

Palliativversorgung & Soziales



© INFINITY_fotolia.com

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

Palliativpatienten sind Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung. Eine heilende Therapie ist nicht möglich und die Lebenserwartung ist begrenzt. In der palliativen Versorgung und Begleitung geht es um die Linderung der Beschwerden, die Steigerung der Lebensqualität und die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen. Entscheidend sind vor allem die Wünsche des Patienten.

Der vorliegende Ratgeber „Palliativversorgung & Soziales“ liefert Patienten und ihren Angehörigen Informationen für die schwierige Situation, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Wo finden Patienten und Angehörige Hilfe und Unterstützung im Alltag, in persönlichen Fragen und bei der Vorsorge für die letzten Dinge?

Ein wichtiger Schwerpunkt dieses Ratgebers sind zudem die unvermeidlichen sozialrechtlichen Herausforderungen: Wie lange gibt es Krankengeld? Kommt eine Haushaltshilfe? Wer zahlt den Pflegedienst? Welche Hilfen gibt es, wenn das Gehalt ausfällt oder die Rente nicht mehr reicht?

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 „Palliativversorgung & 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
Palliativversorgung	5
Die Phasen der Palliativversorgung	5
Würde und Bedürfnisse des Patienten	6
Ziel: Ganzheitliche Linderung	7
Wer Patienten und Angehörige unterstützt	9
Ambulant und stationär	9
Ambulante Pflegedienste	9
Ausländische Pflegekräfte	11
Ambulante Hospizdienste	12
Ambulante Palliativdienste und Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)	12
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	13
Stationäre Hospize	14
Palliativstationen	15
Krankenhäuser	15
Patientenvorsorge	17
Patientenverfügung	17
Vorsorgevollmacht	19
Betreuungsverfügung	20
Formales	21
Linderung von Symptomen	23
Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)	23
Angst	24
Appetitlosigkeit	24
Atemnot	24
Depression	25
Juckreiz	25
Kraftlosigkeit und Schwäche (Fatigue)	25
Krampfanfälle	26
Mundpilz	26
Schlafstörungen	27
Schmerzen	27
Übelkeit und Erbrechen	31
Unruhe	31
Verstopfung	32
Palliativpflege: Was Angehörige tun können	33
Mundpflege	33
Hautpflege	34
Lagerung und Mobilisation	34
Aromapflege und -therapie	34
Wickel und Auflagen	35
Beschäftigung und Ablenkung	35
Kommunikation in der Palliativphase	36
Schutz der eigenen Kräfte: Self Care	37

Zuzahlungen in der Krankenversicherung	39
Zuzahlungsregelungen	39
Zuzahlungsbefreiung	41
Sonderregelung für chronisch Kranke	44
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	47
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	48
Krankengeld	50
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	55
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	57
Erwerbsminderungsrente	57
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	60
Hilfe zum Lebensunterhalt	62
Pflege: Leistungen der Pflegekasse	63
Pflegeantrag	63
Begutachtung der Pflegebedürftigkeit	64
Pflegegrade	66
Pflegeleistungen	66
Leistungen für pflegende Angehörige	71
Pflegezeit	73
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	74
Familienpflegezeit	74
Pflegekurse	76
Hilfsmittel und Dienstleistungen	77
Pflegehilfsmittel	77
Hausnotrufsysteme	78
Wohnumfeldverbesserung (Wohnungsumbau)	79
Haushaltshilfe	79
Behinderung	83
Grad der Behinderung	83
Schwerbehindertenausweis	84
Merkzeichen	85
Nachteilsausgleiche	86
Sterben und Tod	87
Begleitung im Sterbeprozess	87
Rasselatmung	89
Todeszeichen	90
Nach dem Tod	91
Adressen	93
Anhang	95
Übersicht zu Pflegeleistungen	96
Impressum	99

Palliativversorgung

In der Palliativversorgung geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten in einem fortgeschrittenen Stadium. Das oberste Ziel ist die Linderung ihrer Beschwerden und die Steigerung ihrer Lebensqualität.

Leitfaden sollte dabei immer der Wille des Patienten sein. Palliativversorgung hat deshalb nicht nur die Symptome im Auge, sondern kümmert sich ganzheitlich um die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen.

Definition „Palliativ“

„Palliativ“ stammt von dem lateinischen Wort pallium ab und bedeutet „mantelartiger Überwurf“. Palliativversorgung bedeutet somit, dass der Betroffene umhüllt und geschützt werden soll.

