

Schmerz & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

in Deutschland leiden Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Zu den häufigsten Schmerzerkrankungen zählen Rücken-, Gelenk-, Kopf-, Rheuma- und Arthroseschmerzen sowie Tumorschmerzen.

Aufgrund der körperlichen Einschränkungen sowie der sozialen und psychischen Auswirkungen beeinträchtigen chronische Schmerzen die Lebensqualität der Betroffenen. Häufig ziehen Patienten sich zurück, entwickeln Ängste oder Depressionen. Angehörigen fällt es dann oft schwer, die Schmerzen und das Verhalten der Betroffenen zu verstehen und diese zu unterstützen.

Dieser Ratgeber informiert über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Schmerzerkrankungen und vermittelt hilfreiches Wissen rund um das Leben mit chronischen Schmerzen. Da viele Betroffene von einer Erwerbsminderung und finanziellen Einschränkungen bedroht sind, werden insbesondere sozialrechtliche Themen wie Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Behinderung und Pflege erläutert. Zudem gibt es hilfreiche Praxistipps, sodass Betroffene und ihre Angehörigen Orientierung und Unterstützung in ihrer oftmals schwierigen Situation finden.

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 vorliegende betaCare-Ratgeber „Schmerz & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.

*Mit herzlichen Grüßen
betapharm Arzneimittel GmbH*



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

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

Inhalt

Vorwort	2
Chronische Schmerzen	5
Ursachen chronischer Schmerzen	5
Folgen chronischer Schmerzen	6
Schmerzarten	6
Einteilung chronischer Schmerzen nach der neuen ICD-11	7
Schmerz und Psyche	9
Schmerzdiagnostik	11
Schmerztherapie	15
Leben mit chronischen Schmerzen	25
Soziale Auswirkungen von chronischen Schmerzen	25
Sport und Bewegung	28
Autofahren bei Medikamenteneinnahme	29
Reisen	31
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	35
Zuzahlungsregelungen	35
Zuzahlungsbefreiung	38
Sonderregelung für chronisch Kranke	41
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	43
Entgeltfortzahlung	43
Krankengeld	46
Verletztengeld	53
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	56
Rehabilitation	59
Allgemeine Informationen	59
Medizinische Rehabilitation	63
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	69
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	70
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	71
Leistungen zur sozialen Teilhabe	72
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	73
Erwerbsminderungsrente	73
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	75
Bürgergeld	77
Hilfe zum Lebensunterhalt	78

Behinderung	79
Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen	80
Schwerbehindertenausweis	84
Nachteilsausgleiche	85
Pflege	87
Pflegebedürftigkeit	87
Leistungen bei häuslicher Pflege	90
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	93
Hilfe zur Pflege	95
Leistungen für pflegende Angehörige	96
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	97
Patientenvorsorge	99
Vorsorgevollmacht	100
Betreuungsverfügung	100
Patientenverfügung	101
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	103
Widerspruch	103
Verfahren vor den Sozialgerichten	105
Adressen	109
Anhang	
Schmerzfragebogen	111
Übersicht: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	112
Übersicht: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	114
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung	116
Opioid-Ausweis (Kopievorlage)	118
Impressum	119

Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen nennt man Schmerzen, die seit mindestens 3 Monaten bestehen oder über einen längeren Zeitraum immer wieder auftreten. Die Folgen sind häufig starke psychische Belastungen wie z. B. Schlafstörungen, Depressionen oder Ängste. Es gibt verschiedene Schmerzarten mit unterschiedlichen Ursachen und Symptomen. Häufig liegen Mischformen dieser Schmerzarten vor.

Ursachen chronischer Schmerzen

In der Regel sind akut auftretende Schmerzen zeitlich begrenzt und haben eine Warnfunktion, die den Körper zur Schutzhandlung zwingt. Sobald die schmerzauslösende Ursache erfolgreich behandelt worden ist, klingt der Schmerz in einem absehbaren Zeitraum wieder ab.

Aus den akuten Schmerzen können jedoch **chronische** Schmerzen werden, die länger als 3 Monate bestehen oder immer wieder auftreten. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass durch die ständige Reizung der Nerven die Schmerzschwelle sinkt und deshalb schon kleinste Reizungen Schmerzen verursachen.

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

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

Für die Entstehung und Erhaltung chronischer Schmerzen spielen oft auch psychische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle, z. B. psychosoziale Belastungen oder permanenter Stress. Auch Schmerzerkrankungen innerhalb der Familie erhöhen das Risiko, selbst chronische Schmerzen zu entwickeln.

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, sollten **akute** Schmerzen ernst genommen und rechtzeitig behandelt werden. Sind die Schmerzen **chronisch**, gibt es je nach Ursachen und Begleitsymptomen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, Näheres unter „Schmerztherapie“ ab S. 15.

Folgen chronischer Schmerzen

Chronische Schmerzen können für Betroffene schwerwiegende Folgen haben.

Häufig verlieren sie durch die ständigen Schmerzen die Freude an Dingen, die ihnen vorher Spaß gemacht haben (z. B. Sport und Bewegung, Unternehmungen mit Freunden). Es kann zu Schlafstörungen, Appetitverlust, Depressionen und Ängsten kommen. Aus diesem Grund ziehen sich viele Betroffene zurück, ihre Gedanken kreisen häufig nur noch um die Schmerzen.

In dieser Situation kann es hilfreich sein, wenn Betroffene sich ihrem sozialen Umfeld anvertrauen und ärztlichen Rat über mögliche Hilfen (z. B. Reha-Sport und Funktionstraining, Psychotherapie) einholen. Zudem können Selbsthilfegruppen unterstützen und Tipps geben. Die Deutsche Schmerzgesellschaft informiert über Selbsthilfe und bundesweite Selbsthilfe-Gruppen unter: www.schmerzgesellschaft.de > *Patienteninformationen* > *Selbsthilfe*.

Schmerzarten

Schmerzen können in unterschiedliche Schmerzformen eingeteilt werden. Es können auch Mischformen vorliegen.

Nozizeptive Schmerzen

Nozizeptive Schmerzen entstehen, wenn infolge einer Gewebeschädigung Schmerzsignale an das Gehirn gesendet werden. Ein Schmerzsignal wird durch Verletzungen (z. B. Knochenbruch, Schnittwunde, Verbrennung) oder auch durch körpereigene Prozesse wie Entzündungen oder Gewebeschädigungen ausgelöst.

Nozizeptive Schmerzen werden unterteilt in **somatische** Schmerzen, wenn diese z. B. im Knochen, der Haut oder den Gelenken entstehen (z. B. Rückenschmerzen, Rheumaschmerzen, Arthroseschmerzen) und **viszerale** Schmerzen, wenn die Schmerzsignale aus den Eingeweiden (z. B. Magen, Darm, Niere, Bauchspeicheldrüse) kommen.

Nervenschmerzen

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

Zu den Nervenschmerzen zählen z. B. Nervenwurzelschmerzen bei Ischialgie, Gesichtsschmerzen bei Trigeminusneuralgie und Schmerzen bei Gürtelrose (postherpetische Neuralgie).

Psychogene Schmerzen

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

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

Mischformen („mixed pain“)

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

Zu den gemischten Schmerzen zählen z. B. Tumorschmerzen und Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die in ein Bein ausstrahlen (Lumboischialgie).

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

Einteilung chronischer Schmerzen nach der neuen ICD-11

In der ICD-10, der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, werden Schmerzen nur als Symptom bei verschiedenen anderen Krankheiten genannt.

2022 wurde von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) die **neue ICD-11** in Kraft gesetzt. Die entscheidende Neuerung in der ICD-11 ist, dass **chronische Schmerzen als eigene Krankheit** klassifiziert werden und das auch sog. chronische primäre Schmerzen anerkannt werden, für die keine Ursache bekannt ist. Unter chronische sekundäre Schmerzen fallen alle Schmerzen, für die (zumindest teilweise) eine körperliche Ursache bekannt ist.

Chronische primäre Schmerzen

Der chronische Schmerz ist ein eigenständiger Gesundheitszustand und kann durch keine andere Diagnose erklärt werden. Er führt zu Funktions-einschränkungen im Alltag und in der sozialen Teilhabe oder zu emotionalem Stress, z. B. einer depressiven, ängstlichen oder frustrierten Stimmung.

Chronische primäre Schmerzen werden eingeteilt in:

1. Chronische primäre viszerale Schmerzen (Eingeweide)
2. Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom
3. Chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen (Muskeln und Knochen)
4. Chronische primäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen (Mund und Gesicht)
5. Komplexes regionales Schmerzsyndrom
6. Sonstige chronische primäre Schmerzen

Chronische sekundäre Schmerzen

Der chronische Schmerz ist eine Folge einer körperlichen Erkrankung oder Veränderung.

Chronische sekundäre Schmerzen werden eingeteilt in:

1. Chronische tumorassoziierte Schmerzen (infolge von Krebs oder Krebsbehandlung)
2. Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen (nach Operationen oder Unfällen)
3. Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen (Muskeln und Knochen)
4. Chronische sekundäre viszerale Schmerzen (Eingeweide)
5. Chronische neuropathische Schmerzen (Nerven)
6. Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen (Mund und Gesicht)

Schmerz und Psyche

Chronische Schmerzen sind für die Betroffenen in der Regel auch psychisch sehr belastend. Andererseits können psychische Probleme, wie z.B. Depressionen oder Angststörungen, Auslöser für die Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen sein. Chronische Schmerzen, psychische Belastungen und soziale Faktoren beeinflussen sich oft gegenseitig, sodass die Therapie mehrere Behandlungsmodule (z. B. Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie) umfassen sollte.

Wechselseitige Beeinflussung

Ursache chronischer Schmerzen können psychische Beeinträchtigungen sowie psychosoziale Probleme sein. Umgekehrt können sich chronische Schmerzen auf die psychische Gesundheit auswirken.

Zu den wichtigsten international anerkannten Erklärungsmodellen chronischer Schmerzen gehört das sog. **bio-psycho-soziale Modell**. Dieses geht davon aus, dass bei chronischen Schmerzkrankheiten nicht nur körperliche/biologische Ursachen eine Rolle spielen, sondern auch psychische und soziale Merkmale diese beeinflussen.

Biologische Faktoren	Zum Beispiel: • Verletzungen, Schädigungen • Viren, Bakterien • Muskelschmerzen/Verspannungen • Genetische Veranlagung
Psychische Faktoren	Zum Beispiel: • Negative Einstellungen/Erwartungen, z. B. Katastrophendenken, ständige Unzufriedenheit • Gefühle, z. B. Angst, Hilflosigkeit • Fehlende Bewältigungsstrategien • Problematische Stressverarbeitung
Soziale Faktoren	Zum Beispiel: • Probleme innerhalb der Familie • Fehlende Freundschaften/soziale Unterstützung • Ständige Konflikte • Schwierige Arbeits- und/oder Wohnverhältnisse • Fehlende finanzielle Stabilität

Häufig (aber nicht immer) entstehen chronische Schmerzen durch **körperliche/biologische Probleme**, z. B. infolge einer Verletzung oder durch Fehlhaltungen.

