordination, Vermittlung und Pflegeberatung zu verschiedenen Hilfeleistungen und örtlichen Angeboten.

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, wird ihnen von der Pflegekasse eine feste Ansprechperson zur Pflegeberatung zugewiesen. Diese unterstützt bei der Auswahl und Nutzung von pflegerischen Hilfsangeboten.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe einer Kontaktperson anbieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder einen **Beratungsgutschein** ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann, und
- über Leistungs- und Preisvergleichslisten, die z. B. Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen enthalten, informieren.
Die Listen werden nur ausgehändigt, wenn Pflegebedürftige dies anfordern.

Die Fristen für Beratungstermine gelten auch bei weiteren Anträgen, z. B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie Änderungsanträgen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Beratung im häuslichen Umfeld und außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss die pflegebedürftige Person über diese Möglichkeit aufklären.

Verpflichtender Beratungseinsatz

Die Pflegeberatung, die von der Pflegekasse angeboten werden muss, ist für Pflegebedürftige freiwillig. Daneben gibt es eine weitere Art der Pflegeberatung, den sog. **verpflichtenden Beratungseinsatz**.

Bei Bezug von Pflegegeld ist ab Pflegegrad 2 eine regelmäßige Pflegeberatung im häuslichen Umfeld **Pflicht**. Bei Pflegegrad 1 und bei Bezug von Pflegesachleistungen **kann** ein Beratungseinsatz vereinbart werden.

- Adressen von Pflegestützpunkten bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter www.zqp.de > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.
- Der AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. bietet unter www.awo-pflegeberatung.de > *Online-Beratung* eine kostenlose Online-Pflegeberatung per E-Mail, Text- oder Video-Chat an.
- Auch Menschen, die noch keine Pflegeleistungen beantragt haben, können sich bei Fragen rund um das Thema Pflege an Beratungsstellen vor Ort wenden. Das können z. B. Pflegestützpunkte oder auch Seniorenberatungsstellen sein. Adressen können Sie bei den Städten und Gemeinden erfragen.
- Hinweise und Links zu weiteren Informations- und Beratungsangeboten in den Bundesländern gibt es bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) unter www.nakos.de > *Themen* > *Selbsthilfe und Pflege* > *Pflegestützpunkte und Pflegeberatung*.
- Für Privatversicherte gibt es eine kostenlose telefonische und aufsuchende Pflegeberatung über die www.compass-pflegeberatung.de, bundesweit gebührenfrei erreichbar unter 0800 1018800.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeanträge sind bei der Pflegekasse zu stellen. Nach Antragseingang lässt die Pflegekasse vor Ort, telefonisch oder per Videotelefonie begutachten, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und entscheidet dann, ob die betroffene Person einen Pflegegrad und damit auch Leistungen der Pflegekasse erhält.

Wie wird ein Pflegeantrag gestellt?

Pflegeleistungen werden von der pflegebedürftigen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt. Die Pflegekassen sind bei den Krankenkassen angesiedelt, d.h. für telefonischen oder schriftlichen Kontakt kann die Adresse der Krankenkasse genutzt werden.

Wie läuft die Pflegebegutachtung ab?

Die Pflegekasse gibt beim Medizinischen Dienst (MD) oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt, das Begutachtungssystem ist identisch.

Die Begutachtung erfolgt meist durch einen Hausbesuch, es gibt aber auch andere Arten der Begutachtung, z. B. nach Aktenlage.



Wer hilft weiter?

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Wie wird der Pflegegrad bestimmt?

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

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

Bearbeitungsfrist der Pflegekasse und Begutachtungsfristen

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb von höchstens 25 Arbeitstagen (d. h. Werktage, Montag bis Freitag) **entscheiden**.

Abhängig vom Aufenthaltsort der pflegebedürftigen Person und von der Beantragung von Pflegezeit kann eine **kürzere Frist** gelten, innerhalb der die **Begutachtung** stattfinden muss.

Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren.
- Der Ratgeber „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ unterstützt Sie dabei, den Pflegebedarf Ihres Angehörigen selbst zu ermitteln und zu berechnen, welchen Pflegegrad die pflegebedürftige Person voraussichtlich erhält. Den Ratgeber sowie Musteranträge, z. B. einen Pflegeantrag und eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung können Sie unter www.betacare.de > *Ratgeber* > *Pflege & Pflege-Check* kostenlos herunterladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege ▶

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält. Ergänzend können bei häuslicher Pflege auch teilstationäre Angebote in Anspruch genommen werden.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld ▶

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt 2025 je nach Pflegegrad zwischen **347 und 990 € monatlich**, es muss beantragt werden und ist steuerfrei.