Palliativpatienten sind Patienten, die an einer unheilbaren, progredienten (fortschreitenden) Krankheit in einem weit fortgeschrittenen Stadium leiden. Eine kurative (heilende) Therapie ist nicht mehr möglich und die Lebenserwartung ist begrenzt. Daher geht es nicht mehr darum, welche Krankheit der Patient hat – der Blick richtet sich auf die Symptome und deren Linderung.

Die Phasen der Palliativversorgung

Eine palliative Versorgung kann sehr früh ansetzen und sich über viele Monate, manchmal auch Jahre hinziehen. „Palliativ“ heißt also nicht, dass die letzten Tage angebrochen sind. Die letzte Lebensphase kann in verschiedene Phasen unterteilt werden.

Die 4 Phasen nach Jonen–Thielemann:

1. Rehabilitationsphase

Das Ziel der Rehabilitationsphase ist, dass der Patient weiterhin ein aktives Leben führen kann, durch eine gute Symptomkontrolle mobil bleibt und kleine alltägliche Dinge selbst verrichten kann. Das verbessert die Lebensqualität. Diese Phase umfasst meist die letzten Monate des Lebens, manchmal sogar Jahre.

2. Präterminalphase

In der Präterminalphase nehmen die Einschränkungen durch die Erkrankung immer mehr zu, ein aktives Leben ist nur noch sehr eingeschränkt möglich.

3. Terminalphase

Die Terminalphase ist die Vorstufe des Sterbens und kann mehrere Tage oder Wochen dauern. Die Krankheit beeinträchtigt das aktive Leben des Patienten jetzt deutlich. Bettlägerigkeit und innerlicher Rückzug nehmen zu. Die Betreuung und Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen spielt in dieser Phase eine wichtige Rolle.

4. Sterbephase/Finalphase

Die Sterbephase umfasst die letzten Stunden oder wenige Tage. Dabei steht im Vordergrund, den Sterbenden auf seinem letzten Weg zu begleiten und seine Würde zu achten.

Würde und Bedürfnisse des Patienten

Die Würde des Patienten ist immer zu respektieren. Seine Selbstbestimmung und Autonomie sind zu achten und seine Bedürfnisse sollten im Vordergrund stehen.

Bedürfnisse können körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Natur sein, z. B.:

- Letzte Angelegenheiten regeln können
- Schmerzfrei sein
- Anwesenheit von Angehörigen und Freunden
- Zu Hause sterben
- Allein sein
- Gebete sprechen

Die Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen sollte immer individuell und multiprofessionell sein. Sie reicht über den Tod hinaus bis in die Trauerphase.

Wichtig ist der Aufbau von Vertrauen: Das erfordert einen offenen und ehrlichen Umgang aller Beteiligten miteinander, insbesondere auch mit dem Thema Sterben und Tod. Der Patient soll sich sicher, geborgen und ernst genommen fühlen.

Ziel: Ganzheitliche Linderung

Palliativpatienten leiden oft nicht nur körperlich. Sie leiden auch unter den psychischen, sozialen, seelischen und finanziellen Folgen ihrer Krankheit.

Ziel der Palliativversorgung ist deshalb, neben den körperlichen Beschwerden einer unheilbaren Krankheit, auch psychische Probleme (Angst, Trauer) und soziale Schwierigkeiten (Einsamkeit, Kommunikation, Einkommensverlust) zu lindern und die letzte Lebenszeit lebenswert zu machen. Deshalb müssen alle Helfer (z.B. Ärzte, Pflegende, Ehrenamtliche, Angehörige, Psychologen oder Sozialarbeiter) und alle Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Palliativstationen oder Pflegedienste) zusammenarbeiten.

Quälende Symptome können alles andere überdecken. Deshalb steht im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung eines Palliativpatienten die Linderung von Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot. Wenn nötig, müssen hier spezialisierte ärztliche und pflegerische Fachkräfte miteinbezogen werden. Seit Ende 2017 kann die **Symptomkontrolle** für Palliativpatienten, die nicht im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (Näheres siehe S. 13) behandelt werden, vom Arzt verordnet werden.

Ziel ist die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Krankheitszeichen und damit eine Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatienten. Näheres zur Linderung von Symptomen siehe S. 23.