Auch **psychische Beschwerden** können chronische Schmerzen verursachen, beeinflussen und aufrechterhalten. Dazu zählen insbesondere Depressionen, Angststörungen, Psychosen oder Belastungsstörungen. Ebenso können verfestigte Haltungen und Lebenseinstellungen chronische Schmerzen auslösen, verstärken oder aufrecht erhalten, z. B.: Hilflosigkeit („*Ich kann nichts machen.*“), Durchhaltewillen („*Ich muss das aushalten.*“), Katastrophendenken („*Das wird wieder ganz schlimm.*“) oder Leistungsdruck („*Ich muss das schaffen.*“).

Ein weiterer wichtiger Faktor für das Entstehen und Andauern von Schmerzen können **soziale Schwierigkeiten** sein. Einsamkeit, ständige Konflikte in der Familie oder Probleme am Arbeitsplatz sind häufige Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen.

So kann eine chronische Schmerzkrankheit durch jeden der 3 Bereiche entstehen. Zudem können sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen, sodass bei einer Schmerztherapie (siehe S. 15) immer alle 3 Bereiche berücksichtigt werden sollten.

Chronische Schmerzen und Depressionen

Viele Patienten mit Depressionen leiden auch unter körperlichen Schmerzen, z. B. Muskelschmerzen oder Kopfschmerzen. Schmerzen gelten als mögliches Symptom bei Depressionen. Diese chronischen Schmerzen können dann einer erfolgreichen Therapie der Depression im Weg stehen. Umgekehrt können chronische Schmerzen zu einer Depression führen.

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

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

Obwohl die Depression ein häufiges Begleitsymptom einer chronischen Schmerzkrankung ist, wird sie bei vielen Schmerzpatienten nicht erkannt. Oft sind Betroffenen die psychischen Anteile ihrer Erkrankung nicht bewusst oder sie lehnen eine entsprechende Behandlung, z. B. Psychotherapie, aus Angst vor Stigmatisierung ab und schildern deshalb nur ihre körperlichen Symptome.



- Nähere Informationen zum Krankheitsbild der Depression sowie umfangreiche Hinweise zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung bietet der betaCare-Ratgeber „Depression & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* > *Depression & Soziales* kostenlos heruntergeladen werden.
- Vertiefte Informationen rund um das Thema „Schmerz und Psyche“ finden Sie bei folgenden Organisationen:
 - **Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.** mit Infos und Adressen zur Schmerzpsychotherapie und Patientenberichten: www.dgpsf.de > *Für Patient:innen*.
 - **Deutsche Schmerzgesellschaft** mit Infos zu Schmerz und Psyche: www.schmerzgesellschaft.de > *Patienteninformationen* > *Herausforderung Schmerz* > *Schmerz und Psyche*.
 - **Deutsches Kinderschmerzszentrum** mit Videos, die auch Erwachsene vieles leichter verstehen lassen: www.deutsches-kinderschmerzszentrum.de > *Über uns* > *Videos*.

Schmerzdiagnostik

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

Eine objektive Schmerzmessung ist schwierig, da Schmerzen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden. Ärzte sind auf die Mithilfe der betroffenen Person angewiesen, um deren Schmerz einschätzen zu können.

Neben der körperlichen Untersuchung spielt deshalb die Anamnese, d. h. die systematische Befragung zum Gesundheitszustand und Sozialleben eine wichtige Rolle. Eine Schmerzmessung mit Hilfe verschiedener Skalen und Tagebücher sowie eine umfassende Diagnostik sollen helfen, den Schmerz wirkungsvoll zu behandeln.

Schmerzanalyse

Für die Schmerzanalyse (Anamnese) sind folgende Angaben wichtig:

- **Schmerzort (Lokalisation) und Ausbreitung:**
Wo genau tut es weh? Wo ist der Schmerz am stärksten?
- **Beginn und Verlauf:**
Wann sind die Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten?
Wie häufig treten sie auf?
- **Schmerzgeschichte:**
Wie haben sich die Schmerzen im Lauf der Zeit entwickelt?
- **Schmerzintensität und -qualität:**
Wie stark sind die Schmerzen? Wie fühlt sich der Schmerz an?
Ist er stechend, brennend, dumpf oder ziehend?
- **Schmerzauslöser:**
Wodurch wird der Schmerz ausgelöst?
Gibt es Faktoren, die den Schmerz verstärken oder lindern?
- **Psychosoziale Aspekte:**
Welche Faktoren im Berufs- und Privatleben und welche persönlichen Verhaltensmuster können einen bedeutenden Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben? Gibt es kritische Lebensereignisse, die mit dem Auftreten der Schmerzen in Verbindung gebracht werden können? Wie wird der Schmerz erlebt? Welche Auswirkungen hat der Schmerz auf das Alltagsleben?

Schmerzdokumentation

- **Schmerzskalen**
Mit Hilfe von Schmerzskalen kann die Intensität der Schmerzen gemessen werden.
Folgende Skalen kommen in der Praxis zum Einsatz:
 - **Numerische Rating-Skala (NRS)**
Auf der NRS kann die betroffene Person ihre Schmerzen anhand einer Zahl von 0–10 einordnen. Dabei steht die 0 für keinen Schmerz und die 10 für den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die NRS kommt am häufigsten zum Einsatz.
 - **Visuelle Analog-Skala (VAS)**
Die VAS wird z. B. als farbiger Balken oder anhand von Smileys („lachender Smiley = keine Schmerzen“ bis „trauriger Smiley = stärkste vorstellbare Schmerzen“) dargestellt. Die betroffene Person kann ihre Schmerzen auf dieser Skala individuell zuordnen. Diese Skala eignet sich besonders für kleinere Kinder oder Betroffene mit geistigen Einschränkungen.
 - **Verbale Rating-Skala (VRS)**
Bei der verbalen Ratingskala wird die Person mit Schmerzen auf einem Fragebogen oder mündlich befragt, welches Wort ihre Schmerzen am besten beschreibt, z. B.: nicht vorhanden, leicht, mittel, stark oder sehr stark.

Diese Skalen liefern schnell aussagekräftige Ergebnisse. Da aber nur die Schmerzintensität gemessen wird, ist besonders bei chronischen Schmerzen eine umfassendere Anamnese, z. B. mithilfe von Schmerzfragebögen oder Schmerztagebüchern, notwendig.

- **Schmerzfragebogen**

Um möglichst viele für die Schmerzdiagnostik und -therapie relevante Aspekte zu erfassen, werden häufig ergänzend zum ärztlichen Gespräch standardisierte Schmerzfragebögen eingesetzt. Ein Schmerzfragebogen erfasst die subjektive Beschreibung der Schmerzen und Erkrankungen der betroffenen Person. Er kann von der betroffenen Person allein ausgefüllt werden (auch bereits im Vorfeld eines Arztgesprächs) oder von Arzt und der betroffenen Person gemeinsam. Schmerzfragebögen gibt es auf Papier und digital. Anhand der erfassten Informationen kann der Arzt die Schmerzart und mögliche Auslöser näher bestimmen und die Therapie entsprechend planen und anpassen. Einen Schmerzfragebogen finden Sie im Anhang auf S. 111.

- **Schmerztagebuch**

Es kann sinnvoll sein, in einem Schmerztagebuch regelmäßig zu notieren, wo und wann die Schmerzen aufgetreten sind und welche Therapien durchgeführt wurden. Dadurch kann der Verlauf und Erfolg der Schmerzbehandlung dokumentiert werden. Ein Schmerztagebuch wird idealerweise über mehrere Tage, Wochen oder Monate geführt. Alle für die Behandlung wichtigen Informationen, z. B. Medikamenteneinnahme, Schmerzstärke, Aussagen über Wohlbefinden und Aktivitäten, werden vermerkt.

In der Regel werden die Daten für vier Tageszeiten (morgens, mittags, abends, nachts) erfasst.

Eine regelmäßige Dokumentation der Schmerzen dient der Erfolgskontrolle und ggf. Anpassung der Therapie. Studien haben zudem belegt, dass allein das Führen des Schmerztagebuchs Betroffenen eine gewisse Kontrolle über ihre Schmerzen gibt, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit (Überzeugung, herausfordernde Situationen gut bewältigen zu können) vermittelt und die Eigentherapie verbessert.

Es gibt zunehmend Schmerztagebücher als Apps für das Smartphone.

Näheres siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen“.

Neurophysiologische und neurologische Diagnostik

Wenn die Anamnese und die körperliche Untersuchung keinen Aufschluss über die Ursache der chronischen Schmerzen gibt, dienen neurophysiologische Tests oder bildgebende Verfahren zur weiteren Diagnostik.

Folgende Untersuchungsmethoden kommen dabei häufig zur Anwendung:

- **Elektromyografie (EMG)**

Bei der Elektromyografie wird eine Nadelelektrode in den Muskel eingestochen und die elektrische Aktivität im Muskel gemessen. Diese Untersuchung dient zur Unterscheidung einer neuropathischen (Nervenschädigung) oder myopathischen (Muskelschädigung) Erkrankung.

- **Elektroneurografie (ENG)**

Bei der Elektroneurografie (ENG), auch Messung der Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) genannt, wird eine Elektrode auf die Hautoberfläche geklebt oder kleine Nadeln in die Nähe des Nerts gestochen. Der Nerv wird elektrisch stimuliert und die Muskelaktivität aufgezeichnet. Diese Methode wird bei Nervenverletzungen, z. B. Polyneuropathie, eingesetzt, um das Ausmaß der Schädigung gezielt zu untersuchen.

- **Evozierte Potentiale (EP)**

Bei dieser Untersuchung werden sog. Potentialunterschiede der elektrischen Hirnaktivität durch Reizung eines Sinnesorgans oder peripherer Nerven ausgelöst und mit Hilfe eines Elektroenzephalogramms (EEG) dargestellt. Dabei können Schädigungen der Sehbahn (visuell evozierte Potentiale – VEP), Leitfähigkeit des Hörnervs (akustisch evoziertes Potential – AEP), Schädigung des Geruchssinns (olfaktorisch evoziertes Potential – OEP) und Sensibilitätsstörungen peripherer Nerven (somatosensorisch evoziertes Potential – SEP) geprüft werden.

- **Quantitative Sensorische Testung (QST)**

Die sog. Quantitative Sensorische Testung (QST) liefert Informationen über das individuelle Schmerzempfinden der betroffenen Person. Testgeräte geben Reize (z. B. Wärme, Druck) an die behandelte Person weiter. Ob und wie diese die Reize wahrnimmt, kann z. B. auch einen Hinweis auf eine Schädigung der Nerven geben. Die QST ergänzt andere neurologische Messverfahren, z. B. die Neurographie (Messung der Nervenleitgeschwindigkeit), mit deren Hilfe insbesondere die Funktion dicker Nervenfasern untersucht wird. Die QST erfasst dagegen vor allem Störungen der dünneren Nervenfasern in der Haut, die der Messung der Nervenleitgeschwindigkeit entgehen. Dies ist wichtig, weil die Wahrnehmung von Schmerz vor allem über diese dünnen Nervenfasern erfolgt. Bisher wird die QST allerdings nur an wenigen spezialisierten Zentren angeboten.