Pflegesachleistung ▶

Unter **Sachleistung** versteht man die häusliche Pflegehilfe, die in der Regel durch **ambulante Pflegedienste**, aber auch durch zugelassene Einzelpersonen erbracht wird. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch darauf, wenn sie zu Hause gepflegt werden. Die Pflegedienste bzw. -kräfte rechnen direkt mit der Pflegekasse ab und erhalten 2025 je nach Pflegegrad **796 bis 2.299 € monatlich**. Eine vollständige gleichzeitige Auszahlung von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination beider Leistungen ist erlaubt. Zusätzlich sind weitere Leistungen der Pflegeversicherung, wie Hilfsmittel, Kurzzeitpflege oder Pflegeleistungen vom Sozialamt möglich. Mehrere Pflegebedürftige, z. B. in Wohngemeinschaften, können die häusliche Pflegehilfe gemeinsam nutzen und damit verbundene Einsparungen für weitere Leistungen verwenden.

Auch ambulante Betreuungsdienste können vom Budget der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

Kombinationsleistung ▶

Die Kombinationsleistung kombiniert **Pflegesachleistung mit Pflegegeld**. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person. Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

▶ Erklärvideo



betaCare
auf Youtube

Erklärvideo ▶



betaCare
auf Youtube

Ersatzpflege ▶

Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, ist die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson, wenn diese wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen, verhindert ist. Ersatzpflege gibt es für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 erst, wenn mindestens 6 Monate gepflegt wurde. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse 2025 maximal **1.685 €**.

Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 54) auf insgesamt **2.528 €** im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zum 01.07.2025 zu einem sog. Gemeinsamen Jahresbetrag (siehe unten) zusammengeführt und können flexibel eingesetzt werden. Die bisherige Begrenzung des Einsatzes des Kurzzeitpflegebudgets für die Ersatzpflege wie auch die Vorpflegezeit für die erste Inanspruchnahme entfallen dann.

Erklärvideo ▶



betaCare
auf Youtube

Gemeinsamer Jahresbetrag ▶

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (= Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, Gemeinsamen Jahresbetrag (sog. Entlastungsbudget) zusammengefasst. Die bisher unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen und abweichende Voraussetzungen, wie z. B. Höchstdauer und Vorpflegezeit, werden angeglichen. Schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre (Pflegegrade 4 und 5) können den Gemeinsamen Jahresbetrag bereits seit 01.01.2024 in Anspruch nehmen.

Zum 01.07.2025 wird der Gemeinsame Jahresbetrag in Höhe von **3.539 €** für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 verfügbar sein.

Pflegekurse

Pflegepersonen (meist Angehörige, Freunde oder Nachbarn) haben einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegekurse. Vermittelt werden dort praktische und theoretische Grundlagen zur häuslichen Pflege. Die Teilnahme an Pflegekursen ist kostenlos und sie können auf Wunsch im eigenen häuslichen Umfeld stattfinden. Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten auch Online-Kurse anbieten.

Erklärvideo ▶



betaCare
auf Youtube

Entlastungsbetrag ▶

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von **131 € monatlich** (2025). Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B. für

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) oder Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d. h. aus dem Bereich der Selbstversorgung), oder
- als Zuschuss für Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** in der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse erfolgen. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Näheres zu den Regelungen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Entlastungsbetrag“*.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **42 € monatlich** (2025) begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu **53 € monatlich** (2025) für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“*.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, die die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim verhindern oder hinauszögern. Häufige Maßnahmen sind z. B. der Umbau des Bades, der Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen. Der Zuschuss beträgt 2025 maximal **4.180 € für Einzelpersonen** und bis zu **16.720 € für Wohngemeinschaften** bzw. für ambulant betreute Wohnformen, wenn mindestens 4 anspruchsberechtigte Personen zusammenwohnen.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die Pflegebedürftige im Falle einer teilweisen oder vollständigen Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten. Teilstationäre Leistungen ergänzen die häusliche Pflege.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube



Tages- oder Nachtpflege ▶

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt werden und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Dafür erhalten Pflegebedürftige 2025 von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **721 bis 2.085 € monatlich**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag (siehe S. 52) in Höhe von **131 €** dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind: Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten), Investitionskosten (z. B. für Instandhaltung) und ggf. Fahrtkosten (für den Hin- und Rücktransport zwischen der Wohnung und der Einrichtung).

Erklärvideo ▶

betaCare
auf Youtube



Kurzzeitpflege ▶

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B. wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist) kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist 2025 auf maximal **8 Wochen und maximal 1.854 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 52) auf bis zu **3.539 €** im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von **131 €** monatlich kann dafür angespart und eingesetzt werden. 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. Zum 01.07.2025 werden die Leistungsbeträge der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege zu einem sog. Gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 52) zusammengefasst.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **805 bis 2.096 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für einen Teil dieses Eigenanteils erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 01.01.2024 erhöht. Nähere Informationen zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter: www.betanet.de > Suchbegriffe: „Vollstationäre Pflege“, „Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege“ und „Eigenanteil im Pflegeheim“.

- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02, Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Empfehlungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19.12.2024 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube



Praxistipps!

Erklärvideo ▶



Wer hilft weiter?



Hilfe zur Pflege ▶

Hilfe zur Pflege ist eine Leistung der Sozialhilfe für Pflegebedürftige. Dabei übernimmt das Sozialamt auf Antrag die nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Pflegekosten, wenn die Pflegebedürftigen sie weder selbst bezahlen noch anderweitig abdecken können.

Das Sozialamt leistet erst, wenn die **vorrangig zuständige Pflegekasse** oder andere Leistungsträger nicht oder zu wenig leisten.

Hilfe zur Pflege muss beantragt werden und wird in der Regel gewährt, wenn weder die pflegebedürftige Person, noch Angehörige, die Eigenleistungen für die Pflege zahlen können oder in Fällen ohne Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege müssen den gesamten Pflegebedarf decken (sog. Bedarfsdeckungsprinzip) und sind nicht nach oben begrenzt wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Das Pflegegeld und der Entlastungsbetrag werden jedoch nur in Höhe der festgelegten Beträge der Pflegeversicherung geleistet, sie sind nicht vom Bedarfsdeckungsprinzip umfasst.

Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

Fragen zur „Hilfe zur Pflege“ beantwortet das Sozialamt.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht. Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

Erklärvideo ▶



Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld ▶

Die „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ ist eine Sonderform der Pflegezeit. Berufstätige können diese einmal jährlich pro pflegebedürftige Person für bis zu **10 Arbeitstage** beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das **Pflegeunterstützungsgeld** bei der **Pflegekasse** der pflegebedürftigen Person beantragen. Die Freistellung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation von Angehörigen zur Organisation der Pflege in Anspruch genommen werden.

Erklärvideo ▶



Pflegezeit ▶

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

Familienpflegezeit

In der **Familienpflegezeit** reduzieren Berufstätige maximal **2 Jahre** lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebern innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Berufstätige Kündigungsschutz.

Die pflegende Person kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts. Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben können Sie unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* den maximalen Darlehensbetrag ermitteln.

Reha für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige übernehmen tagtäglich eine anspruchsvolle und herausfordernde Aufgabe. Die körperliche und emotionale Belastung kann langfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Daher ist es wichtig, sich rechtzeitig eine Auszeit zu nehmen, um wieder Kraft zu tanken.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese „Auszeiten“ zu gestalten:

- **Urlaub:** Ein einfacher, aber oft wirkungsvoller Schritt ist der klassische Urlaub. Während des Urlaubs kann die pflegebedürftige Person durch Ersatzpflege (= Verhinderungspflege) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut werden.
- **Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren:** Diese Maßnahmen helfen, die Gesundheit präventiv zu stärken und sich von den Belastungen des Alltags zu erholen. Einrichtungen des Müttergenesungswerks (www.muettergenesungswerk.de) bieten spezielle Kuren für pflegende Angehörige an, die sich auf die psychische und physische Stabilisierung konzentrieren.
- **Medizinische Reha-Maßnahmen:** Wenn die Gesundheit des pflegenden Angehörigen bereits angegriffen ist, kann eine stationäre medizinische Reha erforderlich sein. Pflegende Angehörige haben Anspruch auf eine stationäre Reha, auch wenn eine ambulante Maßnahme theoretisch ausreichend wäre. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit, die durch den behandelnden Arzt bescheinigt werden muss.

Seit 01.07.2024 haben **Pflegepersonen** Anspruch auf die Versorgung des **pflegebedürftigen Angehörigen** in **derselben** Einrichtung. Die pflegerische Versorgung muss während der Rehamaßnahme sichergestellt sein. Dies kann durch die Einrichtung selbst oder durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst erfolgen. Wenn dies nicht möglich ist, kann die Versorgung auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in der Nähe der Rehaklinik stattfinden.

Erklärvideo



betaCare
auf Youtube



Praxistipp!

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

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

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zur/von der pflegebedürftigen Person.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die eine pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 **mindestens 10 Stunden** wöchentlich an **regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche** pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Praxistipps!



- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Beiträge erhöhen sich jeweils zum 01.01. eines Jahres. Diese Broschüre können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ herunterladen.
- Nähere Informationen zur Unfallversicherung finden Sie in der Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.
- Erhält eine pflegebedürftige Person Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe, so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.
- Informationen für pflegende Angehörige, z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien, finden Sie unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige.