Wenn die Lebensdauer begrenzt ist, können manche Symptome wirksamer bekämpft werden, weil man z. B. nicht mehr auf Spätfolgen von Medikamenten achten muss. Das Wichtigste ist die Linderung, deshalb werden zum Teil auch sehr **starke Medikamente** eingesetzt. Mehr zu starken Schmerzmitteln (Opiode) ab S. 28.

Einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität leisten Pflegende, spezialisierte Therapeuten und Angehörige. Massagen und Mobilisierung, Entspannung und Kräftigung, Mund- und Körperpflege, Versorgung von Wunden und die richtige Lagerung des Patienten sind hier oft zentrale Themen. Einerseits geht es um Erleichterung von Beschwerden, andererseits um das Wiedergewinnen von Normalität und „Alltag“. Näheres zur **Pflege** siehe S. 63.

Gerade im letzten Lebensabschnitt können alltägliche „Kleinigkeiten“ von großer Bedeutung sein. Beschäftigung und Ablenkung können dazu beitragen, dass Beschwerden „vergessen“ werden. Wertvolle Dienste leisten ehrenamtliche Hospizhelfer, die speziell für die Begleitung von Schwerstkranken fortgebildet sind (siehe Ambulante Hospizdienste, S. 12). Sie sind auch den Angehörigen oft eine große Hilfe und Entlastung.

Symptomkontrolle

Starke Medikamente

Pflege

*Betreuung
und Soziales*

Seelischer Beistand

Neben der Pflege und lindernden Therapie geht es in der Palliativversorgung auch um **seelischen Beistand** für Patienten und Angehörige. Es ist sehr stark von den persönlichen Einstellungen und dem Glauben abhängig, wer in solchen Nöten helfen kann. Wichtig ist, diese „seelische Not“ ernst zu nehmen, anzusprechen und sich Hilfe zu holen: Beim Psychotherapeuten, beim Seelsorger, bei guten Freunden oder bei außenstehenden, professionellen Hospiz- und Palliativhelfern.

Sozialrecht und Kosten

Oft kommen zur körperlichen und seelischen Not auch noch Probleme mit der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern hinzu. Durch die Krankheit entstehen auch finanzielle Sorgen, weil berufstätige Patienten nicht mehr arbeiten können. Sozialarbeiter können in sozialrechtlichen Fragen beraten und bei Anträgen unterstützen.

Angehörige

Auch Familie, Freunde oder Nachbarn sind betroffen und benötigen oft Unterstützung, z. B. Pflegekurse (siehe S. 76) oder psychosoziale Hilfe.



Praxistipp!

Die Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlicht in unregelmäßigen Abständen aktualisierte „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Diese sind auch für interessierte Patienten sehr informativ. Download unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Medizin & Ethik > Sterbebegleitung.

Wer Patienten und Angehörige unterstützt

Unheilbar kranken und schwerstkranken Menschen soll in der letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod ermöglicht werden. Es gibt verschiedene Helfer auf diesem letzten Weg.

Ambulant und stationär

Grundsätzlich wird zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden.

Ambulant heißt, der Patient bleibt in seiner gewohnten Umgebung, also z. B. zu Hause oder im Pflegeheim. Die wichtigsten ambulanten Helfer sind Hospizdienste, die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV).

Stationär heißt, der Patient kommt in eine spezielle Einrichtung. Wichtig sind hier die stationären Hospize und die Palliativstationen in Kliniken.

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in deren Wohnung. Der sozialrechtliche Fachausdruck für diese Pflege durch externe Fachkräfte lautet Pflegesachleistung (siehe S. 67).

Pflegedienste können privat, kommunal oder als Sozialstationen organisiert sein. Letztere sind den großen Wohlfahrtsverbänden (z. B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband) angeschlossen. Viele ambulante Pflegedienste haben mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen und sind dadurch verpflichtet, die von den Kassen vorgegebenen Qualitätsstandards in der ambulanten Pflege einzuhalten. Pflegedienste, die mit Pflegekassen keinen Vertrag geschlossen haben, können trotzdem gegen Privatrechnung an den Pflegebedürftigen Pflegesachleistungen erbringen. Der Pflegebedürftige hat gegenüber der Pflegekasse dann einen Anspruch auf Erstattung von 80 % des jeweiligen Höchstbetrags.

Vor Abschluss eines **Pflegevertrags** sollte man Kostenvoranschläge von mehreren Pflegediensten einholen, um Leistungen und Preise zu vergleichen. Ein Pflegevertrag kann jederzeit geändert werden, wenn der Pflegedienst zusätzliche oder weniger Leistungen erbringen soll. Pflegebedürftige können den Pflegevertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Pflegevertrag

Weitere Unterstützung

Wer hilft weiter?

