

Parkinson & Soziales



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Erkrankung „Parkinson“ wirkt sich im Verlauf zunehmend auf den Alltag von Betroffenen und deren Angehörigen aus. Informationen über finanzielle Hilfen, gesetzliche Regelungen und Anlaufstellen können den Umgang mit der Krankheit erleichtern.

Der Ratgeber „Parkinson & Soziales“ richtet sich an Betroffene und Ihr Umfeld. Er informiert zu sozialrechtlich relevanten Themen wie Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen, Rehabilitation, Rente, Schwerbehinderung, Pflege oder Hilfsmittel. Darüber hinaus behandelt er alltägliche Themen wie Autofahren und Führerschein, Urlaub und Wohnen.

betapharm setzt sich seit vielen 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 „Parkinson & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.

*Mit herzlichen Grüßen
Ihre betapharm*



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

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

Inhalt

Vorwort	2
Parkinson	5
Ursachen und Formen der Parkinson-Krankheit	5
Symptome der Parkinson-Krankheit	6
Behandlung	7
Psychische Beeinträchtigungen	11
Psychotherapie	11
Leben mit Parkinson	13
Alltag und Angehörige	13
Sport und Bewegung	14
Ernährung	17
Vermehrtes Schwitzen	19
Schlafstörungen	20
Sexuelle Probleme	20
Autofahren und Führerschein	21
Urlaub	23
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	25
Zuzahlungsregelungen	25
Zuzahlungsbefreiung	28
Sonderregelung für chronisch Kranke	30
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	33
Entgeltfortzahlung	33
Krankengeld	36
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	43
Rehabilitation	47
Überblick über Reha-Bereiche	47
Kostenträger	48
Medizinische Rehabilitation	51
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	58
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	59
Leistungen zur sozialen Teilhabe	60
Parkinson und Beruf	61
Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	61
Besondere Hilfen bei Reha und Behinderung	61
Renten	62

Behinderung	63
Grad der Behinderung	64
Schwerbehindertenausweis	65
Nachteilsausgleiche	67
Pflege	69
Pflegebedürftigkeit	69
Leistungen bei häuslicher Pflege	73
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	76
Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte	77
Hilfe zur Pflege	79
Leistungen für pflegende Angehörige	80
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	81
Hilfsmittel	83
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	87
Erwerbsminderungsrente	87
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	89
Bürgergeld	91
Hilfe zum Lebensunterhalt	92
Wohnen	93
Sturzprophylaxe	93
Wohnumfeldverbesserung	96
Hausnotrufsysteme	99
Patientenvorsorge	101
Vorsorgevollmacht	102
Betreuungsverfügung	102
Patientenverfügung	103
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	105
Widerspruch	105
Verfahren vor den Sozialgerichten	107
Adressen	111
Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	112
Impressum	115

Parkinson

Die Parkinson-Krankheit oder das Parkinson-Syndrom ist eine nicht heilbare, meist langsam fortschreitende Krankheit des Nervensystems. Ein angemessener Umgang mit Parkinson, z. B. durch Behandlung der Begleitsymptome oder Unterstützung in Selbsthilfegruppen, kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Parkinson ist eine „neurodegenerative“ Krankheit, d. h. konkret: In einer bestimmten Hirnregion, den Basalganglien, werden Nervenzellen abgebaut, die den Neurotransmitter Dopamin herstellen. Der daraus resultierende Mangel an Dopamin beeinträchtigt das Zusammenwirken von An- und Entspannung der Muskulatur und führt so zu den typischen Symptomen von Parkinson. Parkinson schreitet langsam voran und kann bisher nicht geheilt werden. Durch unterschiedliche Behandlungsansätze kann der Krankheitsverlauf verlangsamt und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Ursachen und Formen der Parkinson-Krankheit

Manche Erkrankungen können typische Symptome von Parkinson auslösen. Es werden daher verschiedene „Parkinson-Syndrome“ aufgrund ihrer Ursachen unterschieden:

Idiopathisches Parkinson-Syndrom (IPS)

Dabei handelt es sich um die häufigste Parkinson-Erkrankung (Morbus Parkinson), die etwa drei Viertel der Fälle umfasst. Die Symptome treten ohne erkennbare Ursache auf. Es kommt zu einem Dopaminmangel, der durch das Absterben von bestimmten Nervenzellen im Gehirn hervorgerufen wird.

Symptomatische (sekundäre) Parkinson-Syndrome

Die Symptome haben bekannte Ursachen, vor allem:

- Medikamente (z. B. Neuroleptika, Antiemetika, Reserpin, Lithium, Kalziumantagonisten, Valproinsäure)
- Giftstoffe (z. B. Kohlenmonoxid, Mangan)
- Bestimmte Krankheiten (z. B. Tumor, Morbus Wilson, Hypoparathyreoidismus, AIDS-Enzephalopathie)
- Mechanische Gewalteinwirkungen (z. B. durch Unfälle oder Boxen)

Genetische Formen des Parkinson Syndroms

Dabei wird Parkinson meist durch einen Defekt in einem einzelnen Gen ausgelöst (monogenetische Formen). Es gibt aber auch die sporadische Parkinson-Krankheit, zu der mehrere Gen-Varianten beitragen und die nicht vererbt wird.

Atypische Parkinson-Syndrome

Die Symptome treten aufgrund einer anderen neurodegenerativen Erkrankung auf, z. B. wegen einer Multisystematrophie (MSA), progressiven supranukleären Blickparese (PSP) oder kortikobasalen Degeneration (CBD).

Symptome der Parkinson-Krankheit

Parkinson ist durch folgende Leitsymptome charakterisiert, die alle mit der Bewegungsfähigkeit zu tun haben. Sie treten in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination auf:

- **Bradykinese:** Die Bewegungsverlangsamung gilt als Hauptsymptom. In Kombination mit dem Rigor entsteht so eine typische Körperhaltung mit nach vorne geneigtem Kopf und Rumpf sowie ausdruckslosem Gesicht.
- **Rigor:** Erhöhter Muskeltonus, der zu einer Steifigkeit führt, die auch mit Schmerzen verbunden ist. Es kann zu ruckartigen Bewegungen kommen (sog. Zahnradphänomen).
- **(Ruhe-)Tremor:** Zittern oder wiederholte Bewegungen, oft in körperlichem Ruhezustand. Typisch sind schnelle Bewegungen der Finger (sog. Münzen zählen).
- **Posturale Instabilität:** Störung der aufrechten Körperhaltung durch mangelhafte Halte- und Stellreflexe.

Neben diesen Haupt-Symptomen treten oft weitere Symptome auf. Sie gelten zum Teil als Frühsymptome oder werden bei der Diagnose einbezogen, um die Parkinson-Krankheit genauer zu definieren:

- Riechstörungen (häufiges Frühsymptom)
- Schlafstörungen (häufiges Frühsymptom)
- Depression (häufiges Frühsymptom)
- Sprechstörungen (leise und monoton)
- Schluckstörungen (Dysphagie)
- Mikrografie (immer kleiner werdende, unleserliche Schrift)
- Verlangsamtes, kleinschrittiges Gangbild (vornübergebeugt mit sehr kleinen Schritten)
- Kurzzeitige Bewegungsstarre (sog. Freezing)
- Eingeschränkte Mimik (sog. Maskengesicht)
- Demenz (Verschlechterung des Gedächtnisses und Verlangsamung von Denkabläufen)
- Störungen des vegetativen Nervensystems (vermehrtes Schwitzen, vermehrte Speichelproduktion, Blasenentleerungsstörungen, Verstopfung, Erektionsstörungen, Blutdruckstörungen)

Behandlung

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

Medikamente

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

Folgende Wirkstoffe können dabei zum Einsatz kommen:

- **L-Dopa (Abkürzung für Levodopa)**

L-Dopa ist das wirksamste Medikament, besonders in der Frühphase der Erkrankung. L-Dopa wird im Gehirn zu Dopamin umgewandelt und es wird meist mit anderen Medikamenten kombiniert.

- **Dopamin-Agonisten**

Dopamin-Agonisten müssen im Gegensatz zu L-Dopa nicht umgewandelt werden, sie wirken direkt an den Empfängerstellen im Gehirn.

Die Wirksamkeit ist meist nicht so stark wie bei L-Dopa und es können häufiger Nebenwirkungen auftreten. Dopamin-Agonisten führen aber seltener zu Hyperkinesen (unwillkürliche, plötzliche Bewegungen).

- **COMT-Hemmer (Catechol-O-Methyltransferase-Hemmer)**

COMT-Hemmer verlängern die Wirkdauer von L-Dopa. Die Einnahme ist daher nur in Kombination mit L-Dopa sinnvoll.

- **MAO-Hemmer (Monoaminoxidasehemmer)**

Diese Medikamente verlangsamen den Abbau von Dopamin und werden in Kombination mit anderen Medikamenten eingesetzt.

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

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

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



Invasive Behandlungen

Invasiv bedeutet, dass bei der Behandlung in den Körper eingegriffen wird.

- **Pumpentherapie**

Eine Pumpe transportiert Parkinson-Medikamente direkt und gleichmäßig in den Körper. Sie wird nur im fortgeschrittenen Stadium eingesetzt, wenn die Medikamente nicht mehr lange genug wirken oder wenn sie nicht (mehr) eingenommen werden können, z. B. wegen Schluckstörungen oder Demenz. Zudem muss bei einer Pumpentherapie nicht mehr auf exakt getaktete Einnahmezeiten geachtet werden.

Die Pumpentherapie wird für 2 Medikamente angewandt:

- **Apomorphin** ist ein sehr starkes Medikament gegen Bewegungsstörungen. Es wirkt aber nicht gut, wenn es geschluckt wird. Apomorphin wird deshalb subkutan verabreicht, d. h.: mit einer Nadel unter die Haut. Für eine dauerhafte Apomorphin-Gabe wird eine tragbare Pumpe mit Teflonnadel eingesetzt.
- Bei der **Levodopa-Carbidopa-Intestinal-Gel**-Therapie (LCIG) sitzt die Medikamentenpumpe am Bauch. Die beiden Medikamente L-Dopa und Carbidopa gehen in Gelform über einen Schlauch durch den Magen direkt in den Dünndarm. Die Pumpe kann gleichzeitig als PEG-Sonde genutzt werden, bei der über einen zweiten Schlauch Nahrung direkt in den Magen fließt.