Sturzprophylaxe

Insbesondere für Menschen mit Osteoporose stellen Stürze eine erhebliche Gefahr dar und können ernsthafte Verletzungen und Folgeprobleme nach sich ziehen. Bei Osteoporose sind Knochenbrüche in Form von Wirbel- einbrüchen oder Oberschenkelhalsbrüchen die häufigsten Verletzungen.

Sind schon einmal Brüche und Verletzungen durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen, was wiederum die Mobilität einschränkt und die Sturzgefahr weiter erhöht. Gleichzeitig gelten Stürze in der Vergangenheit als Risikofaktor für weitere Stürze. Betroffene sollten deshalb insbesondere auch nach einem Sturz jede Möglichkeit nutzen, um Ausdauer, Kraft und Gleichgewichtssinn zu verbessern und weiteren Stürzen vorzubeugen.

Sturzrisikofaktoren

Die Gefahr zu fallen erhöht sich durch Sturzrisikofaktoren wie:

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

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

Testverfahren zur Sturzgefahr

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

- **Chair-Rising-Test**

Fünfmaliges Aufstehen und wieder Hinsetzen von einem Stuhl mit vor der Brust verschränkten Armen. Werden mehr als 11 Sekunden dafür benötigt, wird von einer erhöhten Sturzgefahr ausgegangen.

- **Timed-Up-and-Go-Test**

Aufstehen aus einem Stuhl mit Armlehnen, 3 Meter geradeaus gehen, umdrehen, zurückgehen und wieder hinsetzen. Gehhilfen, die auch sonst benutzt werden, dürfen eingesetzt werden. Der Test soll die Muskelkraft, Gelenkfunktionen und das Gleichgewicht bewerten. Diese Faktoren können das Sturzrisiko beeinflussen.

- **Mobilitätstest nach Tinetti**

Der Tinetti-Test kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die anhand verschiedener Kriterien bewertet werden, z. B.: Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z. B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.

- **Zusätzlich gibt es Tests zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion, z. B.:**

- **Stehversuch nach Romberg** (auch Romberg-Versuch oder Romberg-Test)
Aufrecht Stehen mit geschlossenen Augen, aneinanderliegenden Füßen und nach vorne gestreckten Armen. Die Bewegungen des Körpers (z. B. Schwanken) geben dabei einen Hinweis auf die Standfestigkeit und den Gleichgewichtssinn.
- **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (auch Unterberger-Tretversuch)
50 mal auf der Stelle treten, mit geschlossenen Augen und vorgestreckten Armen. So können Rückschlüsse auf das Gangbild und die Standfestigkeit geschlossen werden, z. B. bei Drehungen um die eigene Achse.

Andere Tests beziehen weitere Fähigkeiten (z. B. Gedächtnis, Denken, Verstehen und Problemlösungskompetenz) mit ein, da die Einschätzung von Gefahren und die Reaktionsgeschwindigkeit wichtige Faktoren sind.

Maßnahmen zur Sturzvermeidung

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

Personenbezogene Maßnahmen zur Sturzvorbeugung

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

Sport und Bewegung können dem entgegenwirken:

- Jede Bewegung ist wichtig. Das umfasst auch Alltagsbewegungen wie Treppensteigen oder Radfahren.
- Bereits leichteres Ausdauer-, Kraft- oder Gleichgewichtstraining kann das Sturzrisiko reduzieren.
- Reha-Sport und Funktionstraining sind besonders geeignet.
- Physiotherapie und Ergotherapie können helfen, wenn die Übungen auch zu Hause regelmäßig durchgeführt werden.
- Wassergymnastik ist gelenkschonend und insbesondere bei Sturzangst geeignet. Zudem kann sie die Schmerzwahrnehmung reduzieren.
- Auch die Knochendichte kann durch körperliche Belastung positiv beeinflusst werden. Die größten Effekte hat ein **hochintensives Training** mit Stoß- und Impulsbelastungen, z. B. hochintensives Kraft- oder Gymnastiktraining.

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

- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel abklären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z. B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z. B. Hüftprotektoren verwenden.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D und Kalzium achten, Näheres unter Ernährung ab S. 15.
- Tätigkeiten vermeiden, bei denen häufig Unfälle passieren, z. B. Fenster putzen, Vorhänge wechseln, auf Stühle oder Leitern steigen.

Maßnahmen zur Sturzbewegung im Lebensumfeld

Stolperfallen und andere Hindernisse im Wohnumfeld können das Sturzrisiko erhöhen. Oft helfen einfache Maßnahmen, um diese zu beseitigen, z. B.:

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

Eine Beratung zur Vorbeugung von Stürzen in der Wohnung können Betroffene auch durch geschultes Personal (z. B. Physiotherapeuten oder qualifizierte Handwerksbetriebe) bekommen, die bei einem Hausbesuch Stolperfallen erkennen und Tipps zu Anpassungen geben können.