Bildgebende Verfahren

Zu den bildgebenden Verfahren gehören:

- Konventionelle radiologische Verfahren, z. B. Abbildung eines bestimmten Körperbereiches durch eine Röntgen-Untersuchung, Computertomographie (CT) oder Einzel-/Mehrschicht-Spiral-CT
- Radiologische Verfahren ohne Röntgenstrahlen, z. B. Ultraschall (Sonografie) oder Kernspintomographie (MRT)
- Nuklearmedizinische Verfahren, z. B. Skelettszintigraphie oder Positronen-emissionstomographie (PET)

- Ein Schmerztagebuch, eine Schmerzskala und Broschüren können Sie bei der Deutschen Schmerzliga kostenlos herunterladen unter <https://schmerzliga.de> > Broschüren.
- Umfangreiche Patienteninformationen zur Schmerzdiagnostik bietet die Deutsche Schmerzgesellschaft unter www.schmerzgesellschaft.de > Patienteninformationen > Schmerzdiagnostik. Zudem bietet sie eine SchmerzApp mit Informationen und Artikeln rund um das Thema Schmerz unter www.schmerzgesellschaft.de > Patienteninformationen > NEU! – SchmerzApp.

Schmerztherapie

Die Behandlung chronischer Schmerzen hat das Ziel, dass die Schmerzen weniger werden und die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten sich wieder verbessern. Dafür stehen je nach Ursache der chronischen Schmerzen verschiedene Therapiemöglichkeiten (z. B. Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie) zur Verfügung.

In der Schmerzbehandlung werden oft verschiedene Behandlungen kombiniert, die sog. **multimodale Schmerztherapie**. Leistungen der **medizinischen Rehabilitation** und Trainings können Schmerzpatienten darin unterstützen, aktiv mit ihren Schmerzen umzugehen, sie anders wahrzunehmen und sie zu reduzieren.

Medikamente in der Schmerztherapie

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

Abhängig von der Schmerzart können verschiedene Medikamente eingesetzt werden:

- **Analgetika** (Schmerzmittel)
 - **Nichtopioide Analgetika** unterdrücken schmerzauslösende Prozesse und werden vor allem bei leichten bis mittelstarken Schmerzen angewendet. Sie wirken fiebersenkend und teilweise entzündungshemmend. Beispiele sind Acetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen, Paracetamol und Metamizol.
 - **Opioid-Analgetika** wirken vor allem im Gehirn und Rückenmark und hemmen die Schmerzweiterleitung. Opioide sind hochwirksame Schmerzmittel, die z. B. bei schweren Verletzungen oder Tumorschmerzen eingesetzt werden. Beispiele sind Tramadol, Tilidin, Morphin und Oxycodon.
- **Antidepressiva** (Mittel gegen Depressionen) wirken an Botenstoffen im Nervensystem und haben schmerzlindernde und entspannende Eigenschaften. Beispiele sind Amitriptylin und Clomipramin.

- **Antiepileptika/Antikonvulsiva** (Mittel gegen Epilepsie/Krämpfe) werden insbesondere bei Nervenschmerzen eingesetzt. Sie senken die Aktivitäten geschädigter Nerven und stabilisieren die Zellmembranen. Beispiele sind Gabapentin, Carbamazepin und Pregabalin.
- **Cannabinoide** sind chemische Verbindungen, die auch im menschlichen Körper vorkommen (sog. Endocannabinoide). Werden dem Körper zusätzliche Cannabinoide zugeführt, wirken sie u. a. schmerzlindernd.
- **Pflanzliche Schmerzmittel** werden teilweise ergänzend zu anderen Schmerzmitteln eingesetzt, um deren Dosis zu senken und dadurch Nebenwirkungen zu verringern. Beispiele sind Arnika, Teufelskrallen oder Weidenrinde.

Die Krankenkasse übernimmt bei verordnungspflichtigen Medikamenten in der Regel die Kosten. Bei vielen Medikamenten müssen jedoch Zuzahlungen geleistet werden (siehe S. 35).

Opioide

Opioide fassen alle morphinartig wirkenden Substanzen zusammen. Sie hemmen die Schmerzübertragung in Gehirn und Rückenmark, indem sie sich an den Schmerz-Schaltstellen auf die sog. Opioid-Rezeptoren setzen.

Hinweise zum Umgang mit Opioiden

- Opioide können als **Retardpräparate** verabreicht werden. Das sind Medikamente, die ihren Wirkstoff langsam über einen längeren Zeitraum freisetzen. Sie müssen nach einem **festen Zeitplan** eingenommen werden, um eine gleichmäßige Wirkung zu erreichen.
- Opioide können verschiedene **Nebenwirkungen** haben. Dazu zählen z. B. Verstopfung, Atemdepression (Abflachung/Herabsetzung der Atmung), Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen. Eine Verstopfung kann zum Teil durch viel Trinken, Vollwertkost und ausreichend Bewegung abgemildert werden. Reichen diese Maßnahmen allein nicht aus, um die Beschwerden zu lindern, können Abführmittel (Laxantien) helfen. Näheres unter www.betanet.de >
Suchbegriff: „Verstopfung bei Opioidanwendung“.
- Zu den Gefahren von Opioiden zählen auch der **Missbrauch** und die **Abhängigkeit** von den Medikamenten. Opioide haben ein unterschiedliches Abhängigkeitspotenzial und auch jeder Patient ist anders. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt genau über die Risiken des Medikaments aufklärt und auch das Missbrauchspotenzial des Patienten (z. B. früherer Drogenmissbrauch) abklärt. Nach einer ausführlichen Beratung und bei richtiger Anwendung ist die Gefahr einer Abhängigkeit jedoch sehr gering. Zudem sind Opioide bei starken Schmerzen oft die einzig wirksame Therapie.

- Um **Entzugssymptome**, wie z.B. Schwitzen oder Übelkeit zu vermeiden, dürfen die Medikamente nicht abrupt abgesetzt werden, sondern müssen **schrittweise reduziert** werden.
 - Eine Opioideinnahme in der **Schwangerschaft** kann zu Entzugssymptomen beim neugeborenen Kind führen. Deshalb sollte jede Einnahme von Opioiden, auch von freiverkäuflichen Schmerzmitteln, bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft vorher mit dem Arzt geklärt werden.
Hilfreiche Informationen bietet auch das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, das unabhängig über die Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit informiert, unter www.embryotox.de > *Erkrankungen* > *Suchbegriff: „Schmerztherapie“*.
 - Opioide können das **sexuelle Verlangen** mindern. Bei Problemen können sich Betroffene an ihren behandelnden Arzt oder eine Beratungsstelle von Pro Familia (www.profamilia.de) wenden.
-
- Opioide werden auf einem speziellen Rezept, dem sog. **Betäubungsmittel-rezept**, verordnet. Es ist gelb und in der Regel nur bis 8 Tage inklusive Verschreibungsdatum gültig.
 - Um die medizinische Notwendigkeit der Opioideinnahme z. B. bei Verkehrskontrollen oder gegenüber anderen Ärzten nachweisen zu können, sollte ein sog. **Opioid-Ausweis** mitgeführt werden. In diesem Dokument sind die Medikamente, die Dosierung und Einnahmedaten vermerkt. Einen Opioid-Ausweis finden Sie im Anhang auf S. 118 oder können ihn kostenlos unter www.betaCare.de > *Ratgeber* > *Schmerz & Soziales* herunterladen.



Cannabinoide

Cannabinoide können die Wirkung bestimmter Schmerzmittel (z.B. von Opioiden) verstärken, die Übertragung von Schmerzreizen hemmen und haben gleichzeitig eine stimmungsaufhellende, schlaffördernde und angstlösende Wirkung.

Die aktuelle Studienlage nach klinischen Standards ist bisher allerdings noch unzureichend. Am ehesten wissenschaftlich belegt ist die Wirkung bei chronischen und neuropathischen Schmerzen (Nervenschmerzen), Übelkeit und Erbrechen durch Zytostatika (Chemotherapie bei Krebs), für die begleitende Behandlung von Spastiken und bei Multipler Sklerose.

Bei der Verordnung von Cannabis muss der Patient umfassend über mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgeklärt werden.

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

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

Bei welchen Erkrankungen Cannabis verordnet werden kann, ist gesetzlich nicht näher festgelegt. Es müssen jedoch **schwerwiegende Symptome** vorliegen und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht darauf bestehen, dass sie durch Cannabis gelindert werden. Als schwerwiegend gilt eine Krankheit, wenn sie lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigt.

Damit die **Kosten übernommen** werden, muss das Cannabis **ärztlich verordnet** werden. Cannabis kann von Ärzten jeder Fachrichtung verordnet werden. Die erste Verordnung von medizinischem Cannabis muss die Krankenkasse **vorher** genehmigen. Die Krankenkasse darf aber nur in Einzelfällen ablehnen und muss dies begründen. Eine erneute Genehmigung ist nur notwendig, wenn sich die Therapie grundlegend ändert, z. B. beim Umstieg von Cannabisblüten auf ein Fertigarzneimittel.

Liegt die Genehmigung der Krankenkasse vor, kann das Cannabis unter Vorlage des Betäubungsmittelrezepts in einer Apotheke abgeholt werden. Wenn die Krankenkasse ihre Genehmigung zur Kostenübernahme nicht erteilt, kann Cannabis dennoch in begründeten Fällen von einem Arzt verordnet werden. Die (oft hohen) Kosten müssen dann vom Patienten selbst übernommen werden.

Physiotherapie

Physiotherapie hat das Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Bei Schmerzen soll sie vor allem Bewegungsangst und Verspannungen abbauen, Muskeln stärken und ein optimales Bewegungsverhalten trainieren. Auch physikalische Verfahren können helfen, Schmerzen zu lindern.

Zu den physiotherapeutischen Verfahren gegen Schmerzen zählen z. B.:

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

Beim chronifizierten Schmerzsyndrom (z.B. Nervenschmerzen, Fibromyalgie) beinhaltet eine Verordnung 6 Einheiten, insgesamt in der Regel bis zu einer Gesamtverordnung von 18 Einheiten, davon bis zu 12 Massageeinheiten.

Vielen Schmerzpatienten hilft auch ein gezieltes Training der Muskulatur durch Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 66). Dadurch können Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden.

Ergotherapie

Ergotherapie unterstützt Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit, z. B. durch Schmerzen bei bestimmten Bewegungsabläufen, eingeschränkt sind. Beratung und spezifische Übungen können die Fähigkeiten der Betroffenen wiederherstellen. Ziel der Ergotherapie bei Schmerzen ist das Üben von schmerzarmen Bewegungsabläufen oder Ersatzbewegungen, wenn der Schmerz bestimmte Bewegungsabläufe verhindert.

Physiotherapie und Ergotherapie sind anerkannte **Heilmittel** und können vom Arzt verordnet werden. Patienten ab 18 Jahren zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich (Näheres ab S. 38).

Akupunktur

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

Die Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation wird von der Krankenkasse nur bei chronisch schmerzkranken Patienten mit folgenden Indikationen bezahlt:

- Chronische Schmerzen der **Lendenwirbelsäule**, die ggf. nicht-segmental (nicht nur auf einen Teil des Rückenmarks bezogen) bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen
- Chronische Schmerzen des **Kniegelenks** durch Gonarthrose (Erkrankung des Kniegelenks mit immer stärker werdender Zerstörung des Gelenkknorpels)

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Schmerzen seit mindestens 6 Monaten bestehen.