- **Tiefe Hirnstimulation (THS)**

Die Tiefe Hirnstimulation, umgangssprachlich als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet, ist eine Operation, die mittlerweile bei Parkinson etabliert ist. Dabei werden Elektroden in die symptomverursachende, überaktive Hirnregion (Basalganglien) implantiert. Unter der Haut wird ein Impulsgeber eingesetzt, der elektrische Impulse an das Gehirn sendet und dadurch die Basalganglien gezielt hemmt. Die Hirnstimulation verbessert in der Regel die Hauptsymptome von Parkinson. Weitere Symptome müssen zusätzlich behandelt werden.

- **Pallidotomie**

Die Pallidotomie zählt zu den ablativen Behandlungen, d. h.: Es wird etwas wegoperiert. Bei Parkinson wird ein Pallidum entfernt. Das Pallidum gibt es in der linken und in der rechten Hirnhälfte. Diese Operation ist ein sehr schwerwiegender Eingriff. Sie wird nur durchgeführt, wenn Parkinson weit fortgeschritten ist und keine andere Behandlung (Medikamente, Pumpentherapie, THS) wirkt.

Ergänzende Therapien bei Parkinson

Es gibt eine Reihe ergänzender Therapien, die die Symptome von Parkinson lindern können.

- **Physiotherapie:**

Um die Bewegungsfähigkeit so lange wie möglich zu erhalten, sollten Patienten regelmäßig Bewegungsübungen durchführen.

Physiotherapie vermittelt vor allem Übungen für die Beweglichkeit, um der zunehmenden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Neben individuellen Trainingsverfahren können Physiotherapie-Praxen auch bei Auswahl und Gebrauch geeigneter Hilfsmittel helfen (siehe S. 83).

- **Ergotherapie:**

Ergotherapie unterstützt Menschen mit Parkinson bei alltäglichen Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.

Ergotherapeutische Übungen trainieren u. a. die Feinmotorik, z. B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und Selbstständigkeit.

- **Logopädie:**

Im Verlauf der Parkinson-Krankheit können zunehmend Probleme mit dem Sprechen auftreten, weil die Sprechmuskulatur betroffen ist. Dadurch kann die Sprache undeutlicher und oft auch leiser werden. Gezieltes logopädisches Training kann die Sprachprobleme bei Parkinson-Patienten effektiv behandeln. Logopädie hilft auch bei Schluckstörungen, die ebenfalls ein häufiges Symptom bei Parkinson sind.

Multimodale Komplexbehandlung

Bei einer multimodalen Komplexbehandlung werden verschiedene Therapieelemente aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie zu einer individuellen Therapie zusammengestellt. Betroffene sollen unterstützt werden, möglichst lange im Alltag mobil und aktiv zu bleiben. Die ganzheitliche Behandlung mit verschiedenen täglichen intensiven Therapieeinheiten wird stationär in neurologischen Spezialkliniken durchgeführt und dauert etwa 2–3 Wochen. Die Therapie sollte mindestens 7,5 Stunden pro Woche umfassen. Der Hausarzt oder Facharzt, meist ein Neurologe, kann die Behandlung verordnen. Die Kosten werden von der Krankenkasse in der Regel einmal pro Kalenderjahr übernommen, eine vorherige Genehmigung ist nicht notwendig. Bei dieser Therapie handelt es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme.

Praxistipps!



- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die **Heilmittel**. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Versicherte müssen in der Regel eine Zuzahlung leisten, Näheres ab S. 25.
- In der Physio-Praxis-Auskunft der Stiftung Gesundheit finden Sie unter www.arzt-auskunft.de > *Physiotherapeut:innen* Physiotherapiepraxen in Ihrer Nähe. Zudem können Sie nach Kriterien der Barrierefreiheit filtern.
- Ergotherapeuten finden Sie beim Deutschen Verband Ergotherapie unter <https://dve.info> > *Service* > *Ergotherapeutische Praxen, Suche*.
- Sprachtherapeuten und Logopäden vor Ort finden Sie beim Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie unter www.dbs-ev.de > *Service* > *Therapeut:innenverzeichnis*.

Künstlerische Therapien

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

Neben der Förderung von Körperfunktionen (z. B. der Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch Tanztherapie und musikgestütztes Gangtraining) können künstlerische Therapien auch Begleitsymptome wie eine depressive Stimmungslage, Angst, Interessenverlust und kognitive Einschränkungen lindern.

Die Therapien sollen auch die Selbst- und Körperwahrnehmung sowie das Selbstwertgefühl stärken und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven unterstützen. Die Kosten für künstlerische Therapien müssen ambulant in der Regel die Betroffenen selbst bezahlen. In stationären Einrichtungen gehören sie oft zum Angebot dazu.

Psychische Beeinträchtigungen

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

Die Krankheit führt dazu, dass bestimmte Aufgaben nicht mehr so gut erledigt werden können wie in der Vergangenheit. Dadurch kann ein Gefühl von Versagen und Nutzlosigkeit entstehen. Zusätzlich können Medikamente Depressionen auslösen.

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

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten der erkrankten Person und ihrer Lebenssituation. Dabei legen die Beteiligten gemeinsam das Ziel fest.

Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu reflektieren, zu spüren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig kann sie helfen, Ursachen und/oder Auslöser für Depressionen auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu entschärfen.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Die betroffene Person kann sich selbst eine psychotherapeutische Praxis aussuchen und dort bis zu 4 Probesitzungen machen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen. In der Psychotherapie-Richtlinie wurde festgelegt, dass Betroffene vor dem Beginn einer Psychotherapie mindestens für 50 Minuten die psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen müssen. Ausnahmen sind möglich, wenn bereits eine Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung erfolgt ist.

Praxistipps!



Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie*.

- Es gibt Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Sie können keine psychotherapeutische Behandlung ersetzen, aber z. B. als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen und so die betroffene Person unterstützen. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de> > *DiGA-Verzeichnis öffnen* > *Kategorie Psyche*.
- Details zu Therapeutensuche, Kostenübernahme, Antrag und Dauer unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Psychotherapie“*.

Leben mit Parkinson

Parkinson verändert das Leben der betroffenen Person und damit auch das der Familie und den Freunden. Die fortschreitende Krankheit erfordert einen zunehmenden Bedarf an täglicher Hilfe und wirkt sich auch auf die sozialen Kontakte aus.

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

Alltag und Angehörige

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

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

Einschränkungen der Beweglichkeit können im Alltag durch verschiedene Hilfsmittel (siehe S. 83) ausgeglichen werden. Dadurch kann die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten bleiben.

Verhaltenstipps für Angehörige

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

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

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

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

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

Praxistipps!



- Die Deutsche Parkinson Vereinigung bietet auf www.dpv-bundesverband.de Informationen über Parkinson und Schwerpunktkliniken.
- ParkinsonFonds Deutschland informiert unter www.parkinsonfonds.de über die Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten und das Leben mit Parkinson.
- Wenn Sie noch jünger sind und an Parkinson erkranken, finden Sie unter www.jung-und-parkinson.de Informationen und Austauschmöglichkeiten mit anderen Erkrankten.
- Ausführliche Informationen für interessierte Betroffene und Angehörige bietet die medizinische Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“. Sie kann unter www.awmf.org > Suchbegriff: „Parkinson-Syndrom“ gefunden werden.

Sport und Bewegung

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

Betroffene können zu Hause, in Sportgruppen oder unter Anleitung von Fachkräften aus Physio- bzw. Ergotherapiepraxen trainieren und gezielte Übungen machen. Besonders gut geeignet sind Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern oder Nordic Walking, weil dabei Beweglichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Kraft, Körperhaltung und Koordination trainiert werden. Vereine oder Volkshochschulen bieten zum Teil spezielle Angebote an. Eher vermieden werden sollten Sportarten, die mit einem hohen Sturzrisiko verbunden sind, z. B. durch schnelle Drehbewegungen, Näheres zur Vorbeugung von Stürzen auf S. 93.

Spezifische Übungen bei Parkinson

Gangbild

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

Freezing-Phänomene

Als Freezing-Phänomen wird das plötzliche Verharren in einer Bewegung bezeichnet. Diese motorische Blockade kann bei Menschen mit Parkinson Stress und Ärger auslösen. Mithilfe einer physiotherapeutischen Behandlung lässt sich die Überwindung motorischer Blockaden trainieren und auf den Alltag übertragen.

Folgende Verhaltenstipps können helfen, das „Einfrieren“ zu überwinden:

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

Mimik

Ein weiteres Symptom von Parkinson ist die Verringerung der aktiven mimischen Kommunikation, bedingt durch die Steifheit der Gesichtszüge.

Um dem entgegenzuwirken, sollte der Mensch mit Parkinson vor dem Spiegel verschiedene Gesichtsausdrücke (Freude, Angst, Erschrecken) üben. Schreitet die Erstarrung der Gesichtszüge weiter fort, sollten Betroffene ihre Befindlichkeit zunehmend in Worten ausdrücken, damit Angehörige und Freunde wissen, wie es ihnen geht.

Folgende Übungen können dabei helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:

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

Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

Entspannungstechniken

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

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

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

Praxistipps!



- Informationen über Sport und verwandte Therapie- und Aktivitätsformen sowie eine Auswahl an Informationen zu Entspannungsmöglichkeiten bietet die Hilde-Ulrichs-Stiftung Aktives Leben mit Parkinson unter:
www.aktive-parkinsonstiftung.de > Informieren > Nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden.
- Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke, Näheres auf S. 55.

Ernährung

Menschen mit Parkinson haben aufgrund motorischer Symptome einen erhöhten Energiebedarf. Fehlende oder verminderte Nahrungsaufnahme können deshalb schnell zu Mangelernährung führen. Zudem leiden Betroffene häufig unter Verstopfung (Obstipation) oder Schluckstörungen (Dysphagie).