Um in Notfällen schnell Hilfe holen zu können, kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 68) installiert werden.

Praxistipps!



- Pflegebedürftige Menschen können für Umbaumaßnahmen bis zu 4.180 € bei der Pflegekasse beantragen, siehe „Wohnumfeldverbesserung“ ab S. 65.
- Die KfW-Gruppe legt regelmäßig Programme zum Immobilienkauf oder alten- bzw. behindertengerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de, oben Suchbegriff eingeben, z. B. „Umbau“ oder „Immobilie barrierefrei“.
- Die Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro pflegebedürftiger Person mit bis zu 2.613 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.452 €.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohnen im Alter“.
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die kostenlose Broschüre „Gleichgewicht & Kraft – Einführung in die Sturzprävention“ mit Tipps zur Sturzvermeidung herausgegeben. Diese können Sie unter www.shop.bzga.de > Themen > Gesundheit älterer Menschen > Gleichgewicht und Kraft – Einführung in die Sturzprävention kostenlos herunterladen.

Hilfsmittel und Wohnumfeldverbesserung

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. Spezielle Hilfsmittel (z.B. Hüftprotektoren, Orthesen) können die Mobilität und die Selbstständigkeit erhöhen.

Vor der Anschaffung von Hilfsmitteln zur Alltagserleichterung sollte ein Beratungsgespräch mit dem behandelnden Arzt, Physio- oder Ergotherapeuten stattfinden, damit unter der Vielzahl der Hilfsmittel das Richtige für den Einzelfall ausgewählt wird. Wer sich nach Knochenbrüchen im Krankenhaus und später in einer Reha-Einrichtung aufhält, wird meist schon dort zu notwendigen Hilfsmitteln beraten.

Folgende Hilfsmittel können bei Osteoporose sinnvoll sein:

- **Hüftprotektoren** (Schutzpolster) werden zusammen mit sog. Hüftschutzhosen getragen. Dies sind spezielle Unterhosen, in deren Seitentaschen die Hüftprotektoren eingesteckt werden. Sie sollen Knochenbrüche bei einem Sturz verhindern.
- **Orthesen oder elastische Bandagen** stützen die Wirbelsäule, wirken Fehlhaltungen entgegen und können den Körper bei Schmerzen entlasten. Es gibt aktive und passive Orthesen. Die passive stützt und entlastet nur. Die aktive unterstützt eine aufrechtere Haltung und stärkt die Muskulatur.
- **Adaptionshilfen** wie z.B. Schuhanzieher, Strumpfanzieher, rutschfeste Unterlagen für den Tisch und Greifzangen.
- **Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags** wie z.B. spezielle Griffe im Bad, Toilettensitzerhöhung, Badewannenbrett, Duschstuhl und speziell angepasste Werkzeuge (z.B. Dosen- und Flaschenöffner, Besteck).
- **Geh-, Sitz- und Stehhilfen** wie z.B. Gehstöcke, Rollatoren, Keilkissen zum Aufrechtsitzen.
- **Hausnotrufsysteme** (siehe S. 68) ermöglichen pflegebedürftigen Menschen per Knopfdruck Hilfe anzufordern.

Kostenübernahme von Hilfsmitteln

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt in der Regel die Kosten von Hilfsmitteln, wenn diese auf einem ärztlichen Rezept verordnet wurden. Bei privat Versicherten kommt es auf den gewählten Tarif an, ob und in welcher Höhe die Kosten erstattet werden.

Mit dem Rezept können Versicherte das Hilfsmittel bei ihrer Krankenkasse beantragen. Mit Genehmigung des Antrags informiert diese über Sanitäts- und Rehafachgeschäfte, mit denen sie Verträge geschlossen hat.

Möchten Versicherte ein Hilfsmittel, das über das medizinisch Notwendige hinausgeht (z.B. hochwertigere Materialien oder besondere Funktionen), müssen sie die Mehrkosten selbst tragen.

Haltbare Hilfsmittel, z.B. Krücken, Rollstühle und Badehilfen, werden meist leihweise überlassen.

Praxistipp!

Informationen zu Kosten, Verordnung und Zuzahlungen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfsmittel“.

Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.

Pflegehilfsmittel

Menschen mit Osteoporose, die zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel von der Pflegekasse.

Zu den Pflegehilfsmitteln zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung von Pflegebedürftigen fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenkasse mit einem ärztlichen Rezept erhältlich sind, können Pflegehilfsmittel in der Regel direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Pflegehilfsmittel erhalten Versicherte in Sanitätshäusern oder in Apotheken, die oft auch Vertragspartner von Pflegekassen sind.