Die Akupunktur kann jeweils bis zu **10 Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen** verordnet werden, in begründeten **Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von 12 Wochen**. Eine erneute Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen. Eine Einzelbehandlung dauert jeweils **mindestens 30 Minuten**.

Psychotherapie

Psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, können das Schmerzerleben und die Schmerzempfindlichkeit beeinflussen.

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

- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Systemische Therapie

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

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.

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig und die betroffene Person erhält aktuell keinen freien Therapieplatz, so ist eine **psychotherapeutische Akutbehandlung** möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und die betroffene Person mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Erwachsene können **2–4 Probestunden** (= probatorische Sitzungen) in einer psychotherapeutischen Praxis machen und Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden, um zu entscheiden, ob sie die Therapie dort durchführen wollen.

Steht die Entscheidung fest, muss der Patient zusammen mit seinem Therapeuten einen **Antrag** auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen über einzelne Therapieverfahren und deren Dauer finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Psychotherapie“.
- Über den Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können Sie einen zeitnahen Termin bei einem Psychotherapeuten bekommen. Nähere Informationen dazu bietet Ihnen die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter www.116117.de > Menü > Gesundheitsinfos > Psychotherapie.

Alternative Behandlungsverfahren

Bei Schmerzen werden vor allem Entspannungsmethoden eingesetzt, entweder in der physikalischen oder in der psychologischen Behandlung. Sie reduzieren Verspannungen und Stress, wirken auf Körper und Seele und können den Schmerz lindern. Viele Methoden können Patienten selbst erlernen und gezielt einsetzen. Anleitung zu den verschiedenen Entspannungsmöglichkeiten geben z. B. Reha-Kliniken, Ergo- und Physiotherapeuten oder Ärzte.

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

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Gezieltes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen.
- **Autogenes Training:** Methode, durch die man sich in einen Zustand einer veränderten, vertieften Wahrnehmung des eigenen Körpers versetzen kann. Patienten stellen sich etwas vor, z. B. „Ich fühle mich ganz warm“, und der Körper folgt der Vorstellung.
- **Yoga, Tai Chi, Qigong:** Ganzheitliche Körperübungen, Atem- und Meditationstechniken entspannen und dehnen die Muskulatur.
- **Biofeedback-Verfahren:** Patienten lernen, unbewusst ablaufende Körperprozesse zu beeinflussen.
- **Stressbewältigung durch Achtsamkeit** (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR): Achtsamkeitsübungen für den Alltag, um Stress zu reduzieren.
- **Hypnose:** Gezielte Entspannung und Konzentration in trance-ähnlichen Bewusstseinszuständen.
- **Feldenkrais-Heilmethode:** Übungen für eine bessere Körperhaltung und Beweglichkeit.
- **Imaginations- und Meditationstechniken:** Achtsamkeit, Fokussierung und Bewusstmachen innerer Bilder und Vorstellungen.

Von diesen Entspannungsmethoden werden progressive Muskelentspannung nach Jacobson, autogenes Training und Hypnose von der Krankenkasse übernommen, wenn es von entsprechend qualifizierten Leistungserbringern angeboten wird.

Darüber hinaus bieten viele Krankenkassen im Rahmen ihrer Bonusprogramme und Präventionskurse eine **teilweise oder komplette Kostenerstattung** für Entspannungskurse an, die z. B. an Volkshochschulen, bei Sportvereinen, in Fitnessstudios und in Ergo- und Physiotherapiepraxen angeboten werden.

Multimodale Schmerztherapie

Eine multimodale Schmerztherapie ist eine **multiprofessionelle Behandlung**, die bei länger anhaltenden, komplexen Schmerzen eingesetzt wird.

Dabei werden in der Regel folgende Therapiebausteine in enger zeitlicher und fachlicher Abstimmung eingesetzt:

- Schmerztherapie, z. B. Medikamente, Physiotherapie
- Schulungen, z. B. über das bio-psycho-soziale Modell, siehe S. 9
- Entspannungsverfahren und Stressbewältigungsprogramme, z. B. progressive Muskelentspannung, Yoga
- Physio-, Ergo- und Bewegungstherapie, z. B. Massagen, gezieltes körperliches Training
- Psychotherapeutische Gruppen- oder Einzeltherapie

Die multimodale Schmerztherapie kann berufsbegleitend, teilstationär oder in speziellen Schmerzkliniken stattfinden und unterschiedliche Schwerpunkte und Therapieformen beinhalten.

Minimal-invasive und operative Verfahren

Bei bestimmten chronischen Schmerzen können als letztes Mittel **minimal-invasive und operative Verfahren** durchgeführt werden, wenn die vorher genannten Therapiemöglichkeiten nicht erfolgreich waren. Minimal-invasive Verfahren greifen im Unterschied zu operativen Verfahren sehr gering in den Körper ein, sodass Haut- und Weichteile möglichst wenig verletzt werden. In der Regel können sie ambulant durchgeführt werden. Zu den minimal-invasiven Verfahren zählt z. B. die **Injektionstherapie**, bei der schmerz- und entzündungshemmende Medikamente gezielt an der schmerzenden Körperstelle, z. B. in Muskeln oder Nervenwurzeln eingespritzt werden. Da nur eine geringe Medikamentenmenge erforderlich ist, können Nebenwirkungen auf den gesamten Körper minimiert werden.

Folgende Verfahren werden abhängig vom Gesundheitszustand und dem Vorgehen minimal-invasiv oder operativ durchgeführt:

- **Neurostimulation:** Der Neurostimulator (auch Schmerzschrittmacher oder Nervenschrittmacher genannt) ist ein Gerät, das in der Regel unter der Haut am Bauch eingesetzt wird. Es sendet elektrische Impulse, die das Schmerzempfinden positiv beeinflussen. Patienten erhalten meist ein kleines Programmiergerät, mit dem sie die Impulsstärke anpassen können.
- **Schmerzmittelpumpe:** Eine kleine Schmerzmittelpumpe wird unter die Haut implantiert, von der aus ein dünner Schlauch in das Rückenmark gelegt wird. Die Schmerzmittelpumpe kann so eingestellt werden, dass sie eine bestimmte Dosis der in der Pumpe befindlichen Schmerzmittel zu festgelegten Zeiten freigibt.

- **Endoprothetik:** Ein durch Krankheit oder Unfall zerstörtes oder durch natürlichen Verschleiß abgenutztes Gelenk wird durch ein künstliches Gelenk (Endoprothese) ersetzt. Zu den häufig eingesetzten Endoprothesen zählen z. B. Hüft- und Kniegelenke. Hüftprothesen werden zunehmend minimal-invasiv eingesetzt, was bedeutet, dass Muskulatur, Sehnen, Gefäße und Nerven rund um das Gelenk möglichst wenig verletzt werden.
- **Bandscheibenoperation:** Wenn andere Therapieverfahren nicht ausreichen, empfiehlt die medizinische Leitlinie, über eine Operation nachzudenken, z. B. bei Veränderungen bzw. Rückbildungen von Bandscheiben oder einer Verengung des Wirbelkanals. Dafür gibt es verschiedene Verfahren, die jeweils speziell auf die Schmerzursache angepasst sind.
Ausführliche Informationen zur Behandlung von Rückenschmerzen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Rückenschmerzen > Behandlung“*.

Je nach Art und Umfang des Eingriffs kann das Verfahren ambulant oder stationär durchgeführt werden. Da alle invasiven Eingriffe Nebenwirkungen und Risiken haben, sollten Betroffene sich im Vorfeld eingehend beraten lassen und ggf. eine zweite Meinung einholen.

- Es gibt Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen bei Schmerzen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> > *Suchbegriff: „Schmerz“*. Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps bzw. digitale Gesundheitsanwendungen übernehmen.
- Über Versorgungsangebote speziell für Menschen mit chronischen Schmerzen (z. B. Schmerzzambulanzen, Schmerzkliniken) informiert die Deutsche Schmerzgesellschaft unter www.schmerzgesellschaft.de > *Patienteninformationen > Netzwerke der Versorgung*.
- Das Schmerztelefon der Deutschen Schmerzliga erreichen Sie unter Telefon 069 20019019 (Mo, Mi und Fr von 9–11 Uhr, Di und Do von 10–12 Uhr und Mo von 18–20 Uhr).



Praxistipps!

Leben mit chronischen Schmerzen



Leben mit chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen sind sehr belastend und können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben. Studien belegen, dass soziale Beziehungen Schmerzen positiv oder negativ beeinflussen können. Eine umfassende Schmerztherapie sollte deshalb auch soziale Aspekte im Blick haben.

Betroffene, Angehörige, Freunde und Kollegen können durch ihr Verhalten schmerzlindernd wirken. Konflikte oder sozialer Rückzug hingegen können Schmerzen verstärken. Wichtig ist, dass Menschen mit Schmerzen sich ernst genommen und verstanden fühlen, dadurch können die psychischen Risikofaktoren einer chronischen Schmerzerkrankung reduziert werden.

Soziale Auswirkungen von chronischen Schmerzen

Auswirkungen auf Patienten

Wer ständig oder häufig starke Schmerzen hat, gerät ohne schmerzlindernde Therapie leicht in einen Kreislauf von Einsamkeit, Angst, Hoffnungslosigkeit und Depression.

Dies kann zu sozialem Rückzug führen und z. B. folgende Auswirkungen auf das tägliche Leben und soziale Kontakte haben:

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

Auswirkungen auf Angehörige und Freunde

Chronische Schmerzen beeinflussen das gesamte Umfeld. Oft leidet die ganze Familie unter der Situation. Gesunde Menschen können sich kaum in die Lage von Schmerzpatienten hineinversetzen – das kann zu Konflikten führen. Aber auch die eigene Hilflosigkeit angesichts der Schmerzen des Angehörigen ist schwer zu ertragen.

- **Überforderung der Angehörigen**

Wenn sich Familienangehörige um die Probleme und Sorgen des Schmerzpatienten kümmern, kann das dazu führen, dass ihnen nur noch wenig Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse und Angelegenheiten bleibt.

- **Wegfall gemeinsamer Aktivitäten**

Häufig ziehen sich die Betroffenen zurück und meiden soziale Kontakte. Sind langes Gehen oder Sitzen nicht mehr möglich, können Aktivitäten mit Partner oder Familie, z. B. Konzert- und Restaurantbesuche oder Hobbys, nur noch sehr eingeschränkt wahrgenommen werden. Das kann zu Spannungen führen.

- **Finanzielle Probleme**

Lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit und daran anschließende Arbeitslosigkeit können finanzielle Probleme nach sich ziehen. Unter Umständen kann der Lebensstandard der Familie nicht mehr gehalten werden.

- **Familiäre Konflikte**

Wenn die Schmerzerkrankung sehr lange anhält und Therapieerfolge ausbleiben, kann es gehäuft zu familiären Konflikten kommen.