- Adressen von ambulanten Pflegediensten können u. a. bei Pflegestützpunkten oder Pflegekassen erfragt werden.
- Eine Suchfunktion für ambulante Pflegedienste bietet auch der Verband der Ersatzkassen e.V. unter www.pflegelotse.de.

Manchmal reicht ein ambulanter Pflegedienst nicht, um ein „zu Hause bleiben“ und auch „zu Hause sterben können“ zu ermöglichen.

Es gibt mehrere bundesweite Anbieter von Vermittlern deutscher Pflegekräfte, die innerhalb weniger Tage anreisen und so lange im Haushalt des Patienten bleiben, wie sie gebraucht werden. Diese findet man im Internet mit dem Suchbegriff „24 Stunden Pflege deutsche Pflegekräfte“. Dies ist deutlich teurer als Haushalts- bzw. Pflegekräfte aus Osteuropa (siehe S. 11), allerdings kann bei bestimmten Krankheitsbildern das Beherrschen der Sprache sehr wichtig sein.

Praxistipp!

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat den Ratgeber „Gute Pflege erkennen – Professionelle Pflege zu Hause“ herausgegeben. Er informiert Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, was sie von einem ambulanten Pflegedienst erwarten und wie sie qualitativ gute Pflege erkennen können.

Kostenloser Download unter www.zqp.de > Wissensangebot > Ratgeber & Hilfe > Ambulante Pflege – Gute professionelle Pflege erkennen.

Ausländische Pflegekräfte

Bei der Beschäftigung ausländischer Kräfte gibt es Grauzonen. Grundsätzlich ist die legale Beschäftigung über verschiedene Modelle möglich. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“ und „Pflegekraft“.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, z. B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme eine Aufenthaltserlaubnis.

Eine ausländische Haushaltshilfe darf folgende Tätigkeiten verrichten:

- Hilfe im Haushalt, z. B. Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen
- Pflegerische Alltagshilfen, z. B. Essen, Trinken, Waschen, An- und Auskleiden
- Soziale Betreuung und Motivation, z. B. Vorlesen, Spaziergehen oder Begleitung zu Arztbesuchen

Eine Haushaltshilfe darf **keine pflegerischen Tätigkeiten** verrichten.

Ausgebildete Pflegekräfte aus der EU dürfen in Deutschland unter denselben Bedingungen beschäftigt werden wie Deutsche. Für die gesamte Pflegebranche gelten seit 2010 Mindestlöhne. Sie betragen seit 01.01.2020 pro Stunde 11,35/10,85 € (West/Ost).

Praxistipp!

Der Deutsche Caritasverband e.V. hat einen „Leitfaden zu Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen“ in Haushalten von Pflegebedürftigen herausgegeben. Er kann unter www.caritas.de > *Hilfe und Beratung* > *Ratgeber* > *Alter & Pflege* > *Pflege* > *Haushaltshilfen legal beschäftigen* heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Zur Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen und Pflegekräften informieren:

- Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit, Virtuelles Welcome Center, Villemomblerstr. 76, 53123 Bonn, Telefon 0228 7131313, E-Mail: make-it-in-germany@arbeitsagentur.de, www.zav.de.
- Örtliche Bundesagenturen für Arbeit

**Ausländische
Haushaltshilfen**

**Ausländische
Pflegekräfte**

Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste sind verschiedenste Dienste, Gruppen und Initiativen, die Palliativpatienten und ihre Angehörigen vorwiegend im häuslichen Umfeld begleiten.

Der Schwerpunkt liegt auf ehrenamtlichen Leistungen, die hauptberuflichen Fachleute sind vor allem in der Beratung, Organisation und Fortbildung tätig. Alle ehrenamtlichen Hospizhelfer sind für ihre Arbeit speziell fortgebildet. Ihre wichtigste Leistung ist es da zu sein, zu entlasten, zu wissen, wer in schwierigen Situationen helfen kann und auch die Trauer über den Tod hinaus mit zu begleiten. Begleitungen durch ambulante ehrenamtliche Hospizdienste finden meist zu Hause, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus statt. Ambulante Hospizdienste werden meist von Krankenkassen gefördert und darüber hinaus durch Spenden finanziert. Für den Patienten entstehen bei der Inanspruchnahme keine Kosten.