Praxistipp!

Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln finden Sie beim Verein Barrierefrei Leben unter www.online-wohn-beratung.de > *Finanzielle Hilfen & Kostenübernahme* > *Tipps zur Versorgung mit Hilfsmitteln über die Kranken- und Pflegekassen.*

Wohnumfeldverbesserung

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

Häufige Maßnahmen sind z. B. der Umbau des Bades, Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen.

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Erfüllung der Vorversicherungszeit voraussetzen und bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden müssen.

Des Weiteren muss es sich um Maßnahmen **in der Wohnung** der pflegebedürftigen Person handeln oder um Maßnahmen **in dem Haushalt, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen und gepflegt werden soll**.

Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld der pflegebedürftigen Person verbessern, zusammen als **eine** Maßnahme betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können in Ausnahmefällen weitere Maßnahmen beantragt werden.

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob die gewünschten Anpassungen gerechtfertigt sind, den Leistungsvoraussetzungen entsprechen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim verhindern kann.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

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

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

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.180 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.180 € je pflegebedürftiger Person nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.720 € begrenzt.

Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen werden die 16.720 € anteilig auf die Versicherungsträger der pflegebedürftigen Personen aufgeteilt.

Antrag

Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. Der Antrag kann formlos bei der Pflegekasse gestellt werden. Viele Pflegekassen bieten passende Formulare zum kostenlosen Download. Diese können vollständig ausgefüllt an die Pflegekasse versandt werden.

Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse gehen, wird **kein** Zuschuss gewährt.

Die Entscheidung, ob und ggf. in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt **im Ermessen** der Pflegekasse und muss in der Regel 3 Wochen nach Antragsingang vorliegen. Wird der medizinische Dienst oder eine Pflegefachkraft wegen einer Begutachtung der Situation tätig, beträgt die Frist zur Entscheidung 5 Wochen.

Die Pflegekasse hat eine Informationspflicht bei Verzögerungen. Erhalten Versicherte bis Fristablauf keine Mitteilung, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.

Der Antrag kann bei vielen Krankenkassen online über die Serviceportale oder die Krankenkassen-App gestellt werden. Auch Kostenvoranschläge lassen sich dort hochladen.

Praxistipps!



- Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen** über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden.
Weitere Informationen unter www.betanet.de >
Suchbegriff: „Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf umgebaute 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“.*

- 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 selbst genutztes Wohneigentum oder *Suchbegriff: „134“* für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen.
- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das **Einverständnis des Vermieters** eingeholt werden.
- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraum-anpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kann die Beratung auch in der Wohnung der pflegebedürftigen Person stattfinden, um vor Ort zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.
- Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. informiert über Ansprechstellen und Adressen nach Bundesländern sortiert unter *www.online-wohn-beratung.de* > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen*.



Wer hilft weiter?

Hausnotrufsysteme

Osteoporose erhöht das Risiko für Stürze und Knochenbrüche. Mit einem Hausnotrufsystem kann in Notfällen die Hausnotrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden.

Menschen mit Osteoporose und ihre Angehörigen können sich durch ein Hausnotrufsystem sicherer fühlen, sodass Betroffene länger selbstständig in ihrem eigenen Zuhause leben können.

Funktionsweise

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

Folgende Zusatzfunktionen sind möglich:

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen zu festgelegten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter der Hausnotrufzentrale 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 (Haus-)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. Es ist auch möglich, sich bei Bedarf an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern zu lassen.

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet monatliche Mietgebühren und zum Teil eine einmalige Anschlussgebühr. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 € bis 60 € monatlich veranschlagt werden plus ggf. die Anschlussgebühr von ca. 10 € bis 80 €.

Die Pflegekasse übernimmt auf Antrag in der Regel den Basispreis von je 25,50 € pro Monat für Hausnotrufgeräte mit Kassenzulassung.

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse gibt es folgende Voraussetzungen:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1) und
- allein oder überwiegend allein lebend und aufgrund des Gesundheitszustandes muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden oder mit einer Person lebend, die in einer Notsituation keinen Hilferuf absetzen kann.

Die restlichen Kosten müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.

-
- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52, unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Produktgruppe 52.
 - Neben dem traditionellen Hausnotruf gibt es moderne Alternativen, die sowohl zu Hause als auch unterwegs genutzt werden können. Dazu gehören z.B. Notrufuhren mit Funktionen wie Positionsbestimmung und automatischer Sturzerkennung. Diese Geräte werden jedoch nicht von der Pflegeversicherung übernommen.
 - 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, Pflegekassen und Pflegestützpunkte möglich.



Praxistipps!



Wer hilft weiter?