Tipps für Menschen mit Schmerzen

- Den behandelnden **Arzt** bezüglich der Schmerzen **ansprechen**. Nahezu alle Schmerzen können mit der richtigen Behandlung gelindert werden. Wenn erste Therapieansätze nicht greifen, frühzeitig nach einem spezialisierten Schmerztherapeuten fragen.
- Den **Arzt informieren**, wenn eine eingeleitete Schmerztherapie nicht ausreichend wirksam ist oder störende Nebenwirkungen auftreten. Möglicherweise gibt es ein besser verträgliches Medikament.
- **Schmerztagebuch** führen: Das hilft, die Wirksamkeit der Schmerztherapie einzuschätzen und diese richtig anzupassen.
- Besuch einer **Selbsthilfegruppe** für Schmerzpatienten: Was hilft, ist vor allem das Verstanden werden und der Austausch mit anderen Betroffenen.
- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf das Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend verstärken oder abschwächen können, ist **Ablenkung** eine wichtige Verhaltensstrategie gegen den Schmerz. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern. Schonen und Leiden können dagegen zu einer Verstärkung der Schmerzen beitragen.

- Die **Beschäftigung mit Tieren** oder das **Engagement in einer Gruppe** (Selbsthilfe, Ehrenamt, Verein, Kurse usw.) kann die Lebensfreude fördern und vor Isolation und Vereinsamung schützen.
- **Körperliche Übungen**, die individuell abgestimmt sind, lindern Schmerzen und erhöhen die Lebensqualität, Näheres siehe S. 28.
- Ist **Krebs** der Auslöser für die Schmerzen, sind auch psychosoziale Krebsberatungsstellen eine hilfreiche Anlaufstelle. Das Deutsche Krebsforschungszentrum bietet unter www.krebsinformationsdienst.de > Service > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen Adressen regionaler Anlaufstellen.
- Bei **sexuellen Problemen** können sich Betroffene auch an die deutschlandweit vertretenen Beratungsstellen von Pro Familia wenden. Adressen unter www.profamilia.de.

Tipps für schmerzkranken Eltern

- Benötigt ein chronisch schmerzkranker Elternteil Unterstützung bei der Kinderbetreuung, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine **Haushaltshilfe** beantragt werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Im Bedarfsfall können auch **Leistungen des Jugendamts**, z. B. eine ambulante Familienpflege, eine Tagespflege (Betreuung durch eine Tagesmutter/einen Tagesvater) oder eine sozialpädagogische Familienhilfe, in Frage kommen.

Tipps für Angehörige und Freunde

- Familienangehörige sollten **keinen Erwartungsdruck** auf den Schmerzpatienten ausüben. Viele Patienten ziehen sich gerade deshalb zurück, um diesem Druck sowie der Angst, als Simulant angesehen zu werden, aus dem Weg zu gehen.
- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf das Schmerzepfinden haben und dieses entsprechend verstärken oder abschwächen können, ist die **Ablenkung von den Schmerzen** eine wichtige Strategie. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern.
- Ist der Schmerzpatient sehr oft gereizt, sollten sich Angehörige bewusst machen, dass diese „Launen“ keine Böswilligkeit sind, sondern **Ausdruck des Leidens**. Dennoch ist es schwer, dies auf Dauer auszuhalten. Hilfreich ist, sich Menschen im Umfeld zu suchen, die einem guttun, oder in eine Selbsthilfegruppe für Angehörige zu gehen.
- **Anteilnahme verbunden mit Motivation** wirkt sich günstig aus. Dagegen können übermäßige Bemitleidung und Schonung das Schmerzepfinden verstärken.
- Bei Konflikten sollte sich eine Familie nicht scheuen, sich **fachmännische Hilfe** zu holen, z. B. in einer Familienberatungsstelle oder einer Paar- oder Familientherapie.



Sport und Bewegung

Sport und Bewegung helfen vor allem bei chronischen Schmerzen, die das Skelett und die Muskulatur betreffen, z. B. Rückenschmerzen. Welche Bewegungsart geeignet ist, hängt von der Art der Schmerzen und der betroffenen Körperregion ab.

Wenn bei bestimmten Bewegungen Schmerzen auftreten (**Bewegungsschmerzen**), versuchen viele Patienten, diese Bewegungen zu vermeiden oder einzuschränken. Doch das Ruhigstellen verschlimmert auf Dauer den Schmerz, da sich Muskeln, die nicht bewegt werden, fortschreitend abbauen und sich Gelenkkapseln und Sehnen zusammenziehen. In der Folge kann diese Bewegung gar nicht mehr oder nur unter noch stärkeren Schmerzen ausgeführt werden. Ersatzbewegungen können zu Verspannungen oder Fehlhaltungen führen, die ebenfalls Schmerzen nach sich ziehen können.

Regelmäßige, gezielte Bewegungen können Schmerzen lindern, da der Körper bei sportlicher Betätigung **Dopamin und Endorphine** (Glückshormone) ausschüttet, die, ähnlich wie Opioide, schmerzstillend wirken. Zudem wirken sich die Dehnung und Kräftigung der **Muskulatur** sowie die Stärkung des **Herz-Kreislauf-Systems** positiv auf Körper und Psyche aus. Schon eine geringe sportliche Aktivität kann chronischen Schmerzen vorbeugen bzw. das Schmerzempfinden positiv beeinflussen.

Da Schmerzen individuell sehr verschieden sind, können keine pauschalen Empfehlungen zum Bewegungstraining gegeben werden. Patienten sollten lernen, auf ihren Körper zu hören und ihr Training dementsprechend anpassen.

Grundsätzlich sollte vor Beginn des Trainings eine **ärztliche oder sport-therapeutische Beratung** erfolgen, da sich falsches Training ungünstig auswirken kann.

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

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

Bei der Teilnahme an Kursen und Gruppenstunden sollten Übungsleiter vor Stundenbeginn über akute Schmerzsituationen informiert werden.



- **Wichtig ist**, dass Sie sich **regelmäßig** zum empfohlenen Training motivieren, auch wenn ein therapeutisch angeleitetes Training (das oft befristet ist) ausläuft. Dreimal pro Woche Training werden in der Regel empfohlen, aber es gibt auch Übungen, die Sie täglich oder mehrmals täglich ausführen sollten. Sinnvoll ist, dass Sie mehrere Sportarten ausprobieren, bis Sie diejenige gefunden haben, die Ihnen gut tut und vor allem **Spaß** macht.
- Fragen Sie auch bei Ihrer Krankenkasse nach, ob und für welche **Sport- und Gesundheitskurse** eine anteilige Kostenerstattung möglich ist. Die meisten gesetzlichen Krankenkassen erstatten bis zu 80 % oder eine feste Pauschale pro Kurs.
- **Reha-Sport und Funktionstraining** können unter bestimmten Voraussetzungen vom Arzt verordnet werden, Näheres siehe S. 66.

Autofahren bei Medikamenteneinnahme

Autofahren bei Einnahme von Medikamenten ist laut Straßenverkehrsordnung erlaubt, wenn die Medikamente zur Behandlung einer Krankheit notwendig und – ganz wichtig – vom Arzt verordnet sind. Autofahrer müssen jedoch vor jeder Fahrt selbst prüfen, ob ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt ist. Darüber hinaus muss auch der behandelnde Arzt die Fahrtauglichkeit des Patienten beurteilen und dem Patienten Informationen geben.

Pflicht bei Medikamenteneinnahme: Fahrtüchtigkeit selbst prüfen

Beeinträchtigt die Wirkung von Arzneimitteln die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs, ist bis zum völligen Abklingen der beeinträchtigenden Wirkung die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art **nicht** gegeben. Prinzipiell sind Ärzte **verpflichtet**, Führerscheininhaber, die auf Medikamente, z. B. Schmerzmittel oder Psychopharmaka, angewiesen sind, auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Normalerweise erfolgt dieser Hinweis schriftlich und wird vom Patienten bestätigt. Andernfalls könnten Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden.

Ordnungswidrig handeln Autofahrer, die unter der Wirkung von bestimmten **berauschenden Mitteln und Substanzen** (z. B. Cannabis, Morphin) ein Kraftfahrzeug führen. Wurde die Substanz **ärztlich verschrieben** und **bestimmungsgemäß** für einen **konkreten Krankheitsfall** eingenommen, liegt **keine Ordnungswidrigkeit** vor.

Wichtig ist, dass bei den Betroffenen **keine dauerhaften Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit** festzustellen sind und die Grunderkrankung sowie deren Symptomatik **verkehrsmedizinisch nicht relevant** sind.

Wenn Patienten trotz dieser Medikamente Autofahren dürfen, sollten sie sich dies vom Arzt schriftlich bestätigen lassen. Diese Bestätigung gibt es in der Regel nur, wenn die Medikamente regelmäßig nach Vorgabe eingenommen werden, die Therapie wirkt und die Patienten einen guten, stabilen Allgemeinzustand haben.

Medikamente dürfen **keinesfalls plötzlich abgesetzt** werden, weil sowohl das Absetzen an sich als auch die fehlende Wirkung der Medikamente fahruntauglich machen können. Veränderungen der Dosierung oder der Einnahmezeiten sollten immer in ärztlicher Absprache erfolgen.

Insbesondere zu Beginn einer Arzneimittelbehandlung ist eine sorgfältige ärztliche Überwachung notwendig und Betroffene sollten auf mögliche Nebenwirkungen und Einschränkungen achten. Doch auch später und vor allem bei chronischen und schweren Krankheiten ist eine regelmäßige ärztliche Kontrolle der medikamentösen Therapie notwendig.

Wichtig:

Auch wenn ein Arzt die grundsätzliche Erlaubnis zum Autofahren gibt, müssen Patienten **vor jeder Fahrt** ihre Fahrtauglichkeit selbst kritisch einschätzen. Bei Bedenken bezüglich der Fahrtauglichkeit sollten Patienten sich besser fahren lassen, ein Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Tun sie dies nicht, riskieren sie Geldstrafen und den Entzug der Fahrerlaubnis.

Fahrtauglichkeit bei Opioidaufnahme

Verschiedene Studien zur Fahrtauglichkeit bei Opioidaufnahme ergaben, dass bei stabiler Dosierung im Allgemeinen die Belastbarkeit, Konzentration, Orientierung, Aufmerksamkeit oder Reaktionsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt sind.

Trotzdem muss bei Opioiden, z. B. auch bei Schmerzplaster, Folgendes ernst genommen werden:

- Fahrtüchtige Patienten sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen. Darin vermerkt der Arzt, dass der Betroffene auf diese Medikamente angewiesen ist. Einen Opioid-Ausweis finden Sie im Anhang auf S. 118 oder können ihn unter www.betaCare.de > Ratgeber > Schmerz & Soziales herunterladen.
- Während der **Einstellungsphase**, z. B. von Morphin, wird das Führen eines Fahrzeugs wahrscheinlich nicht möglich sein, da in den ersten 14 Tagen sowie nach jeder Dosiserhöhung aufmerksamkeitsbeeinträchtigende Nebenwirkungen häufig sind. Gut eingestellte Patienten, die nicht mehr unter Sehstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindel leiden, sind in ihrer Fahrtüchtigkeit in der Regel nicht eingeschränkt.

Fahrtauglichkeit bei Einnahme von medizinischem Cannabis

Für den Großteil der Patienten, die medizinisches Cannabis einnehmen, kommt Autofahren, z. B. wegen eines sehr schlechten körperlichen Allgemeinzustands, von vornherein nicht in Frage.