Menschen mit Parkinson sollten folgende Hinweise beachten:

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

Einnahme von L-Dopa

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

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

Verhaltenstipps bei Schluckstörungen

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

Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden.

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

Praxistipps!



- Die Broschüre „Diät & Ernährung“ mit Tipps und Ratschlägen für Ernährung bei Parkinson können Sie kostenlos bestellen unter www.parkinsonfonds.de > Über Parkinson > Broschüren über Parkinson > Diät & Ernährung.
- Logotherapeuten könne Übungen und Techniken zeigen, mit denen Schluckstörungen reduziert werden können. Näheres auf S. 9.

Vermehrtes Schwitzen

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

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

Folgende Tipps können hilfreich sein:

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

Ausführliche Informationen zur Hyperhidrose finden Sie bei der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie e.V. unter www.dgdc.de > *DGDC für Patienten* > *zum Patientenbereich* > *Krankheitsbilder* > *Hyperhidrose*.



Schlafstörungen

Schlafprobleme sind häufig bei Parkinson. Diese können durch die Erkrankung selbst oder die medikamentöse Behandlung entstehen.

Hier die wichtigsten Tipps bei parkinson-bedingten Schlafproblemen:

- Am Nachmittag und Abend wenig trinken. Ggf. kann eine Urinflasche am Bett hilfreich sein
- Abends kein Alkohol
- Den Oberkörper leicht erhöht lagern (10–20 Grad).
Harte Matratzen, Bettwäsche mit glatter Oberfläche (z. B. Satin) und eine leichte Bettdecke verbessern die Bewegungsfreiheit im Bett.

Praxistipps!



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

Sexuelle Probleme

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

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

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

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

Wer hilft weiter?



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

Autofahren und Führerschein

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

Autofahren darf deshalb nur, wer sicherstellen kann, dass er andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährdet. Ist eine Person mit Parkinson fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht sie sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall hat dies straf- und versicherungsrechtliche Konsequenzen.

Fahrerlaubnis bei Parkinson

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben Hinweise auf die Kraftfahreignung bei Parkinson. Ein Kraftfahrzeug zu führen, ist nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichten Fällen der Erkrankung möglich. Die Fahreignung für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 (LKW, Bus, Taxi, Personenbeförderung) ist bei einer Parkinson-Krankheit in der Regel nicht mehr gegeben. Menschen mit Parkinson können auch kein Kfz mehr fahren, wenn sie aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Verfassung andere Verkehrsteilnehmende gefährden könnten. Nach einer THS-Operation (Tiefe Hirnstimulation) sollte für 3 Monate kein Kfz gefahren werden. Voraussetzung für die Fahrtauglichkeit bei Parkinson ist eine neurologische und ggf. psychologische Begutachtung, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden muss. Ärzte sind verpflichtet, Betroffene über die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren. Verhält sich eine Person trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt unvernünftig, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörde oder Polizei zu benachrichtigen. Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ können kostenlos unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* heruntergeladen werden. Die speziellen Bestimmungen für die Fahrtauglichkeit bei Parkinson sind in Kapitel 3.9.3 aufgeführt.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Menschen mit Parkinson können ihre Fahrtauglichkeit anhand einiger Fragen selbst überprüfen, z. B.:

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

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

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

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Das Gutachten sollte nicht vom behandelnden Arzt, sondern von einem anderen Facharzt erstellt werden. Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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

Wer hilft weiter?



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

Urlaub

Die Parkinson-Krankheit ist kein Hindernis für einen Urlaub, eine Reise sollte aber gut geplant, übermäßige Hektik und Anstrengung sollten vermieden werden. Medikamente müssen ausreichend mitgeführt werden und die medizinische Versorgung vor Ort muss geklärt sein. Ob eine Person mit Parkinson selbst Auto fahren kann, sollte sie mit dem behandelnden Arzt besprechen.

Folgendes sollten Menschen mit Parkinson für einen erholsamen Urlaub beachten:

- Ein Begleitsymptom bei Parkinson ist die Störung der Wärmeregulation des Körpers mit Neigung zu Schweißausbrüchen (siehe S. 19). In diesen Fällen sind Reisen in **heiße Regionen möglicherweise belastend**.
- Von zu Hause aus erkundigen einziehen, ob es **am Urlaubsort medizinische Versorgung** für einen eventuellen Notfall gibt.
- Mit dem behandelnden Arzt die bevorstehende Reise besprechen:
 - Worauf muss geachtet werden?
 - Ist die medikamentöse Einstellung in Ordnung?
 - Kann die erkrankte Person für An- und Abreise lange genug im Auto oder Zug sitzen?
 - Kann die erkrankte Person selbst/alleine fahren?
 - Wie sollen bei Zeitverschiebung während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthalts die Medikamente eingenommen werden? Dies ist besonders bei Flugreisen **wichtig**, wenn es zu einer erheblichen Zeitverschiebung kommt. Eventuell müssen die Medikamente während des Flugs auch in der Nacht weiter eingenommen werden.
- **Ausreichend** Medikamente mitnehmen: Einen Teil der Medikamente im Reisegepäck, den anderen Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhanden kommen.
- Eine Liste mit der **internationalen Bezeichnung** der Medikamente mitführen.
- Eine kleine **Reiseapotheke** mit Medikamenten gegen Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung mitführen, die mit den Parkinson-Medikamenten verträglich sind. Der behandelnde Arzt kann Geeignetes verschreiben oder empfehlen.
- Auf ausreichende **Flüssigkeitszufuhr** achten. In warmen Regionen besser einen Liter mehr trinken.
- Für ausreichenden Auslandskrankenschutz sorgen.

Tipps zu Reisen mit Parkinson und Austausch mit Betroffenen bietet die Parkinson-Selbsthilfegruppe im Internet e.V. unter www.parkins-on-line.de.



Krankenversicherungsschutz im Ausland

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

Insbesondere **ältere Versicherte** und **chronisch Kranke** sollten sich **vor** Antritt eines Auslandsaufenthalts mit der Krankenkasse absprechen, ob ein ausreichender Versicherungsschutz besteht.

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Parkinson benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Zuzahlungen können für Menschen mit Parkinson eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € 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, Soziotherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente 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.

Festbeträge

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 (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die betroffene Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

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

Praxistipps!



- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Auch, wenn Sie Sozialleistungen beziehen, müssen Sie diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Sie als Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio-, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Duschsitze, Pflegebetten oder Rollatoren. Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Für einige Hilfsmittel, z.B. Einlagen oder Windeln, gibt es auch Festbeträge als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag, siehe S. 25) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

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

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut. Zuzahlung ambulant (zu Hause): 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung. Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, AHB bzw. Anschlussreha

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage (längstens 14 Tage bei AHB) pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB bzw. Anschlussreha) werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

Zuzahlung: Für eine **stationäre** medizinische Reha-Maßnahme beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 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.

Bei **ambulanten** Reha-Leistungen ist keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Menschen mit Parkinson im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leisten (sog. Belastungsgrenze), können sie sich und ihre Angehörigen, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung des Bruttoeinkommens 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. Arbeits-einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht** zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld.

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

Berücksichtigt werden folgende, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende, Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat kranken-versichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familien-versichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
 - mitarbeitende Familienangehörige
 - sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt“ ab S. 28) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis:

Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Bei Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinderfreibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)

ergibt: 5.013 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

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 Parkinson erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP werden von den Krankenkassen z. B. für chronische Rückenschmerzen, Osteoporose oder Depression angeboten.

Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z. B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

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

Laut Gesetz ist für bestimmte chronisch kranke Versicherte eine weitere Voraussetzung für die reduzierte Belastungsgrenze, dass sie an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, nämlich für Versicherte, die

- **nicht** an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen und
- nach dem 01.04.1972 geboren sind.

Richtlinie

Die Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* downloaden. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

Die zuständige Krankenkasse.





Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Parkinson kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer wegen einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr seiner bisherigen Arbeit nachkommen kann, oder wenn das Arbeiten zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands führen könnte.

Entgeltfortzahlung

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

Voraussetzungen

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit oder selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch bei medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) 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.
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgeber. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung. Dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.
Arbeitgeber können jedoch auch **früher** eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wer trotz Aufforderung des Arbeitgebers nicht in eine Arztpraxis geht und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lässt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch gekündigt werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie die Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer

- Die **gesetzliche Anspruchsdauer** auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 36.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen

Wenn ein Betrieb eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss von der Krankenkasse Krankengeld gezahlt werden. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Betrieb.

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht),
Telefon 030 221911-004, Mo–Do von 8–17 und Fr von 8–12 Uhr.

 Wer hilft weiter?

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Menschen mit Parkinson, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. 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 die 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 dazu kommt.

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben in der Regel:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 58) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgelths
- Bezieher von Bürgergeld (siehe S. 91)

Wichtige Ausnahmen:

- Wer z. B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld.
- Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Drei Jahre lang sind sie an ihre Entscheidung gebunden. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch entsprechen Dauer und Höhe des Krankengelds denen angestellter Versicherter.

Berechnet wird das Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung **aus Arbeitseinkommen** berücksichtigt wurde.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhaushandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 33).

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

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

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich **sofort**, also schon am 1. Krankheitstag, krankschreiben lassen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 120,75 € täglich.

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

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

Das Krankengeld errechnet sich bei Arbeitnehmern aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Dieser Zeitraum heißt **Bemessungszeitraum**.

War der letzte Lohnabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wurden insgesamt **nicht** mindestens 4 Wochen abgerechnet, z. B. bei einer Arbeit für weniger als 4 Wochen, gibt es **keine gesetzliche Regelung** dafür, wie die Höhe des Krankengelds ausgerechnet wird. Dann wird individuell hochgerechnet. Wenn auch das nicht geht, wird das Entgelt für eine vergleichbare Beschäftigung als Berechnungsgrundlage verwendet.

Berechnung in besonderen Fällen

Aus welchem Lohn das Krankengeld in besonderen Fällen berechnet wird, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 07.09.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2024 ein Betrag von 172,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 62.100 € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 120,75 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen.

Bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit:

Den Beitragszuschlag von 0,6% für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten **allein** bezahlen.

Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern **allein** von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, das heißt, ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich und liegt bei 1,7%.

Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9% für die Sozialversicherung.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1.800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

1. Berechnungsgrundlage für das tägliche Krankengeld, errechnet aus dem monatlichen Bruttolohn: $3.000 \text{ €} : 30 = 100 \text{ €}$
2. davon 70% = **70 €**
3. Berechnung des täglichen Nettolohns aus dem monatlichen Nettolohn: $1.800 \text{ €} : 30 = 60 \text{ €}$
4. davon 90% = **54 €**
5. Höhe des Brutto-Krankengelds: der niedrigere errechnete Wert, also **54 €**
6. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 12,3% = **47,36 €**

Herr Maier erhält also **47,36 € Krankengeld täglich**. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt, sind es $47,36 \text{ €} \times 30$, also **1.420,80 €**, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, weil es dem sog. Progressionsvorbehalt unterliegt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen. Wer mehr als 410 € Krankengeld und/oder andere Lohnersatzleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld in einem Kalenderjahr erhalten hat, muss deshalb eine Steuererklärung abgeben, auch wenn sonst keine Pflicht dazu besteht.

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 36) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.



Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld meint, dass Betroffene zwar tatsächlich **kein** Krankengeld bekommen können, aber rein rechtlich trotzdem als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten. Das bedeutet, dass zwar **kein Krankengeld** gezahlt wird, aber die Zeit **trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird.**

Krankengeld bekommen die meisten Menschen deshalb nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (= Lohnfortzahlung) vom Arbeitgeber. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Bezug von Krankengeld der sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der keine Arbeitsleistung fällig ist.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.
- in der Zeit, bis die nächste AU die Krankenkasse erreicht hat, bei Menschen, die eigentlich Krankengeld beziehen, aber deren AU die Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos bescheinigen, sondern mit Lücken von bis zu 1 Monat. Sie sollen zwar in den Lücken **kein** Krankengeld bekommen, aber trotzdem nicht gleich ihren ganzen Krankengeldanspruch und auch nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung verlieren. Damit die Betroffenen nicht aus der Pflichtversicherung fallen, müssen sie rechtlich als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten, obwohl sie tatsächlich kein Krankengeld bekommen.

Ausschluss des Krankengelds

Wer Altersrente, volle Erwerbsminderungsrente, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld bezieht, hat in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

Wenn der behandelnde Arzt oder der Medizinische Dienst (MD) die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse der versicherten Person eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen. Häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit der Frage zur Erwerbsfähigkeit, um den weiteren Rehabilitationsbedarf abzuklären.

- Die Broschüre „Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen“ bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter www.krebsgesellschaft.de > Deutsche Krebsgesellschaft > Wir über uns > Organisation > Sektion B/AGs/Einzelmitglieder > ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer solchen Aufforderung vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung z. B. durch einen Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.
- Einige Krankenkassen fordern Versicherte auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, können Sie darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist z. B. dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. **Wichtig ist**, dass Sie alle Mitwirkungspflichten erfüllen und Fristen einhalten.



Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt. Ist die versicherte Person noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflicht**versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

Praxistipps!



- Wenn Sie **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine **volle Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
 - Sie sind zwar für ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können *oder*
 - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme, dass voll Erwerbsgeminderte Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres unter Arbeitslosengeld trotz Krankheit auf S. 43.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose Menschen mit der Parkinson-Krankheit haben Anspruch auf Leistungsfortzahlung von 6 Wochen (ähnlich wie Entgeltfortzahlung bei Arbeitnehmern) und können danach Krankengeld von der Krankenkasse beziehen. Eine Sonderform des Arbeitslosengelds bietet die sog. Nahtlosigkeitsregelung, die greift, wenn der Anspruch auf Krankengeld endet.

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von ALG liegt vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sich die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat, unabhängig von der Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit.

Trotz Krankheit und/oder Behinderung können sich viele Menschen „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ dem Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stellen und sind daher während der Arbeitslosigkeit nicht arbeitsunfähig, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen viele Tätigkeiten nicht mehr ausführen können.

Pflicht zur Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

Wer ALG beantragt hat oder bezieht, muss eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, also so schnell wie möglich, anzeigen. Spätestens vor Ablauf des 3. Kalendertags nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist eine Krankschreibung nötig.

Seit 01.01.2024 kann die Agentur für Arbeit elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) abrufen, sodass die Arbeitslosen in der Regel keine Papierbescheinigung mehr einreichen müssen. Davon gibt es aber Ausnahmen.

Krankschreibung während Arbeitslosengeld

Es gehört zu den Voraussetzungen für Arbeitslosigkeit und damit normalerweise auch für den Bezug von ALG, **dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen**, also auch dazu in der Lage zu sein, zu arbeiten. Wer aber erst während des Bezugs von ALG arbeitsunfähig wird, bekommt es noch für höchstens 6 Wochen weitergezahlt.

Wer danach immer noch krankgeschrieben ist, kann längstens für weitere 72 Wochen Krankengeld in Höhe des ALG bekommen, bis zur sog. Aussteuerung (siehe S. 42).

Während Krankengeld gezahlt wird, besteht kein Anspruch auf ALG. Endet die Arbeitsunfähigkeit und damit der Krankengeldbezug, läuft das ALG weiter, es ist aber eine neue Arbeitslosmeldung nötig.

Bei weiterer Arbeitsunfähigkeit nach der Aussteuerung besteht keine Arbeitslosigkeit, weil die arbeitsunfähige Person dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Der Bezug von ALG ist dann nur im Rahmen der sog. Nahtlosigkeitsregelung möglich.

Nahtlosigkeitsregelung

Die Nahtlosigkeitsregelung hilft Menschen, die immer noch krankgeschrieben sind, wenn ihr Krankengeld bereits ausgelaufen ist: Sie haben darüber ggf. einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, solange noch nicht klar ist, ob sie nur für ihre bisherige Arbeit arbeitsunfähig sind, oder ob sie gar nicht mehr mind. 15 Wochenstunden arbeiten können, egal in welchem Beruf und an welchem Arbeitsplatz (= volle Erwerbsminderung, siehe S. 87). Die Rentenversicherung hat die Aufgabe das zu prüfen, aber es dauert oft sehr lange und teils kommt es zu Streit darüber. Normalerweise zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld nur an Erwerbsfähige, also an Menschen, die noch mind. 15 Wochenstunden arbeiten können.

Die Nahtlosigkeitsregelung ist eine Ausnahme davon, damit die Versicherten nahtlos abgesichert sind. Sie würden sonst ohne Geld dastehen, so lange ungeklärt ist, ob sie nun erwerbsfähig sind oder nicht.

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.

Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Wer Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II vom Jobcenter bekommt, ist arbeitsunfähig, wenn

- krankheitsbedingt keine Arbeit mit mindestens 3 Stunden täglich oder
- keine Eingliederungsmaßnahme mit einer Dauer von mindestens 3 Stunden pro Tag möglich ist.

Wenn Arbeitnehmer aufstockendes Bürgergeld bekommen, kann es deshalb vorkommen, dass sie für ihre Arbeit krankgeschrieben werden, aber nicht fürs Jobcenter, weil sie nur diese bestimmte Arbeit nicht mehr ausführen können. Z.B. kann ein Umzugshelfer mit gebrochenem Bein keine Möbel mehr tragen, aber er kann damit in einem Büro aushelfen oder an einem Computerkurs zur Weiterbildung teilnehmen.

Wer Bürgergeld bekommt und arbeitsunfähig ist, bekommt das Bürgergeld zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange (noch) keine volle Erwerbsminderung festgestellt wurde.

Bezug von Krankengeld während des Bezugs von Bürgergeld:

- Zu niedriges Krankengeld kann ggf. mit Bürgergeld aufgestockt werden.
- Berufstätige Menschen, die ihr niedriges Gehalt mit Bürgergeld aufstocken müssen, können ggf. einen Anspruch auf Krankengeld bei der Berufstätigkeit erwerben. Dieses Krankengeld können sie dann mit Bürgergeld aufstocken.
- Bei Arbeitslosigkeit und Bezug von Bürgergeld kann oft kein Krankengeld bezogen werden, weil die vom Jobcenter bezahlte Krankenversicherung keinen Krankengeldanspruch umfasst.

Die örtliche Agentur für Arbeit oder für Beziehende von Bürgergeld das Jobcenter.



Wer hilft weiter?

The image features a background of interlocking puzzle pieces in various shades of blue. The central piece is a darker blue and contains the word "Rehabilitation" written in a white, cursive font. The surrounding pieces are lighter shades of blue, creating a gradient effect. The overall composition is clean and professional, suitable for a medical or healthcare-related document.

Rehabilitation

Rehabilitation

Für Menschen mit Parkinson können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) infrage kommen. Bei Reha geht es darum, dass Menschen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Reha ist deshalb etwas anderes als eine Krankenbehandlung.

Rehamaßnahmen sollen den Umgang mit einer Krankheit oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit zur Erleichterung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen – auch wenn die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht ausgeheilt bzw. überwunden werden kann oder sich diese noch verschlimmern.

Allgemeine Informationen

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.

Reha-Leistungen werden auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Überblick über Reha-Bereiche

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

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (siehe S. 51),
z. B. Krankengymnastik, Patientenschulungen
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (berufliche Reha, siehe S. 58),
z. B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** (siehe S. 59),
z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung** (siehe S. 60),
z. B. Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe** (soziale Reha, siehe S. 60),
z. B. Leistungen zu Mobilität, Wohnraum und Betreuung

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha für Menschen mit Parkinson können zuständig sein:

Krankenkassen

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und** wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind. Für unterhaltssichernde Leistungen sind sie nicht zuständig.

Träger der sozialen Entschädigung

Bei einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

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
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen in der Regel beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern. Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Wer sich unsicher fühlt, sollte auf jeden Fall Beratung und Unterstützung beim Antrag in Anspruch nehmen, z. B. beim Sozialdienst von Kliniken oder bei den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe.