Durchsetzung von
Rechtsansprüchen



Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem **Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen.**

Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

Wer mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist, kann in der Regel **kostenfrei Widerspruch einlegen**. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthalten schriftliche Bescheide einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch eingelegt werden kann.

Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) **oder zur Niederschrift persönlich** bei der Behörde vor Ort einlegen.

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein“),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss unterschrieben sein.

Der Widerspruch muss spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids bei der Behörde eingegangen sein. D. h., es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage. Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

 **Erklärvideo**



betaCare
auf Youtube

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern.

Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch per **Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.

Praxistipps!



- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen, reicht es, wenn Sie die erste Seite des Bescheids kopieren und darauf schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein.“
Dann müssen Sie nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzen und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, können Sie einen **Überprüfungsantrag** stellen. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten“.

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte können sich Betroffene im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** zum Sozialgericht möglich ist, siehe S. 73. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtskosten fallen dabei in der Regel nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wieder-einsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage aber **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen ein und fordert dafür eine Schweigepflichtentbindung und eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen. Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

Praxistipps!

- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie für eine Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht und für eine Revision beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Widerspruchs- oder Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wer einen Überprüfungsantrag stellt, muss genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet, und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Ein gerichtliches Eilverfahren (einstweiliger Rechtsschutz) kann z. B. helfen, schnell Sozialleistungen zu erhalten, wenn Sozialleistungsträger oder Ämter zu lange brauchen oder wenn ein normales Gerichtsverfahren zu lange dauern würde. Das ist z. B. bei Krankheit, Behinderung oder dringend benötigten Leistungen für Wohnung und Essen wichtig. Zuständig ist regelmäßig das Sozialgericht. Die Entscheidung in Eilverfahren gilt nur vorläufig, bis zum Ende des eigentlichen Verfahrens. Es besteht also das Risiko, erhaltenes Geld später zurückzahlen zu müssen oder die Kosten für eine erhaltene Leistung erstatten zu müssen.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eilverfahren im Sozialrecht“.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie Beratungshilfe, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Um die Beratungshilfe zu bekommen, können Betroffene einen Antrag auf einen Berechtigungsschein für die Beratungshilfe bei der Rechtsantragsstelle des Amtsgerichts stellen. Damit können sie dann in einer Anwaltskanzlei ihren Anspruch auf Beratungshilfe nachweisen und der Anwalt kann damit seine Gebühr abrechnen. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe“.
- Wenn Sie die Gerichtskosten und Rechtsanwaltskosten für ein Gerichtsverfahren nachweislich nicht, nur zum Teil oder nur in Raten erbringen können, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bzw. Verfahrenskostenhilfe erhalten. Dafür müssen Sie einen Antrag beim Gericht des Rechtsstreits stellen. Diesen können Sie schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle stellen, die bei Bedarf auch bei der Formulierung des Antrags hilft.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“.

- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), kontakt@sovd.de, www.sovd.de
- Sozialverband VdK Deutschland e.V., kontakt@vdk.de, www.vdk.de



Wer hilft weiter?



Adressen

Folgende Organisationen bieten Informationen und hilfreiche Adressen für Menschen, die an Osteoporose leiden oder gefährdet sind, daran zu erkranken:

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)

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

Netzwerk-Osteoporose e.V.

Torfweg 44, 21614 Buxtehude
Telefon 04161 6007355
E-Mail: buero@netzwerk-osteoporose.de
www.netzwerk-osteoporose.de

Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. (OSD)

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

Dachverband Osteologie e.V. (DVO)

Kaiser-Wilhelm-Straße 2, 45276 Essen
Telefon 0201 85762704
Telefax 0201 85974743
E-Mail: info@dv-osteologie.de
<https://dv-osteologie.org>

International Osteoporosis Foundation

Englischsprachige Informationen
9, rue Juste-Oliver, CH-1260 Nyon, Schweiz
Telefon +41 22 994 0100
info@osteoporosis.foundation
www.osteoporosis.foundation

Anhang

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20	50
Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)
	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
30/40	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Vorgezogene Altersrente nach 35 Beitragsjahren mit Schwerbehinderung: 2 Jahre vor dem regulären Rentenalter ohne Abschläge; bis 5 Jahre vor dem regulären Rentenalter mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Rabatte in vielen Einrichtungen, z. B. in Freibädern, Museen, Kinos, Theatern
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei häuslicher Pflege und Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Bei Merkzeichen G: Fahrtkosten zur Arbeit voll von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 EStG)
	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 € bei bestimmten Hörschädigungen möglich (Merkzeichen RF)
	Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB 60 nur wegen Sehbehinderung (Merkzeichen RF)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei häuslicher Pflege und Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
70			Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Pauschale für behinderungsbedingte private Fahrtkosten von der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z. T. auch bei niedrigerem GdB
Fahrtkosten zur Arbeit voll von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn dauerhaft keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		
Bei Merkzeichen G: Pauschale für behinderungsbedingte private Fahrtkosten von der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit Behinderung in Betracht.