Nach Angaben des Deutschen Bundestags (www.bundestag.de > *Suchbegriff: „18/11701“*) ist das **Autofahren** jedoch **grundsätzlich möglich**, denn bei bestimmungsgerechter Einnahme fahren die Patienten nicht im Rauschzustand. Im Gegenteil: Erst der Einsatz des medizinischen Cannabis befähigt sie zur Teilnahme am Straßenverkehr. Während der Einstellungsphase kann die Fahrtüchtigkeit wegen der beginnenden Medikation jedoch beeinträchtigt sein. Von dieser Regelung kann es je nach Bundesland Abweichungen geben.

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen enthalten an mehreren Stellen detaillierte Hinweise zur Kraftfahreignung im Zusammenhang mit Medikamenten. Der Download der Leitlinien ist kostenlos unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* > unten „*Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung zum Download*“ > oben „*Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung*“ > rechts „*Volltext Dateien herunterladen*“.



Reisen

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

Wer regelmäßig starke Schmerzmittel einnimmt, sollte bei Auslandsreisen folgende Aspekte beachten:

- Medizinische Notwendigkeit der Medikamente nachweisbar machen, z. B. mit ärztlicher Bescheinigung, Gebrauchsinformation
- Informationen übersetzen lassen
- Mengenlimitierung beachten
- Zeitverschiebung, veränderte Klimabedingungen und Komplikationen (Durchfall, Erbrechen) mit einkalkulieren
- Rechtzeitig planen

Bescheinigungen bei Auslandsreisen

Bei Reisen ins Ausland ist es wichtig, sich **vor der Einreise** über die jeweiligen **Bestimmungen** der Einfuhr von Schmerz- und Betäubungsmitteln zu informieren. Diese können je nach Reiseziel sehr unterschiedlich ausfallen. **Wichtig ist** in jedem Fall eine **ärztliche Bescheinigung** über die Medikamenteneinnahme des behandelnden Arztes in englischer Sprache.

Bei Reisen **innerhalb der EU** darf grundsätzlich der **Eigenbedarf** an Medikamenten mitgeführt werden. Bei Flugreisen muss jedoch darauf geachtet werden, dass Flüssigkeiten (z. B. Medikamente in Tropfenform) im Handgepäck nur in einem 1-Liter-Beutel mitgeführt werden dürfen. Die Einzelbehältnisse in dem Beutel dürfen jedoch nur maximal 100 ml umfassen.

Nähere Informationen bietet die Bundespolizei unter www.bundespolizei.de > *Sicher auf Reisen* > *Mit dem Flugzeug* > *Was darf ich mitnehmen?*.

Bei Reisen **außerhalb der EU** ist es besonders **wichtig**, die Einreisebestimmungen im Vorfeld zu erfragen. Eine **rechtsverbindliche Auskunft** erteilt die Botschaft des Reiselandes in Deutschland. Kontaktdaten finden Sie beim Auswärtigen Amt unter www.auswaertiges-amt.de > *Sicher Reisen* > *Vertretungen Ihres Reiselandes in Deutschland*.

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

- Für Schengen-Länder ist das „Formular für eine Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“ erforderlich. Es kann beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de > *Bundesopiumstelle* > *Betäubungsmittel* > *Reisen mit Betäubungsmitteln* heruntergeladen werden.
- Für andere Länder kann dort ein „Muster für eine mehrsprachige Bescheinigung für die Mitnahme von Betäubungsmitteln“ heruntergeladen werden.

Die Bescheinigung muss von der Gesundheitsbehörde beglaubigt werden.

Patienten, die auf Opioide angewiesen sind, sollten immer ihren Opioid-Ausweis mit sich führen.

Transport der Medikamente

Medikamente sollten immer aufgeteilt transportiert und aufbewahrt werden: einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer, einen Teil im Hotelzimmer, einen Teil im Safe, einen Teil für unterwegs. Falls ein Gepäckstück abhanden kommt oder eingebrochen wird, ist auf jeden Fall die Medikamentenversorgung gesichert. Auf Flugreisen sollten Schmerzmittel im Handgepäck mitgeführt werden, weil Temperatur- und Druckverhältnisse im Gepäckraum stark schwanken und die Wirksamkeit der Medikamente beeinträchtigen können. Schmerzmedikamente vertragen nur einen bestimmten Temperaturbereich, ideal ist deshalb der Transport in einer Isoliertasche.

Gefahr: Durchfall

In manchen Reiseländern ist die Gefahr relativ hoch, durch **ungewohnte Speisen oder verunreinigtes Trinkwasser** Durchfall zu bekommen. Manchen Reisenden wird auch bei Flügen oder Seereisen übel, sodass sie sich übergeben müssen. Bei Durchfall oder Erbrechen können Schmerzmittel, die oral (= durch den Mund) eingenommen wurden, eventuell nicht mehr ausreichend wirken. Eine Möglichkeit, die Unterversorgung mit Schmerzmitteln zu vermeiden, sind Opioide, die nicht über Magen-Darm aufgenommen werden, sondern durch die Haut (Pflaster), über die Schleimhäute (Mund: Tabletten oder Lutscher; Nase: Spray) oder Spritzen. Diese sollte sich der Patient vorsorglich verordnen lassen.

Tipps für eine erholsame Reise

Eine unbekannte Umgebung und neue Eindrücke können vom Schmerz ablenken. Die Reise sollte möglichst stressfrei geplant werden, z. B. Hilfe eines Reisebüros in Anspruch nehmen, Gepäck vorab einchecken, damit Schmerzpatienten nicht lange in der Schlange stehen müssen.

Folgende Tipps können helfen:

- Ausreichend Pausen einplanen.
- Eventuell muss die medikamentöse Therapie **höher dosiert** (nach vorheriger Absprache mit der Arztpraxis) werden als zu Hause, weil z. B.
 - die An- und Abreise besonders belastend ist (z. B. langes, unbequemes Sitzen im Flugzeug).
 - im Urlaub oft ein Teil des Therapiespektrums wie Akupunktur, Physio- oder Psychotherapie wegfällt.
- Für **Menschen mit Migräne** kann der **Jetlag** problematisch werden. Deshalb sollte auch im Urlaub der normale Tagesrhythmus eingehalten werden.
- Wer **Opioide** einnimmt, sollte sich bei **Zeitverschiebung** sofort auf den Tagesrhythmus vor Ort einstellen und Übergangsprobleme mit niedriger dosierten Präparaten, z. B. Tropfen, überbrücken.
- Die Anwendung von **Schmerzpflastern** kann in heißen Ländern problematisch werden, da schweißfeuchte Haut eine höhere Dosis aus dem Pflaster schwemmt. Eventuell auf niedriger dosierte Pflaster ausweichen.
- Patienten, die **TENS-Geräte** benutzen, kommen in heißen Ländern mit einer geringeren Stromintensität aus als zu Hause, da schweißfeuchte Haut besser leitet als trockene. Am Flughafen gibt es keine Probleme mit dem Gerät, wenn die Gebrauchsanweisung vorgelegt werden kann.





 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

t-Brutto

Vers

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Betroffene mit chronischen Schmerzen benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen können gerade für Menschen mit chronischen Schmerzen eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bestimmte Belastungsgrenzen. Wenn diese erreicht sind, können Betroffene sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

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.

Praxistipps!

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

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge“ nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

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

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z. B. Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

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

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

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

Informationen und Hinweise zu den Festbeträgen können unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge nachgelesen werden.

Häusliche Krankenpflege

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird die versicherte 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.

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, Anschlussrehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussrehabilitationen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen z.B. eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verhindern oder verringern.

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Die Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Schmerzpatienten im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leisten, können sie sich auf Antrag von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Jahres befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

Erreichen der Belastungsgrenze

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

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht** zu den **Einnahmen** zählen z.B. Pflegegeld oder Kindergeld.

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 krankenversichert 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 familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte mitarbeitende Familienangehörige und 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 aus dem gemeinsamen Haushalt, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe S. 38), 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 eingetragenen 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, fallen keine weiteren Zuzahlungen mehr an.



- 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.
- 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.
- 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.

Besondere Belastungsgrenze bei Bezug von Sozialleistungen

Beim Bezug bestimmter Sozialleistungen gilt eine besondere Belastungsgrenze von 135,12 € pro Jahr, bei chronisch Kranken 67,56 € pro Jahr. Sie wird auf der Basis des sog. Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 berechnet. Er beträgt 2024 563 € monatlich, mal 12 Monate ergibt 6.756 €. Die besondere Belastungsgrenze beträgt dann 2 bzw. 1 % davon.

Wer Sozialhilfe bezieht und im **Heim** wohnt, kann ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (135,12 € bzw. bei chronisch Kranken 67,56 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld verrechnet. Betroffene können dafür eine Person ihres Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen, wenn ihnen die Formalitäten zu viel sind.

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 chronischen Schmerzen erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens ein 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. DMPs werden von den Krankenkassen z. B. für Chronische Rückenschmerzen, Osteoporose und Depressionen 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 Krankenkasse übernimmt die Kosten des DMP und bietet weitere Informationen.

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

Praxistipps!



- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* herunterladen. 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.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Chronische Schmerzen können 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“

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde.

Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Entgeltfortzahlung

Besonders Menschen mit chronischen Schmerzen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch 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 einer Organspende und 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. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, sondern auf das volle Arbeitsentgelt. Die fehlenden Stunden müssen nicht nachgearbeitet werden. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung beginnt dann erst am nächsten Tag.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 46.

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 8–17 und Fr 8–12 Uhr.



Wer hilft weiter?

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Schmerzpatienten, 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. 69) 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 Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Bürgergeld (siehe S. 77)

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 Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 43).

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.

Aber 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, d. h., ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich 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. 46) 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 Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Krankengeld der sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist.
Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- 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. Wahl-erklärung 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.



Praxistipps!

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 **Pflichtversicherung** 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, siehe S. 57.
- 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.

Verletztengeld

Verletztengeld zahlt die Unfallversicherung, wenn Schmerzpatienten aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig sind oder behandelt werden und deshalb nicht arbeiten können. Es ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn der Arbeitgeber keinen Lohn bzw. keine Entgeltfortzahlung leistet.

Das Verletztengeld ist maximal so hoch wie das Nettoarbeitsentgelt. Es ist eine dem Krankengeld der Krankenkasse ähnliche Leistung.

Voraussetzungen

Verletztengeld bei Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung

Die Unfallversicherung leistet unter folgenden Voraussetzungen Verletztengeld:

- Als Folge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit
 - liegt Arbeitsunfähigkeit vor oder
 - die versicherte Person wird deshalb behandelt und kann **deswegen** nicht arbeiten oder nur noch in Teilzeit, bzw. weniger Stunden als vorher und
- Am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung besteht ein Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld, Arbeitslosengeld, Bürgergeld oder Mutterschaftsgeld.

Verletztengeld statt Übergangsgeld bei medizinischer und beruflicher Reha als Kombination

Wer eine Reha in einer **medizinisch-beruflichen Reha-Einrichtung** macht, bekommt statt Übergangsgeld das höhere Verletztengeld.