Es besteht **kein Anspruch** auf hospizliche Begleitung. Es hängt vom Vorhandensein und den Ressourcen der Hospizdienste ab, wie viele und wie intensiv Begleitungen übernommen werden.



Praxistipp!

Gut verständliche Informationen über Hospizdienste bietet der Deutsche Hospiz- und Palliativverband unter www.dhvp.de > Themen > Hospize: ambulante u. stationär.

Ambulante Palliativdienste und Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Ambulante Palliativdienste ergänzen die örtlichen Pflegedienste und Sozialstationen (ambulante Pflegedienste) und sind auf die medizinische und pflegerische Betreuung sterbenskranker Patienten spezialisiert.

Hauptamtliche, palliativmedizinisch geschulte Pflegekräfte versorgen die Patienten im häuslichen Umfeld und sind rund um die Uhr erreichbar. Wenn ambulante Palliativdienste eng mit einem Haus- oder Facharzt zusammen arbeiten und die Pflege des Palliativpatienten gemeinsam koordinieren, wird auch von einer Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gesprochen.

Je nach Bedarf werden geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter eingebunden. Wenn die therapeutischen Möglichkeiten der AAPV nicht ausreichen, um den Patienten zu versorgen, wird eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) notwendig. Im Unterschied zur AAPV ist hier ein Palliativmediziner beteiligt.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ ist eine Krankenkassenleistung, die dabei hilft, dass Palliativpatienten auch bei besonders aufwendiger Versorgung zu Hause/im Pflegeheim bleiben können.

Anspruch auf SAPV haben gesetzlich versicherte Patienten,

- die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit leiden, die eine begrenzte Lebenserwartung zur Folge hat und
- die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, die ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.

Die SAPV ist von einem Arzt zu verordnen. Der Krankenhausarzt kann die Verordnung in der Regel für 7 Tage ausstellen, niedergelassene Ärzte unbegrenzt. Kostenträger ist die Krankenkasse, die in der Regel zunächst bis zu 28 Tage genehmigt. Folgeverordnungen bei fortbestehendem Bedarf sind möglich. Der Patient muss keine Zuzahlungen leisten. Nach vorheriger Genehmigung übernehmen auch einige private Krankenversicherungen die Kosten für die SAPV.

Voraussetzungen

Definition „Besonders aufwendige Versorgung“

Besonders aufwendig heißt, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen und dass beim Patienten so komplexe Symptome vorliegen, dass spezifische palliativmedizinische und -pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen eines interdisziplinären Teams (Ärzte und Pflegekräfte) notwendig sind. Neben Hospizdiensten werden auch andere Berufsgruppen hinzugezogen die organisatorische Unterstützung leisten, z. B. beim Stellen von Anträgen bei der Pflegekasse. Dieses Team wird als „Palliative-Care-Team“ (PCT) bezeichnet.

Palliative-Care-Teams sind rund um die Uhr erreichbar und die speziell ausgebildeten Mitarbeiter können bei Krisen jederzeit vor Ort sein. Die SAPV wird immer individuell auf den Patienten und seine Situation abgestimmt. Sie kann alle ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen umfassen oder auch nur die Beratung, Anleitung und Begleitung der vorhandenen Helfer – vom Arzt bis zu den Angehörigen. Allerdings gibt es noch nicht in allen Regionen Deutschlands entsprechende Palliativteams.

Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind Pflegeeinrichtungen, die unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase umfassend begleiten und betreuen, durchschnittlich etwa 2 bis 4 Wochen lang.

Die Hospizmitarbeiter gehen ganzheitlich auf die Bedürfnisse des Schwerkranken/ Sterbenden und seiner Angehörigen ein – immer im Sinne des Kranken. Das Angebot umfasst die palliativ-pflegerische, soziale, psychologische und spirituelle Betreuung.

Die ärztliche Betreuung wird meist von Hausärzten übernommen. Großer Wert wird auf eine qualifizierte Versorgung und kompetente Betreuung rund um die Uhr gelegt.

Voraussetzungen für die Aufnahme

Menschen, die an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Krankheit leiden, können in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, wenn

- keine Krankenhausbehandlung nötig ist und
- keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten besteht, z. B. durch ambulante Hospizdienste oder die SAPV, und
- der Patient sich angemeldet und
- die Aufnahme aus medizinischer Sicht begründet ist.

Aufgrund dieser ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung wird dann ein entsprechender Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt. Antragsformulare sind beim Hospiz oder bei der Kasse erhältlich.