aG	B	Bl
außergewöhnlich gebehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Rundfunkbeitrag - Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe - sonst mit Merkzeichen RF Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen	Kosten für Begleitperson im Urlaub bis 767 € als außergewöhnliche Belastung bei der Steuer absetzbar (EStG §§ 33, 33b Abs. 3 Satz 3, BFH-Urteil vom 4.7.2002, Az.: III R 58/98)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)		Blauer Parkausweis (§ 46 StVO)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Hundesteuer-Befreiung möglich
Volle berufliche Fahrtkosten von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 EStG)		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Pauschale für behinderungsbedingte private Fahrtkosten bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

G	GI	H	RF
erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nah- verkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nah- verkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
		Kraftfahrzeugsteuer- befreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	TBI
		Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	taubblind
Ab GdB 70 Pauschale für behinderungs- bedingte private Fahrt- kosten bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taub- blinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Volle berufliche Fahrt- kosten von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 EStG)
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein- Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Krankenkasse über- nimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Volle berufliche Fahrt- kosten von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Volle berufliche Fahrt- kosten von der Steuer absetzbar ohne Begrenzung auf die Pendlerpauschale (§ 9 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 EStG)	Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	—
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	—
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	—
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	131 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich + Leistungszuschlag ² je nach Aufenthaltsdauer im Heim	—
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (§ 43a SGB XI) monatlich	—
Ersatzpflege (= Verhinderungspflege) bis zu 6 Wochen jährlich durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—
Ersatzpflege (= Verhinderungspflege) bis zu 6 Wochen jährlich durch Angehörige , bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft lebend (§ 39 SGB XI)	—
ab 01.07.2025 bis zu 8 Wochen jährlich (§ 39 SGB XI)	—
Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen jährlich (§ 42 SGB XI)	—
Gemeinsamer Jahresbetrag ab 01.07.2025 für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2	—
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB XI) monatlich	bis zu 42 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 53 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.720 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.180 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.613 € (max. 10.452 € pro Wohngruppe)
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	224 €

¹ In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen, Ankleiden usw.).

² Näheres zum Leistungszuschlag unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege“.

³ Nachweisbare zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausschlag können den Höchstbetrag auf bis zu 1.980 € erhöhen.

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
347 €	599 €	800 €	990 €
bis zu 796 €	bis zu 1.497 €	bis zu 1.859 €	bis zu 2.299 €
721 €	1.357 €	1.685 €	2.085 €
131 € ¹	131 € ¹	131 € ¹	131 € ¹
805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €
15 % des Heimentgelts (bis zu 278 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 278 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 278 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 278 €)
bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €	bis zu 1.685 €
bis zu 520,50 € (347 € x 1,5)	bis zu 898,50 € (599 € x 1,5)	bis zu 1.200 € (800 € x 1,5)	bis zu 1.485 € (990 € x 1,5)
bis zu 694 € (347 € x 2)	bis zu 1.198 € (599 € x 2)	bis zu 1.600 € (800 € x 2)	bis zu 1.685 € ³ (= Höchstbetrag)
bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €	bis zu 1.854 €
bis zu 3.539 €	bis zu 3.539 €	bis zu 3.539 €	bis zu 3.539 €
bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €	bis zu 42 €
bis zu 53 €	bis zu 53 €	bis zu 53 €	bis zu 53 €
bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €	bis zu 4.180 €
bis zu 2.613 € (max. 10.452 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.613 € (max. 10.452 € pro Wohngruppe)
224 €	224 €	224 €	224 €

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

Zusammenstellung der Inhalte: Janina Del Giudice

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Claudia Gottstein, Lea Maier, Luisa Milazzo,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2025

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.

17. Auflage, Februar 2025

Gesundheit ist unser Ziel!

Besuchen Sie uns auf 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:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| – ADHS & Soziales | – Leistungen für Eltern | – Patientenvorsorge |
| – Behinderung & Soziales | – Migräne & Soziales | – Pflege |
| – Brustkrebs & Soziales | – Multiple Sklerose & Soziales | – Pflege-Check |
| – Demenz & Soziales | – Onkologie & Soziales | – Prostatakrebs & Soziales |
| – Depression & Soziales | – Osteoporose & Soziales | – Psychosen & Soziales |
| – Epilepsie & Soziales | – Palliativversorgung & Soziales | – Schmerz & Soziales |
| – HIV/AIDS & Soziales | – Parkinson & 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