Eine Adressensuche bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter www.ansprechstellen.de. Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige können auch das Beratungsangebot der unabhängigen Teilhabeberatung nutzen.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss. Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die „Zuständigkeitsklärung“ soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Menschen mit (drohender) Behinderung.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten unverzüglich vom leistenden Reha-Träger in Auftrag gegeben werden, 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein. Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z. B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird, verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Beauftragung des Gutachtens (muss unverzüglich erfolgen)
 - Auswahl der Person oder Einrichtung, die das Gutachten erstellt, durch den Menschen mit Behinderung oder dessen Vertretung
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wird.

Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z. B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

In der Praxis werden diese Zeiten nicht immer eingehalten. Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**
 - Ein **gerichtliches Eilverfahren** kann unter Umständen weiterhelfen. Es besteht dabei das **Risiko**, dass Sie die **Kosten** einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
 - Eine **gerichtliche Untätigkeitsklage** kann weiterhelfen, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde. Wenden Sie sich hierfür an eine Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt. Es fallen keine Gerichtskosten, sondern nur Kosten für anwaltliche Hilfe an. Wenn Sie keine Rechtsschutzversicherung haben, die das abdeckt, können Ihnen ggf. die Beratungshilfe und später die Prozesskostenhilfe zur Deckung der Kosten helfen.
- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**

Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben, vorher.

Weitere Informationen zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen ab S. 105.

Informieren Sie sich vorher gut, z. B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung.

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

Medizinische Rehabilitation

Typische Parkinson-Symptome wie Bewegungsstörungen, Sprech- und Schluckbeschwerden werden medikamentös, mit Physiotherapie oder Logopädie behandelt. Eine medizinische Reha kann die Behandlung zusätzlich unterstützen und die Lebensqualität verbessern.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, zu verhindern, dass Menschen eine Behinderung bekommen, pflegebedürftig werden, nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können bzw. auf Sozialleistungen angewiesen sind, oder dazu, diese Probleme zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest zu verhindern, dass sie schlimmer werden.

Eine medizinische Reha kann entweder in ambulanter oder in stationärer Form in Anspruch genommen werden.

Häufig findet die Reha für Menschen mit Parkinson **stationär** statt. Die Therapie und Rehabilitation von Parkinson ist sehr komplex und wird von verschiedenen medizinischen Fachrichtungen durchgeführt. Das ist stationär leichter realisierbar.

Die Reha kann aber auch **ambulant** erfolgen. Das hat den Vorteil, dass die erlernten Strategien zur Krankheitsbewältigung direkt im häuslichen Umfeld erprobt und ggf. individueller an die Bedürfnisse der erkrankten Person angepasst werden können.

Inhalt der Reha kann z. B. sein:

- Physiotherapie und Ergotherapie: Verbesserung der Motorik und Koordination, Gangschulung, Sturzprophylaxe
- Logopädie: Behandlung von Sprech- und Schluckbeschwerden
- Psychotherapeutische Betreuung: Förderung der Krankheitsakzeptanz und -verarbeitung
- Schulung und Beratung im Umgang mit den Einschränkungen durch Parkinson

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Reha-Maßnahmen können ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von **teilstationärer Reha** gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.
- Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Stationär bedeutet, wenn die Übernachtung in der Reha-Einrichtung stattfindet.

Praxistipps!

- **Ambulante** und **stationäre** Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Haushaltshilfe“*.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 01.01.2024 ein Rechtsanspruch auf seine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung. Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

Dauer

- **Ambulant** als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
- **Stationär** als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen.

Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge, z. B. Vorsorgekuren. **Ausnahmen** gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist. In Abhängigkeit des Krankheitsbildes, kann eine Reha bereits nach 2 Jahren oder früher genehmigt werden.

- Während einer medizinischen Reha besteht in der Regel die Möglichkeit einer Sozialberatung. Diese kann Sie bei Antragstellungen auf Leistungen unterstützen. Bei Parkinson können unter anderem durch einen Antrag auf die Feststellung eines GdB, Nachteilsausgleiche und Vergünstigungen möglich sein, Näheres ab S. 64.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.
- Adressen von Reha-Kliniken finden Sie über Internet-Suchmaschinen mit Suchbegriffen wie „Reha-Klinik bei Parkinson“. Es gibt allerdings kein Verzeichnis, das alle Reha-Kliniken in Deutschland auflistet. Viele Reha-Klinik-Portale finanzieren sich über Werbung und sind also nicht objektiv.
- Die Deutsche Parkinson-Vereinigung e.V. listet zertifizierte Fachkliniken in Deutschland auf unter www.dpv-bundesverband.de > *Suchbegriff: „Fachkliniken > dPV-zertifizierte Kliniken“*.
- Fragen Sie Menschen mit Parkinson, die bereits auf Reha waren, nach ihren Erfahrungen. Therapeuten und Ärzte können zum Teil Tipps geben. Lesen Sie die Kundenbewertungen in den Klinikportalen.



Allgemeine Voraussetzungen

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

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

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

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, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.415 €** liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, oder
 - die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, oder
 - deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.
-
- Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.
 - Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Kostenträger.
 - Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und Reha-Träger.
 - 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.



Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können.

Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll nach einer Erkrankung/ Operation die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. **Funktionstraining** stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus **medizinischen Gründen** erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

Dauer

Kostenträger Krankenversicherung

Reha-Sport: In der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Parkinson) bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.

Funktionstraining: In der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch bestimmte chronische Erkrankungen etwa 24 Monate.

Kostenträger Rentenversicherung

Reha-Sport bzw. Funktionstraining in der Regel 6 bis 12 Monate.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden. Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter: www.betamet.de > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

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.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z. B. Verletzengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld nach der sog. Nahtlosigkeitsregelung (siehe S. 44).

Voraussetzungen

Anregen können ein stufenweise Wiedereingliederung Betroffene, Arbeitgeber (z. B. Personalabteilung, Betriebsrat), Ärzte oder Versicherungsträger bzw. der Medizinische Dienst (MD).

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d. h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu.
Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die betroffene Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:
Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 33)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme:
Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld (siehe S. 36) der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe ab S. 43)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:
Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 59) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 58). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

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

Praxistipp!



Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan. Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

Wer hilft weiter?



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

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

Es gibt mehrere Arten von beruflichen Reha-Leistungen, unter anderem:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z. B. durch:
 - Arbeitsassistenz
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Rollstuhl, Prothese)
 - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung, z. B. spezielle Kurse für den Umgang mit nötigen Hilfsmitteln
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen:
 - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z. B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
 - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
 - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30% bis in der Regel höchstens 50% schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Hilfen zur Mobilität oder Lohnersatzleistungen während einer medizinischen oder beruflichen Reha. Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende ergänzende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z. B. Krankengeld, Übergangsgeld
- Leistungen zum Lebensunterhalt, z. B. Ausbildungsgeld, Unterhaltsbeihilfe
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reha-Sport und Funktionstraining:
 - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
 - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- Reisekosten: Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs: Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- Schulungen: Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe
- Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z. B.: Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- Sonstige Leistungen, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Wer wegen einer Behinderung Unterstützung braucht, um gleichberechtigt eine allgemeine oder berufliche Schule oder eine Hochschule besuchen zu können, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Die Leistungen sind **keine** Schul- oder Ausbildungsfinanzierung, sondern finanzieren z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch oder wegen der Behinderung nötige Hilfsmittel wie z. B. spezielle Computer oder Drucker. Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Teilhabe an Bildung“.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha) von Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigte Teilhabe in den Lebensbereichen ermöglichen, für die es keine anderen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gibt, z. B. beim Wohnen, beim Einkaufen, bei Behördengängen und in der Freizeit.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- Leistungen für Wohnraum, z. B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- Assistenzleistungen, z. B. Unterstützung bei Haushaltsführung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Verbesserung der Kommunikation
- Leistungen zur Mobilität, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall im Teilhabeplanverfahren bzw. Gesamtplanverfahren bestimmt.

Zuständige Träger können sein:

- Unfallversicherungsträger: Wenn Behinderungen als Folge eines Arbeitsunfalls (dazu gehören auch Wegeunfälle) oder einer Berufskrankheit entstanden sind
- Träger der sozialen Entschädigung, z. B. für Gewaltopfer oder bei Impfschäden
- Träger der Eingliederungshilfe: Nur wenn kein anderer Träger zuständig ist. Leistungen der sozialen Teilhabe sind nachrangig gegenüber den anderen Leistungen der Eingliederungshilfe.

Parkinson und Beruf

Nicht jeder Mensch mit Parkinson ist sofort arbeitsunfähig. Zusammen mit dem Arzt und dem Integrationsamt kann geklärt werden, ob Änderungen der Arbeitssituation nötig und möglich sind. Kann eine Person aufgrund von Parkinson nicht mehr berufstätig sein, kommen je nach Alter Erwerbsminderungsrente oder Altersrente in Frage.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Bei wiederholter oder längerer Arbeitsunfähigkeit durch Parkinson bieten verschiedene Leistungen finanzielle Unterstützung und die Möglichkeit zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben.

Folgende Leistungen können infrage kommen:

- Entgeltfortzahlung, S. 33
- Krankengeld, S. 36
- Stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben, S. 56
- Arbeitslosengeld > Nahtlosigkeit, S. 43

Besondere Hilfen bei Reha und Behinderung

Menschen mit Parkinson haben Anspruch auf verschiedene Leistungen, die ihnen helfen können, im Berufsleben zu bleiben oder wieder in den Beruf zurückzukehren.

Mit einem Schwerbehindertenausweis (siehe S. 65) des Versorgungsamts haben Parkinson-Erkrankte Anspruch auf verschiedene Schutz-, Hilfs-, und Fördermöglichkeiten, z. B. einen verbesserten Kündigungsschutz sowie Anspruch auf technische Hilfsmittel, welche die Arbeit erleichtern/möglich machen. Mit dem Arzt sowie mit dem Integrationsamt sollte besprochen werden, welche Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig sind.

Auch Reha-Maßnahmen (siehe S. 47) können dazu beitragen, krankheitsbedingte Einschränkungen im Berufsleben zu verringern oder zu beseitigen.