Eine medizinisch-berufliche Reha-Einrichtung verbindet medizinische Behandlung der Unfallversicherung mit beruflicher Reha. Berufliche Reha ist z.B. Eignungsfeststellung, Arbeitserprobung oder Training beruflicher Fähigkeiten. Normalerweise wird für berufliche Reha Übergangsgeld gezahlt. Ausführliche Informationen zum Übergangsgeld unter www.betanet.de > Suchbegriff „Übergangsgeld“.

Verletztengeld zur Überbrückung

Verletztengeld wird außerdem unter bestimmten Voraussetzungen auch zur Überbrückung gezahlt:

- in der Zeit bis zum Beginn erforderlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (= Berufliche Reha, siehe S. 69)
- für die Zeit bis zum Beginn einer Maßnahme der Eignungsabklärung (früher Berufsfindung) und Arbeitserprobung
- während einer Maßnahme der Eignungsabklärung und Arbeitserprobung

Voraussetzungen für das Verletztengeld zur Überbrückung:

- Aus von der versicherten Person nicht zu vertretenden Gründen kann die Maßnahme nicht direkt nach der Heilbehandlung erfolgen und
- unmittelbar zuvor wurde eine der auf S. 53 genannten Geldleistungen bezogen und
- die versicherte Person kann zwischenzeitlich weder ihren bisherigen Beruf wieder aufnehmen noch in eine andere zumutbare Tätigkeit vermittelt werden oder sie kann die Tätigkeit aus wichtigem Grund nicht ausüben.

Während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es kein Verletztengeld mehr, sondern Übergangsgeld.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt bei Arbeitnehmern in der Regel

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

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

Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Abgezogen werden davon 50% der Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Leistungsträger voll übernommen. Wenn Versicherte den Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung (0,6%) entrichten müssen, zahlen sie diesen selbst.

Bei Unfällen oder Berufskrankheiten im Rahmen einer unfallversicherten Selbstständigkeit, unternehmerähnlichen Tätigkeit in Kapital- oder Personenhandels-gesellschaften oder Mitarbeit als Ehe- oder Lebenspartner berechnet sich das tägliche Verletztengeld aus dem Jahresgewinn : 450.

Das Einkommen wird nur bis zu einer täglichen **Höchstgrenze von 235,67 €/231,00 €** (West/Ost) berücksichtigt. Diese wird aus dem sog. Höchstjahres-arbeitsverdienst : 360 berechnet. Der Höchstjahresarbeitsverdienst ist eine Rechengröße der Unfallversicherung und beträgt mind. 84.840/83.160 € (= 200% der sog. Bezugsgröße West/Ost). Der jeweilige Unfallversicherungs-träger kann in seiner Satzung einen höheren Höchstjahresarbeitsverdienst festlegen.

Bei mehreren Tätigkeiten gilt:

- Das Einkommen aus allen Tätigkeiten wird berücksichtigt, wenn sie alle wegen des Unfalls oder der Berufskrankheit nicht mehr ausgeübt werden können.
- Das Einkommen aus einer Tätigkeit, die noch ausgeübt werden kann, wird **nicht** auf das Verletztengeld angerechnet, aber es wird auch **nicht** bei der Berechnung der Höhe des Verletztengelds herangezogen.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier ist Arbeitnehmer, hat ein Kind und hat monatlich brutto 2.000 € verdient. Sein Verletztengeld wird wie folgt berechnet:

1. Berechnung des Bruttolohns pro Tag:
Monatsbruttolohn von 2.000 € : 30 für die Kalendertage = 66,67 €
2. davon 80 % = 53,33 €
Berechnung des Nettolohns pro Tag:
Monatsnettolohn von 1.500 € : 30 für die Kalendertage = 50 €
3. Abzug der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (1,2 %) und Rentenversicherung (9,3 %) = 5,25 €

Das Verletztengeld beträgt also **44,75 €** netto täglich.

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds beginnt

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder
- mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, durch die eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann.

Die Zahlung des Verletztengelds endet

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganz täglichen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme oder
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs (z. B. bei Beginn einer Maßnahme zur beruflichen Reha) oder
- wenn eine Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass eine zumutbare, zur Verfügung stehende Erwerbstätigkeit aufgenommen werden kann oder
- nach der **78. Woche** ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit (außer der Betroffene befindet sich in stationärer Behandlung, z. B. im Krankenhaus: Dann wird das Verletztengeld bis zum Abschluss der stationären Behandlung weitergezahlt.) oder
- wenn Rente wegen voller Erwerbsminderung (siehe S. 73), Renten wegen Alters, Ruhegehalt, Vorruhestandsgeld oder vergleichbare Renten und Ruhegehälter aus DDR-Zeiten bzw. aus dem Ausland ausgezahlt werden.

Bei Selbständigkeit, unternehmerähnlicher Tätigkeit in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften oder Mitarbeit als Ehe- oder Lebenspartner kann der jeweilige Unfallversicherungsträger die Zahlung des Verletztengelds auf 13 Wochen beschränken oder nach 13 Wochen das Verletztengeld vermindern.

Wer hilft weiter?



Steuerfrei

Verletztengeld 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 € Verletztengeld 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.

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose Schmerzpatienten 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 und für ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig sind.

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. 52).

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. 73). 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 oder Eingliederungsmaßnahme mit mindestens 3 Stunden täglich 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.

Wer hilft weiter?



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

Rehabilitation

Bei chronischen Schmerzen können Leistungen der medizinischen Rehabilitation dabei helfen, die Schmerzen zu lindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Bei einer Reha geht es darum, die Funktionsfähigkeit und den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

Ziele der Reha sind z.B.:

- Verlängerung der symptomarmen Zeit
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Verhinderung von Folgeerkrankungen und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands

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 wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,**
z. B. Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt, Stufenweise Wiedereingliederung
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha),**
z. B. Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,**
z. B. Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung,**
z. B. Schulbegleitung, Kommunikationshilfen
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha),**
z. B. Assistenzleistungen, Fahrdienste

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha 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 Reha-Leistungen bzw. 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 unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger 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 anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger zuständig ist, keine unterhaltssichernden Leistungen, ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.

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
- Krankengeld der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld (= Grundsicherung für Arbeitsuchende, sog. Leistungen nach dem SGB II)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen 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.

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**. Im Rahmen dieser Klärung kann der zweite Reha-Träger an den, seiner Auffassung nach zuständigen, dritten Reha-Träger weiterleiten, sofern er nach seinen Leistungsgesetzen nicht zuständig ist und der dritte Reha-Träger sein Einverständnis dazu gegeben hat. Dieser dritte Reha-Träger muss schließlich als leistender Reha-Träger über den Antrag innerhalb der bereits laufenden Frist von 3 Wochen entscheiden und den Antragsteller davon unterrichten. Sollte sich herausstellen, dass der Reha-Träger insgesamt doch nicht zuständig ist, erfolgt die Erstattung der Aufwendungen 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 Teilhabekonferenz 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.

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

In der Praxis werden diese Fristen nicht immer eingehalten.

Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**
 - Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer dadurch vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen (siehe S. 107)
 - Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
 - Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang
 - Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe
 - **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** darüber
 - 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

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, um den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

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.

- 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 (siehe S. 103).

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 (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

- **Ambulante Reha-Maßnahmen** finden wohnortnah und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung statt:
 - 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** finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet.

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.

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.

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.

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 Anschlussrehabilitation: 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

Wer hilft weiter?

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“.

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.betanet.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. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld nach der sog. Nahtlosigkeitsregelung (siehe S. 57).

Voraussetzungen

Anregen können eine 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.

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung:

- Wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann, besteht ein Anspruch auf Zustimmung.
- Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

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

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:
Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall vom Arbeitgeber (siehe S. 43)
- Im unmittelbaren Anschluss (bis zu 4 Wochen) an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:
Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger (siehe S. 53)

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 70) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 69). 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.

Praxistipps!



- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie den Antrag darauf im Laufe der Reha stellen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt ihn zusammen mit Ihnen und Ihrem Arzt aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung finden Sie in der „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Wer hilft weiter?



Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Unfall- oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt, Arbeitgeber (insbesondere Stellen wie betriebliches Eingliederungsmanagement, Sozialberatung oder Gesundheitsmanagement).

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 selbstständig tätig sein zu können, z. B. durch:
 - Arbeitsassistenz
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Rollstuhl, Prothese, Hörgerät, besondere Computer)
 - 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, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen, 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, Verletztengeld, Übergangsgeld
- Leistungen zum Lebensunterhalt, z. B. Ausbildungsgeld, Unterhaltsbeihilfe
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Kranken- 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 (z. B. von Menschen, die auf Dialyse angewiesen sind) und Eltern-Kind-Kurse, bei denen Eltern lernen krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungen mit ihrem Kind zu machen
- Sozialmedizinische Nachsorge: für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- 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, z. B. Langzeittraining bei Rheuma, Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

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.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung gibt es, damit Menschen mit Behinderung gleichberechtigt an Bildung – insbesondere in den folgenden Bereichen – teilhaben können:

- Schulvorbereitung
- Schule im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht
- schulische Berufsausbildung
- schulische Weiterbildung
- Hochschule
- Weiterbildung an einer Hochschule (z.B. Masterstudium)

Daneben sind auch Hilfen in ähnlichen anderen Bildungsbereichen möglich, denn die gesetzliche Regelung ist nicht abschließend formuliert.

Eine junge Frau ist nicht mehr schulpflichtig, will aber ihren Realschulabschluss nachholen. Auch hierfür kann sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung erhalten.

Beispiel

Das Ziel für Menschen mit Behinderungen ist

- eine **ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende** Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung
- **für einen Beruf,**
- damit sie am gesellschaftlichen Leben **teilhaben** können.

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 Behörden-gängen 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. Elternassistenz, Unterstützung bei Haushalts-führung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, z. B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Vorbereitung auf das Arbeits-leben, Verbesserung der Kommunikation
- Leistungen zur Förderung der Verständigung, z. B. Gebärdensprache dolmetschen
- Leistungen zur Mobilität, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel, z. B. barrierefreie Computer

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall im Teilhabeplan-verfahren 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 Kinder- und Jugendhilfe: bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr, ggf. auch bei jungen Volljährigen
- 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.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Menschen mit chronischen Schmerzen sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist. 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 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 chronischen Schmerzen helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert werden.

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

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.



Praxistipp!



Wer hilft weiter?

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Erwachsenen, 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 nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
und
- 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
und
- es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Andere Sozialleistungen wie z.B. Wohngeld sind vorrangig. Das bedeutet, die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wird abgelehnt, wenn diese vorrangigen Leistungen ausreichen, den Bedarf zu decken.

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

RS*	Regelsätze für	Höhe
1	z.B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	563 €
2	z.B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	506 €
3	Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	451 €
4	Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	471 €
5	Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	390 €
6	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
- Einmalige Leistungen, z.B. für die Erstaussattung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- 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, solange 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 Rentenantrag 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. 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

Wer eine befristete volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen.

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 oder 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. 76) 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.

Praxistipp!

Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Behinderung

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

Definition „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 schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden:

- GdB ab 30 aber unter 50.
- Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Arbeitsplatz 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 schwerbehinderte Menschen. Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen jedoch keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. 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 > *Menschen mit Behinderungen* > *Spezielle Hilfe und Unterstützung* > *Gleichstellungsantrag und Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen* beantragt werden.

Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen

Bei chronischen Schmerzen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und können in der „**Versorgungsmedizin-Verordnung**“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „K710“* gefunden werden.

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

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

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

Beispiele für die Beurteilung von chronischen, schmerzhaften Erkrankungen:

Echte Migräne	
je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleitscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen)	GdB/GdS
leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)	0–10
mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)	20–40
schwere Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleitscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)	50–60
Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z. B. Bechterew-Krankheit) ...	
... ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden	10
... mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität)	20–40
... mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität)	50–70
... mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz)	80–100
Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	
Gesichtsneuralgien (z. B. Trigeminusneuralgie) ...	
... leicht (seltene, leichte Schmerzen)	0–10
... mittelgradig (häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar)	20–40
... schwer (häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken)	50–60
... besonders schwer (starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich)	70–80

**Gefäßkrankheiten: Arterielle Verschlusskrankheiten,
Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach
rekanalisierenden Maßnahmen) ...**

GdB/GdS

... mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig **0–10**

**... mit eingeschränkter Restdurchblutung
(Claudicatio intermittens) Stadium II:**

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m **20**

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100–500 m **30–40**

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50–100 m **50–60**

Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz **70–80**

**... Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m
mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer
Störungen (Stadium IV)**

GdB/GdS

einseitig **80**

beidseitig **90–100**

Bei der Bemessung des GdB/GdS geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen. Die Teilhabe eines Menschen ist dann beeinträchtigt, wenn er durch seine Krankheit oder Behinderung nicht voll, wirksam und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann.

Bei mehreren Beeinträchtigungen werden für jede Beeinträchtigung einzelne Werte angegeben. Für die Bemessung des Gesamt-GdB bzw. GdS werden diese Werte aber nicht addiert oder sonst irgendwie miteinander verrechnet. Stattdessen kommt es dafür immer auf alle Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit an. Es muss berücksichtigt werden, wie sie sich gegenseitig beeinflussen.

Neue Schmerzkategorien nach der ICD-11: Primäre und sekundäre chronische Schmerzen

In der neuen ICD-11 (Internationale Klassifikation von Krankheiten) gibt es erstmals einen eigenen Bereich für chronische Schmerzen. Das ist noch nicht in die Versorgungsmedizin-Verordnung (siehe S. 80) eingeflossen, aber es gibt bereits erste Hinweise in einer Leitlinie für Begutachtungen von Menschen mit chronischen Schmerzen, die auf die ICD-11 eingeht.

Die chronischen Schmerzen werden unterteilt in primäre und sekundäre chronische Schmerzen, Näheres unter „Einteilung chronischer Schmerzen nach der neuen ICD-11“, siehe S. 7.

GdB bei chronischen primären Schmerzen

Bewertet werden körperliche, psychische und soziale Faktoren, nicht einzeln, sondern in ihrem Zusammenwirken. Dabei geht es darum, wie sich die Schmerzen nachweisbar auf Aktivität und Teilhabe in allen Lebensbereichen auswirken.

GdB bei chronischen sekundären Schmerzen

Wenn Schmerzursachen bekannt sind, also z. B. Krankheiten oder körperliche Veränderungen, wird zuerst dafür ein GdB ermittelt. Liegen mehrere Ursachen vor, wird aber nicht einfach eine Summe aus den einzelnen GdB-Werten gebildet, sondern es wird zunächst der höchste Einzel-GdB-Wert angenommen. Dann wird geprüft, ob die weiteren Beeinträchtigungen die Person zusätzlich beeinträchtigen.

Dabei werden:

- GdB-Werte von 10 nicht berücksichtigt und
- GdB-Werte von 20 nur berücksichtigt, wenn sie zu einer wesentlichen Zunahme der Gesamtbeeinträchtigung führen.

Nur wenn sich die Auswirkungen der verschiedenen Krankheiten oder Veränderungen gegenseitig verstärken, wird der Gesamt-GdB-Wert höher als der höchste Einzel-GdB-Wert. Dies ist z. B. der Fall, wenn eine zweite Erkrankung verhindert, dass man die Auswirkung der ersten Erkrankung mit dem höchsten GdB ausgleichen kann.

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.

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

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte 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.

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 Gl:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBl:** taubblind

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

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z.B.: Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen.

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

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 112.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber > Behinderung & Soziales kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Das Jobcenter und das Sozialamt berücksichtigen bei der Sozialhilfe und beim Bürgergeld einen Mehrbedarf von 17 % des jeweiligen Regelsatzes für Gehbehinderte mit dem Merkzeichen G oder Merkzeichen aG, die voll erwerbsgemindert sind oder die Altersgrenze der Regelaltersrente erreicht haben.



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 8–17 und Fr 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 unter www.teilhabeberatung.de.

Pflege

Chronische Schmerzen schränken das tägliche Leben meist nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn jedoch eine schwere Grunderkrankung oder mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig bestehen, kann es zu einer Pflegebedürftigkeit kommen. Wer Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen will, muss einen Antrag bei der Pflegekasse stellen.

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. 88) wenden.



Praxistipps!

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.

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.

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.

- 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/Publikationen > 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. 116.



Praxistipps!

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. 95). 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. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person. Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

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. 94) 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.

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. 91) 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. 91) 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“.



Praxistipps!

- 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“*.

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 nur in Höhe der festgelegten Beträge der Pflegeversicherung geleistet, sie sind nicht vom Bedarfsdeckungsprinzip umfasst.

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

- Die Pflegekassen sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr, 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 Ankündigung 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 haben sich zum 01.01.2024 erhöht. 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.



Praxistipps!



Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch Unfall oder Erkrankung die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer „Fremdbestimmung“ durch andere Personen vorzubeugen.

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 Gesundheitssorge 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 bei einer Vorsorgevollmacht oder rechtlichen Betreuung für die Gesundheitssorge ausgeschlossen.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene 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 Volljährige 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 eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht (mehr) selbst treffen kann. Wer in einer Betreuungsverfügung eine oder mehrere geeignete Person(en) für die rechtliche Betreuung vorgeschlagen hat, verhindert, 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 volljähriger Mensch 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.

Praxistipp!



Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betaCare.de > *Ratgeber* > *Patientenvorsorge* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?



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

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. 105. 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 eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage **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

Beratung und Informationen rund um das Thema Schmerz sowie Kontakt zu Selbsthilfegruppen und zu schmerztherapeutischen Einrichtungen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen erhältlich:

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

Beate Schlag (Geschäftsstelle)
Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard
Telefon 06742 8001-21, Telefax 06742 8001-22
E-Mail: schlag@dgpsf.de
www.dgpsf-verein.de > Für Patient:innen

Deutsche Schmerzliga e.V.

Rüsselsheimer Straße 22 – Haus A, 60326 Frankfurt am Main
Telefon 069 20019019 (Schmerztelefon)
E-Mail: info@schmerzliga.de
<https://schmerzliga.de>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Welschnonnenstraße 7, 53111 Bonn
Telefon 0800 6002525 (kostenfreie Infohotline) oder 0228 76606-0
Telefax 0228 76606-20
E-Mail: bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

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

Aktion Gesunder Rücken (AGR) e.V.

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

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) e.V.

Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt
Telefon 09721 75508-0, Telefax 09721 75508-88
E-Mail: dvmb@bechterew.de
www.bechterew.de

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) e.V.

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

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

Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul
Kopfschmerzzentrum Frankfurt
Dalbergstraße 2a, 65929 Frankfurt am Main
Telefon 069 20436860
E-Mail: info@dmkg.de
www.dmkg.de

Eigenes Leben – Hilfen für Kinder mit Schmerzen oder lebensverkürzenden Erkrankungen e.V.

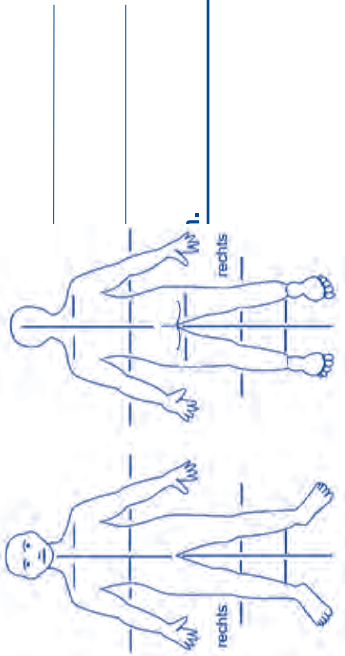
Dr.-Friedrich-Steiner-Straße 5, 45711 Datteln
Telefon 02363 97576-6, Telefax 02363 97576-9
E-Mail: info@eigenes-leben-ev.de
<https://eigenes-leben-ev.de>

UVSD SchmerzLOS e.V. – Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland

Fürstthof 24, 24534 Neumünster
Telefon 04321 8776255
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de
www.uvsd-schmerzlos.de

Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____
Datum _____



1. Bitte zeichnen Sie in d

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

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰
Datum																					
Uhrzeit																					
sehr starker Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
😊	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
😊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
kein Schmerz	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

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

😊 gut 😊 mäßig 😊 schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

Datum	Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

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

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

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

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

Persönliche Bemerkungen:

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

20	50
Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)
	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
30/40	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €

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

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
70	Behindierungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)			In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB
Bei Merkzeichen G behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gebehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Rundfunkbeitrag - Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe - Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

G	GI	H	RF
erheblich gebehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nah- verkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nah- verkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Kraftfahrzeugsteuer- befreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/ Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)		TBI
	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde		taubblind
	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taub- blinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)		Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse über- nimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskosten- pauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

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.

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
332 €	573 €	765 €	947 €
bis zu 761 €	bis zu 1.432 €	bis zu 1.778 €	bis zu 2.200 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
125 €* 770 €	125 €* 1.262 €	125 €* 1.775 €	125 €* 2.005 €
15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 498 € (332 € x 1,5)	bis zu 859,50 € (573 € x 1,5)	bis zu 1.147,50 € (765 € x 1,5)	bis zu 1.420,50 € (947 € x 1,5)
bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €
—	—	bis zu 3.386 €	bis zu 3.386 €
bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €
214 €	214 €	214 €	214 €
bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

Opioide-Ausweis (Kopiervorlage)

Bemerkungen:

Opioid-Ausweis

für

Vorname, Name

Geburtsdatum

Ärztliche Bescheinigung
(bitte in der Brieftasche mitführen)!

Stempel Praxis/Klinik

Informieren Sie sich unter www.betaCare.de zu Themen wie:

- Autofahren unter Schmerzmitteln
- Reisen und Urlaub u. v. m.

Datum	Medikament	Dosierung	Einnahmezeit	Unterschrift Arzt

Der Inhaber dieses Ausweises ist aufgrund seiner Erkrankung auf eine Opioid-Dauermedikation angewiesen. Die im Ausweis aufgelisteten Medikamente muss er zur regelmäßigen Einnahme bei sich führen.

Die verordnete Medikation ist einzuhalten. Eine Dosisveränderung kann zu einer Verstärkung der Schmerzen, ein abruptes Absetzen zu Entzugssymptomen führen. Eine Änderung der Dosierung bzw. der Medikation bitte nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

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
www.betanet.de

Zusammenstellung der Inhalte: Janina Del Giudice

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

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 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.

19. Auflage, Februar 2024