Renten

Die Diagnose Parkinson führt heute nicht mehr zu einer sofortigen Berentung. Wie lange Betroffene noch berufstätig sein können, hängt vom Verlauf der Erkrankung ab, von den speziellen Anforderungen des Berufsbildes und unter Umständen von Nebenwirkungen der Medikamente.

Falls Menschen aufgrund ihrer Parkinson-Krankheit nicht mehr erwerbstätig sein können, kommen 2 Rentenarten in Frage:

- **Erwerbsminderungsrente:**

Die Erwerbsminderungsrente (umgangssprachlich oft noch wie früher Erwerbsunfähigkeitsrente oder EU-Rente genannt) soll dabei helfen, den Lebensunterhalt zu sichern. Wer weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die Rente wegen voller Erwerbsminderung, Näheres ab S. 87.

- **Altersrente für schwerbehinderte Menschen:**

Schwerbehinderte Menschen können Altersrente früher beziehen als Menschen ohne Behinderungen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“.

Behinderung

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

Definition „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 Gemeinschaft 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

Unter folgenden Voraussetzungen sollen Menschen mit Behinderungen Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt werden:

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

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit **Schwerbehinderung** gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für Menschen mit Schwerbehinderung. Gleichgestellte genießen wie Menschen mit Schwerbehinderung einen besonderen Kündigungsschutz.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu Menschen mit Schwerbehinderung jedoch **keinen** Anspruch auf einen **Zusatzurlaub** von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterungen im Personenverkehr“.

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

Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung

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

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

Praxistipp!

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

Anhaltswerte zur Feststellung der Behinderung bei Parkinson:

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

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

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

Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch, Näheres zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf S. 105.



Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

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-teilhabe.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Es ist wichtig, dass in den medizinischen Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Krankheit (z. B. körperliche Belastbarkeit) sowie insbesondere die Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft ausführlich beschrieben werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

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. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Merkzeichen

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

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

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

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. **Nachteilsausgleiche** für sich in Anspruch nehmen, z. B. **Steuervergünstigungen, gesonderte Nutzung von Parkplätzen oder die kostenfreie Nutzung von Bussen und Bahnen. Viele öffentliche Einrichtungen gewähren ermäßigten oder freien Eintritt.**

Viele Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Aber auch unter einem GdB von 50 gibt es Nachteilsausgleiche.

Praxistipps!



- 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. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“*.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird bei Ihnen 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.
- Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass Menschen mit Parkinson unter bestimmten Voraussetzungen **Anspruch** auf das **Merkzeichen aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung) haben. Dafür muss die Gehbehinderung so stark sein, dass die Person sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung fortbewegen kann. Geklagt hatte ein Mann mit Parkinson, der aufgrund seiner Erkrankung motorisch stark eingeschränkt war. Das Gericht stellte fest, dass Menschen mit neurologischen Erkrankungen wie Parkinson oder Multipler Sklerose in ihrer Gehfähigkeit genauso stark eingeschränkt sein können wie berechnigte Personengruppen, die Anspruch auf das Merkzeichen aG haben, z. B. Menschen mit Querschnittslähmung. Die Entscheidung können Sie nachlesen unter www.bsg.bund.de > *Suchbegriff: „B 9 SB 1/15 R“*.

Wer hilft weiter?



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

Pflege

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

Hinweis: Am 01.07.2023 ist das Pflegeunterstützungs -und- entlastungsgesetz (PUEG) in Kraft getreten. Mit dem ersten Schritt wurde die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt. Zum 01.01.2024 gab es weitere Änderungen, z. B. eine Erhöhung des Pflegegelds und der Pflegesachleistungen. Diese werden 2025 erneut angehoben und sollen auch 2028 wieder erhöht werden, dann orientiert an der Inflation der letzten drei Jahre. Nähere Informationen und ein Gesamtüberblick zu den Änderungen durch das PUEG unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

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.

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

Die vorhandenen Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

- Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.
- 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. 70) wenden.



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.

Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, muss die Pflegekasse in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder z. B. durch einen Pflegestützpunkt zugänglich machen.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe der 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.

Praxistipps!



- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte – und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Bestellen* > *Beratung zur Pflege*.
- Adressen von Beratungsstellen bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter www.zqp.de > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der pflegebedürftigen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

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.

Der Termin zur Begutachtung wird schriftlich angekündigt und findet in der Regel im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person statt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind andere Arten, z.B. Begutachtung nach Aktenlage, möglich. Für die Bearbeitung des Pflegeantrags gibt es festgelegte Fristen.

Beim Begutachtungstermin erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im Gutachten fest.

Ermittlung des Pflegegrads

Um den Pflegegrad zu bestimmen, wird in der Regel eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt.

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Bereichen (Modulen) ermittelt. Anhand des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse über den Pflegegrad.

Folgende 5 Pflegegrade sind möglich:

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

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass bei der Begutachtung die Situation falsch eingeschätzt wird. Ist die pflegebedürftige Person mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen, Näheres zum Widerspruch auf S. 105.

Praxistipps!



- Einen kostenlosen Musterantrag zum Ausdrucken und Ausfüllen per Hand oder zum Online-Ausfüllen finden sie unter www.betacare.de > *Ratgeber* > *Pflege*.
- Ausführliche Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege-Check: Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* > *Pflege* kostenlos heruntergeladen werden.
- 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. Wenn die finanziellen Mittel für die Vorfinanzierung nicht vorhanden sind, ist Hilfe zur Pflege vom Sozialamt möglich.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können Sie beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publicationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* herunterladen oder als Broschüre bestellen.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 112.

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 je nach Pflegegrad zwischen 332 und 947 € 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. Anspruch haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege. Die Pflegedienste bzw. -kräfte rechnen direkt mit der Pflegekasse ab und erhalten je nach Pflegegrad 761 bis 2.200 € monatlich. Der gleichzeitig vollumfängliche Bezug von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination beider Leistungen. Ergänzend sind weitere Leistungen der Pflegeversicherung möglich, z. B. Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, aber auch Pflegeleistungen vom Sozialamt (siehe S. 79). Mehrere Pflegebedürftige, z. B. in Wohngemeinschaften, können die häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen und Zeit- und Kostenersparnisse für mehr Leistungen nutzen. Auch ambulante Betreuungsdienste können vom Budget der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

Kombinationsleistung

Die **Kombinationsleistung** verbindet 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. ambulanten 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.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Voraussetzungen sind, dass Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 76) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich. Die Budgets für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (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. Der gemeinsame Jahresbetrag erhöht sich zum 01.07.2025 von derzeit 3.386 € um 4,5% auf insgesamt 3.539 €.

Pflegekurse

Um **pflegende Angehörige** und **ehrenamtliche Pflegekräfte** zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen **Pflegekurse** an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Die Teilnahme an Präsenzkursen oder Onlinekursen ist kostenlos.

Entlastungsbetrag

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

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B.

- für Tages- oder Nachtpflege,
- für Kurzzeitpflege,
- für 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),
- 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 geleistet werden. 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 **40 € monatlich** begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich 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, Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 € für Wohngemeinschaften bzw. für ambulant betreute Wohnformen, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen, Näheres siehe S. 96.

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:

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 von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € 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 z. B. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und Investitionskosten.

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 auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 74) auf bis zu 3.386 € 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 125 € monatlich kann dafür 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 für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zu einem gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 74) zusammengefasst.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € 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 Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“*.

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, 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 14. November 2023 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Einen Überblick über die Änderungen im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes (PUEG) finden Sie als übersichtliche PDF-Datei unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeversicherung“*.



Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Die sog. 24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause wird meist mit Hilfe von Betreuungskräften aus Osteuropa realisiert. Ausländische Haushaltshilfen, Betreuungskräfte und Pflegekräfte können über verschiedene Modelle beschäftigt werden. In Deutschland sind alle Modelle illegal, bei denen eine einzige Person für Pflege, Betreuung und Hausarbeit angestellt wird, um rund um die Uhr einsatzbereit zu sein.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z. B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme eine Aufenthaltserlaubnis. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“, „Betreuungskraft“ und „Pflegekraft“. Für die Bezahlung kann das Pflegegeld eingesetzt werden, über die Hilfe zur Pflege (siehe S. 79) kann eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich sein.

Praxistipps!



- Wenn Sie überlegen, eine selbständige Kraft (Selbstständigenmodell) mit der Pflege zu beauftragen, haben Sie die Möglichkeit, vorab **rechtssicher** klären zu lassen, ob eine echte Selbstständigkeit vorliegen würde, oder eine illegale Scheinselbstständigkeit (sog. **Statusfeststellungsverfahren**).
Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Suchbegriff: „Formularpaket Statusfeststellung“*.
- Umfassende Informationen zur Organisation einer Betreuung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte bietet die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ der Verbraucherzentrale. Kostenloser Download unter: www.verbraucherzentrale.de > *Gesundheit & Pflege > Pflege zu Hause > Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?*. Auf dieser Seite der Verbraucherzentrale gibt es unter der Überschrift (ganz unten) „Deutsches Arbeitsrecht gilt auch für Ausländer“ eine tabellarische Übersicht zum kostenlosen Download mit den wichtigsten Bedingungen und Voraussetzungen für eine legale Beschäftigung.
- Die Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können Sie als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer absetzen, wenn Sie sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegen können.
- Als Angehörige sollten Sie zunächst den konkreten Betreuungsbedarf ermitteln und sich bei der Suche nach einem passenden Betreuungsmodell zur Beratung an Pflegestützpunkte wenden.
- Vermittelt werden die Arbeitskräfte in der Regel über private Agenturen. Anzeigen dazu finden Sie in Tageszeitungen oder im Internet. Hier ist es besonders wichtig, sich gut zu informieren, da es zu Ausbeutung von Betreuungskräften kommen kann.
Teilweise vermitteln auch Wohlfahrtsverbände wie Diakonie oder Caritas.
- Wenn Sie sich die 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, können Sie Hilfe zur **häuslichen Pflege** beantragen. Wenn die 24-Stunden-Pflege weniger kostet als ein Pflegeheim, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hilfe zur Pflege bewilligt wird. Trotz erheblicher Mehrkosten haben Sie aber bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege für 24-Stunden-Pflege, wenn **kein geeignetes und zumutbares Heim** vorhanden ist.

Wer hilft weiter?



- Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) unter: www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/startseite.
- Leider gibt es keine offizielle Stelle, die in diesem sensiblen Bereich berät. Unterstützung finden Sie möglicherweise bei der Verbraucherzentrale, einem Pflegestützpunkt, der Seniorenberatung, den Wohlfahrtsverbänden oder bei Selbsthilfegruppen für Angehörige, z. B. bei Pflegebedürftigkeit infolge von Demenz, Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma.

Hilfe zur Pflege

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Bei Pflegebedürftigkeit übernimmt das Sozialamt, unter bestimmten Voraussetzungen, dieselben Leistungen wie die Pflegekasse bzw. Kosten, die darüber hinaus für die Pflege anfallen.

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.

Antrag

Hilfe zur Pflege muss beim Sozialamt beantragt werden.

- Die Antragsunterlagen erhalten Sie beim Sozialamt bzw. steht der Antrag auf der Internetseite zum Ausdrucken zur Verfügung. Dort finden Sie in der Regel eine Auflistung über die Unterlagen, die mit dem Antrag eingereicht werden müssen. Dies sind z. B. Einkommens- und Vermögensnachweise, Personalausweis oder Schwerbehindertenausweis.
- Den Antrag sollten Sie **rechtzeitig** stellen, ggf. schon vor dem Einzug in ein Pflegeheim bzw. wenn sich abzeichnet, dass das Einkommen und Vermögen nicht ausreicht. Hilfe zur Pflege wird **nicht** rückwirkend, sondern erst ab Antrag bezahlt. Wenn beispielsweise vor einem Antrag schon Kosten, z. B. aus Schonvermögen der pflegebedürftigen Person gedeckt wurden, werden diese nicht erstattet.
- Einen Pflegeheimplatz können Sie in der Regel frei wählen.

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

- Die Pflegekassen sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Fragen zur „Hilfe zur Pflege“ beantwortet das Sozialamt.

 Wer hilft weiter?

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Die „**kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“, eine Sonderform der Pflegezeit, können Berufstätige für bis zu 10 Arbeitstage beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen. Seit 01.01.2024 besteht dieser Anspruch für Beschäftigte einmal pro Kalenderjahr und nicht wie bisher einmalig pro pflegebedürftiger Person. Die Freistellung kann für die Organisation der Pflege von Angehörigen in Anspruch genommen werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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.

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 Kündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebern innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Berufstätige Kündigungsschutz.

Praxistipp!



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 kann unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Pflegekasse.

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 richtet sich nach dem Pflegegrad und der Leistungsart. Er 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 krankenversichert.
- **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.
- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ auf Seite 14. Die Beiträge erhöhen sich zum 01.01.2024. 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 können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.



Hilfsmittel



Hilfsmittel

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

Hilfsmittel für die Hände

Im Laufe der Parkinson-Erkrankung kommt es zu Einschränkungen der Beweglichkeit der Finger und Hände.

Fehlende Kraft und Beweglichkeit können durch verschiedene Hilfsmittel oder besonders geformte Haushaltsgegenstände ausgeglichen werden:

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

Hilfsmittel für das Gleichgewicht

Wenn Bewegungen und Gleichgewicht bei Menschen mit Parkinson unsicherer werden, können folgende Hilfsmittel vor allem in Bad, WC und Dusche die Sicherheit fördern:

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

Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

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

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

Praxistipp!



Hilfsmittel, die den persönlichen Alltag, den Haushalt und die Ernährung unterstützen und erleichtern, finden Sie unter www.rehadat-hilfsmittel.de > Produkte > Haushalt & Ernährung.

Wer hilft weiter?



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

Kostenträger: Wer bezahlt Hilfsmittel?

Die Kostenübernahme ist bei den Trägern nach der Art der Hilfsmittel unterschiedlich geregelt. Zudem werden in der Regel nur Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (siehe unten) übernommen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch die Vertragspartner, z. B. Sanitätshäuser oder Apotheken. Gegenstände wie Krücken, Rollstühle, Krankenbetten, Badehilfen usw. werden ggf. bei allen Trägern leihweise überlassen, d.h. nur für die Zeit, in der sie benötigt werden.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag (s. u.) besteht, und Hilfsmitteln ohne Festbetrag:

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

Festbeträge

Festbeträge gibt es in der Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Gruppen Sehhilfen, Hörhilfen, Inkontinenzmittel, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stoma-Artikel und Einlagen. Die Krankenkasse erstattet nur bis zu diesem Betrag. Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen.

Die Höhe der Festbeträge kann beim GKV-Spitzenverband eingesehen werden unter: www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge.

Zuzahlung

Bei der Zuzahlung in der Krankenversicherung wird zwischen „**nicht zum Verbrauch bestimmten**“ und „**zum Verbrauch bestimmten**“ Hilfsmitteln unterschieden. Gibt es für das Hilfsmittel einen **Festbetrag** (siehe S. 84), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

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

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

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 28.

Pflegehilfsmittel

Anspruch auf Pflegehilfsmittel von der Pflegekasse haben Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden. 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. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

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

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



Wer hilft weiter?

Praxistipps!



- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem auch alle Pflegehilfsmittel aufgeführt werden, für die die Pflegekasse die Kosten übernimmt. Dieses sog. Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt auch Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. In dem Verzeichnis kann online recherchiert werden unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Pflegehilfsmittel stehen am Ende ab Produktgruppe 50.
- Eine für Laien besser verständliche Übersicht bietet Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de.
- Sanitätshäuser oder z. B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über detailliertes und praxisnahes Wissen zu Hilfsmitteln und auch zu individuellen Sonderanfertigungen. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden, Näheres ab S. 105.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Die Parkinson-Krankheit kann zu erheblichen Beeinträchtigungen führen, die sich auch auf die Erwerbsfähigkeit auswirken können.

Verschiedene Leistungen, z. B. eine Rente wegen Erwerbsminderung, Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) können den Lebensunterhalt bei Erwerbsminderung sichern.

Definition „Erwerbsminderung“

Eine volle Erwerbsminderung liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden vor. Bei mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Stunden täglich ist es eine teilweise Erwerbsminderung. Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung noch mindestens 6 Monate vorliegen 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.

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente soll Menschen mit Parkinson helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert werden.

Reha vor Rente

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Reha wiederhergestellt werden kann.

Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine Aussicht auf Besserung, prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

Voraussetzungen

Die **medizinischen Voraussetzungen** für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer voll oder teilweise erwerbsgemindert ist.

Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres 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.

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 18.558,75 € (2024) nicht überschritten wird.

Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40% auf die Rente angerechnet.

Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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

Bei der teilweisen Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von **mindestens** 37.117,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:

www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

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



Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt auch für Menschen mit schweren Erkrankungen, 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.

Voraussetzungen

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
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. 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.

Andere Sozialleistungen, z. B. Wohngeld, sind vorrangig. Das heißt:

Die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wird abgelehnt, wenn die vorrangigen Leistungen ausreichen, den Bedarf zu decken.

Ggf. kann auch das Einkommen und Vermögen Mitbewohnender auf die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung angerechnet werden. Dafür muss aber das Sozialamt – anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt – nachweisen, dass gemeinsam gewirtschaftet wird.

Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“.



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

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

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

* RS = Regelbedarfsstufe

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z. B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z. B. für Menschen mit Behinderungen, bei kostenaufwendiger Ernährung, für Alleinerziehende 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.

Dauer

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**, das heißt er besteht, so lange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

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.

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Bürgergeld

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen. Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und Rente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat.

Weitere Informationen zum Bürgergeld finden Sie unter:

www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie ist eine Art „Auffangleistung“ für alle Fälle, für die es sonst keine Hilfen gibt. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z. B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen. Das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum ist ein einklagbarer Rechtsanspruch.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Keine Möglichkeit, von eigener Arbeit zu leben.
- Kein ausreichendes eigenes **Einkommen** und **Vermögen**.
- Keine ausreichende Hilfe durch Angehörige (z. B. Ehegatte oder Lebenspartner).
- Keine ausreichende Hilfe durch andere Sozialleistungen (insbesondere kein Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) und keine Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).
- Keine andere Möglichkeit, den nötigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 90) abgegolten und umfasst z. B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z. B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfzuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der Regel beim Sozialamt beantragt. Sie muss aber **auch ohne Antrag** gewährt werden, wenn der Träger der Sozialhilfe (z. B. Landkreis oder kreisfreie Stadt) oder die von ihm beauftragten Stellen erfahren, dass ein Mensch hilfebedürftig ist. Das ist so geregelt, weil viele Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt brauchen, nicht in der Lage sind, einen Antrag zu stellen.

Wer hilft weiter? 

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Wohnen

Parkinson führt mit Fortschreiten der Erkrankung dazu, dass sich Betroffene immer schlechter eigenständig in ihrem häuslichen Umfeld bewegen können. Das Wohnumfeld sollte so gut wie möglich an die besonderen Bedürfnisse angepasst werden.

Sturzprophylaxe

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

Vorbeugend sind Stolperfallen in der Wohnung zu entfernen und wenn möglich das Sturzrisiko bei Gefährdeten selbst zu minimieren, z. B. durch regelmäßige Bewegung und Sport zur Stärkung der Muskulatur und Verbesserung der Koordination, Näheres siehe S. 95. Bei Risikopatienten sollte ein ärztlicher Test durchgeführt werden.

Sturzrisikofaktoren

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

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

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

Testverfahren zur Sturzgefahr

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

- **Der Chair-Rising-Test**
Gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden fünfmal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen.
- **Timed-Up-and-Go-Test:**
Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen; er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt.
- **Mobilitätstest nach Tinetti:**
Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden oberen Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die anhand verschiedener Kriterien bewertet werden, z. B.: Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z. B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.
- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** (auch Romberg-Versuch oder Romberg-Test genannt) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (auch Unterberger-Tretversuch genannt).

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

Praxistipp!

Die Deutsche Seniorenliga bietet einen Online-Test zur Ermittlung des individuellen Sturzrisikos unter www.sturzunfaelle-vermeiden.de > *Sturzrisiko im Alter* > *Sturzrisiko online testen*.

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.

Folgende Bewegungsformen helfen dagegen:

- Jede Bewegung ist wichtig. Das umfasst auch Alltagsbewegungen wie Treppensteigen oder Radfahren.
- Bereits leichteres Ausdauer-, Kraft- oder Gleichgewichtstraining kann das Sturzrisiko reduzieren.
- Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 55) sind besonders geeignet.
- Physiotherapie und Ergotherapie (siehe S. 9) können auch helfen, aber nur, wenn sie auch in eigene aktive Übungen übergehen.
- Wassergymnastik kann helfen, wenn der Patient Sturzangst hat. Aber prinzipiell hat Gymnastik auf dem Trockenen einen größeren Effekt.
- Wenn eine verringerte Knochendichte vorliegt, also eine erhöhte Gefahr von Knochenbrüchen besteht, kann dies nur durch regelmäßiges Widerstandstraining (high-impact-training, Krafttraining) verbessert werden. Dafür müssen Betroffene allerdings auch ausreichend fit sein.

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

- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel abklären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel (siehe S. 83) einsetzen, z. B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z. B. Hüftprotektoren verwenden.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten.
Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Keine Tätigkeiten verrichten, bei denen man abstürzen kann: Fenster putzen, Vorhänge wechseln, hohe Regal- und Schrankfächer benutzen, auf Hocker, Stühle oder Leitern steigen.

Maßnahmen zur Sturzvorbeugung im Lebensumfeld

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

- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden oder rutschhemmend ausstatten.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Handgriffe anbringen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren. Türschwellen, wenn baulich möglich, entfernen (siehe S. 96).
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.

Um in Notfällen schnell Hilfe holen zu können, kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 99) installiert werden.

Wohnumfeldverbesserung

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

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Leistungen der Pflegeversicherung (siehe ab S. 69), 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.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen. Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung, nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstausschluss von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Begutachtung

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

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 Antragseingang vorliegen. Wird der medizinische Dienst oder eine Pflegefachkraft wegen einer Begutachtung der Situation tätig, beträgt die Frist zur Entscheidung 5 Wochen.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.000 € je pflegebedürftiger Person nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt. Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der pflegebedürftigen Personen aufgeteilt.

Kostenerstattung nach dem Tod der pflegebedürftigen Person

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

Erben können die Kostenerstattung, z. B. für den Umbau des Wohnraums, die die verstorbene Person nicht mehr erstattet bekommen hat, noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse beantragen.

Praxistipps!



- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege“.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf soeben 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 mit dem Suchbegriff: „159“. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das Einverständnis des Vermieters eingeholt werden.
- Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung können auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege (siehe S. 79) unter bestimmten Voraussetzungen vom Sozialamt bezogen werden. Dies ist auch ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung möglich.

Wer hilft weiter?



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

Hausnotrufsysteme

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

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z. B. um den Hals oder als Armband). Die Basisstation ist in der Regel mit dem Telefonanschluss verbunden. Sollte kein Telefonanschluss vorhanden sein, ist auch ein Anschluss an das Mobilfunknetz möglich. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus. Automatisch wird sofort eine Sprechverbindung hergestellt und 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.

Zusatzfunktionen

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen zu festgesetzten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeitenden 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 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 eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 € bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 € bis 80 €.

Die Pflegekasse gewährt auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) in der Regel einen Zuschuss für die monatlichen Gebühren von je 25,50 € pro Monat.

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- 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 ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann.

Die restlichen Kosten müssen Pflegebedürftige selbst tragen.

Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

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

Praxistipp!



Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter:
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis* > *Produktgruppe 52*.

Wer hilft weiter?



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

Patientenvorsorge

Menschen mit Parkinson können durch die Krankheit in ihrer Bewegungsfreiheit, ihren kognitiven Fähigkeiten und ihrem psychischen Wohlbefinden eingeschränkt sein. Umso wichtiger ist es, dass sie im Vorfeld ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen für den Fall festhalten, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können.

So kann eine „Fremdbestimmung“ durch andere Personen verhindert und die Selbstbestimmung und Autonomie der betroffenen Person gestärkt werden.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Eine Patientenvorsorge ist erst ab **Volljährigkeit** möglich. Vor dem 18. Geburtstag haben die Eltern das Sorgerecht und können in Notfällen und schweren Krankheitssituationen für ihr Kind Entscheidungen treffen.

In einer Ehe gilt das sog. **Ehegattennotvertretungsrecht**. Wenn Verheiratete bewusstlos oder krank sind und deshalb nicht selbst über ihre Gesundheitsorge entscheiden können, kann deren Ehepartner sie für bis zu 6 Monate bei diesen Entscheidungen vertreten. Der Ehepartner kann in dieser Notsituation z. B. in Untersuchungen und Heilbehandlungen einwilligen, Behandlungs- und Krankenhausverträge abschließen oder Reha-Maßnahmen organisieren und ihm gegenüber entfällt so lange die ärztliche Schweigepflicht.

Das Notvertretungsrecht gilt nicht, wenn sich das (noch) verheiratete Paar getrennt hat oder wenn bekannt ist, dass die bewusstlose oder kranke Person die Vertretung nicht will. Es ist auch ausgeschlossen, wenn die Gesundheitsorge bereits über eine Vorsorgevollmacht oder rechtliche Betreuung geregelt ist.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene mit einer Parkinsonerkrankung eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen, für den Fall, dass sie sich nicht (mehr) selbst um ihre Angelegenheiten kümmern können, z. B. wegen einer Krankheit, wegen eines Unfalls oder wegen einer Behinderung.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z. B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll.

Betreuungsverfügung

Mit einer **Betreuungsverfügung** können Menschen mit Parkinson für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Rechtliche Betreuung bedeutet, dass das Betreuungsgericht jemanden für Entscheidungen einsetzt, die die betroffene Person wegen einer Krankheit, einer Behinderung oder eines Unfalls nicht (mehr) selbst treffen kann. Wer in einer Betreuungsverfügung eine oder mehrere geeignete Person(en) für die rechtliche Betreuung vorgeschlagen hat, vermeidet, dass das Betreuungsgericht die Auswahl trifft.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, **aber** eine Person kennt, die unter Aufsicht des Betreuungsgerichts die **Verwaltung seiner Angelegenheiten** übernehmen soll und dies auch will und kann. In der Betreuungsverfügung können auch mehrere Personen genannt werden, denen im Bedarfsfall die rechtliche Betreuung übertragen werden soll.

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

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

Das Betreuungsgericht darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn

- die betreuungsbedürftige Person erkennbar nicht mehr an der Betreuungsverfügung festhalten will, z. B. wenn sie während des Betreuungsverfahrens andere Wünsche äußert, und/oder
- wenn eine vorgeschlagene Person ungeeignet ist, die Betreuung nach dem (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person zu führen.

Vorteil einer Betreuungsverfügung gegenüber einer Vorsorgevollmacht ist, dass das **Missbrauchsrisiko geringer** ist. Eine Vorsorgevollmacht kann schon missbraucht werden, bevor sie gebraucht wird, eine Betreuungsverfügung nicht. Außerdem werden rechtliche Betreuer, anders als Bevollmächtigte, vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch mit Parkinson regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Eine Patientenverfügung kann die sog. Garantenpflicht des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. **Wichtig ist**, dass die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind. Es ist empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften, insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern...“. Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden?
Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form aufschreiben) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?
- Wünsche bezüglich der Behandlung als Wachkomapatient.
- Eventuell Festlegungen zur Organspende.

Praxistipps!

- Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betaCare.de > Ratgeber > Patientenvorsorge kostenlos heruntergeladen werden.
- Mehr Informationen zur Patientenvorsorge und weiteren Themen wie z. B. digitaler Nachlass, Testament finden Sie unter www.betanet.de > Leistungen > Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung.

Wer hilft weiter?

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

Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Krankengeld, 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

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn sie mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt.

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. Das heißt, 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.

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, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein“. Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. 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 kann man sich 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** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 107. 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. Gerichtsgebühren fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

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

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

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 Wiedereinsetzung** 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 eingeleitet 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 **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 innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die 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. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen. Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter www.betanet.de >
Suchbegriff: „Beratungshilfe“.
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. 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@vkd.de, www.vdk.de

 **Wer hilft weiter?**



Adressen

Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband

Moselstraße 31, 41464 Neuss
Telefon 02131 740270
Telefax 02131 45445
E-Mail: bundesverband@parkinson-mail.de
www.dpv-bundesverband.de

Deutsche Parkinson Hilfe e.V.

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

Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.

Reinhardtstraße 27 c, 10117 Berlin
Postanschrift: Prof. Dr. Rüdiger Hilker-Roggendorf
c/o Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Klinikum Vest
Dorstener Straße 151, 45657 Recklinghausen
Telefon 030 531437939
E-Mail: info@parkinson-gesellschaft.de
www.parkinson-gesellschaft.de

Jung und Parkinson – Die Selbsthilfe e.V.

Auf Dohnschet 7, 52152 Simmerath
Telefon 01573 9696983
E-Mail: info@jung-und-parkinson.de
www.jung-und-parkinson.de

ParkinsonFonds Deutschland gGmbH

Unter den Linden 10, 10117 Berlin
Telefon 030 700140-110
Telefax 030 700140-150
E-Mail: info@parkinsonfonds.de
www.parkinsonfonds.de

Hilde-Ulrichs-Stiftung für Parkinsonforschung

Postfach 70 04 32, 60554 Frankfurt am Main
Telefon 069 67778021
E-Mail: kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de
www.aktive-parkinsonstiftung.de

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad haben Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

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	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Gemeinsamer Jahresbetrag (Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5)	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

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

Ab 2024 haben Beschäftigte einmal pro Jahr Anspruch auf 10 Tage Freistellung für die Organisation der Pflege von Angehörigen.

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: Claudia Gottstein

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Maria Kästle, Lea Maier, Luisa Milazzo,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Layout: Manuela Mahl
Satz: Katja Wagner

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2024

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.

16. Auflage, März 2024

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.