Kosten

Grundsätzlich wird der Aufenthalt in einem stationären Hospiz zum Teil von der Krankenkasse, bei Pflegebedürftigkeit zum Teil von der Pflegekasse und der Rest vom Hospizträger finanziert. In der Regel sollte vor Aufnahme eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse vorliegen. Der Patient muss **keine** Zuzahlung leisten.

Palliativstationen

Eine Palliativstation ist Teil eines Krankenhauses. Ihr Ziel ist, sowohl die körperlichen Beschwerden einer unheilbaren, fortgeschrittenen Krankheit als auch die damit verbundenen psychosozialen Probleme zu lindern.

Maßgeblich für eine Palliativstation ist ein multiprofessionelles Team. Ziele der Behandlung sind das Lindern akuter Schmerzen und anderer Symptome sowie die Rückkehr des Patienten in das häusliche Umfeld. Auch die Angehörigen werden so weit möglich eingebunden und betreut und sollen die Möglichkeit haben, den ganzen Tag beim Patienten zu bleiben.

Aufgenommen werden Palliativpatienten, die so starke Symptome haben, dass sie eine Krankenhausbehandlung brauchen. Die Patienten werden entweder von einem niedergelassenen Arzt überwiesen oder wechseln von einer anderen Station auf die Palliativstation.

Erwachsene Patienten müssen bei jedem Krankenhausaufenthalt 10 € pro Tag zuzahlen, maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Zuzahlungen zu anderen Krankenhausaufenthalten und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet. Der Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag.

Da der Aufenthalt auf Palliativstationen begrenzt ist (ca. 10–14 Tage), muss frühzeitig überlegt werden, ob die **Entlassung** nach Hause oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Bei diesen Überlegungen werden Patienten und Angehörige entweder von Sozialarbeitern der Palliativstation oder vom Sozialdienst des Krankenhauses beraten und unterstützt.



Praxistipp!

Adressen von Palliativstationen, ambulanten und stationären (Kinder-)Hospizen und weiteren Einrichtungen der Hospiz-Palliativarbeit können unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de gefunden werden.

Krankenhäuser

Viele Menschen sterben in Krankenhäusern. Auch wenn keine Palliativstation eingerichtet ist, kann eine gute Betreuung durch die Angehörigen und das Fachpersonal ein würdiges Sterben für den Patienten gewährleisten.

In vielen Krankenhäusern gibt es mittlerweile auch einen interdisziplinären palliativmedizinischen Dienst (IPD), der über palliativmedizinische und -pflegerische Kenntnisse verfügt und Patienten auf allen Stationen betreut.

Aufnahmekriterien

Zuzahlung

Entlassung



Patientenvorsorge

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

Dafür gibt es 3 verschiedene schriftliche Erklärungen:

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung regelt ein Mensch, wie er in lebensbedrohlichen Krankheitssituationen behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann. Eine Patientenverfügung kann die „Garantiepflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten.

Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

- Treffen sie zu, muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d.h. enthält die Patientenverfügung z. B. den Verzicht auf künstliche Ernährung, ist eine Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten nicht erforderlich, da der Patient bereits selbst entschieden hat und dies für alle bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation nicht zu oder gibt es keine Patientenverfügung, dann muss der Betreuer/Bevollmächtigte den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.

Eine Patientenverfügung bezieht sich auf den Bereich der passiven **Sterbebegleitung** und der Schwerstkrankenpflege, d.h. der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe darf nicht erfüllt werden. Passive Sterbehilfe (Therapieverzicht) und indirekte Sterbehilfe (Symptomlinderung begleitet von möglicher Lebensverkürzung) hingegen sind erlaubt.

***Sterbebegleitung/
Sterbehilfe***

Inhalte

Die Patientenverfügung beinhaltet die genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. deren Verzichtswunsch.

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 gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit und 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?

Praxistipp!

Eine Patientenverfügung sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit einem Arzt verfasst werden, um ihr eine medizinisch fachkundige Basis zu geben. Für Palliativpatienten ist das Gespräch mit einem palliativmedizinisch erfahrenen Arzt zu empfehlen, da diese Ärzte sehr genau wissen, welche Situationen bei bestimmten Krankheiten in Krisen oder am Lebensende auftreten können und welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Patient, welche Person/en stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht mehr dazu in der Lage ist.

Bevollmächtigte haben sehr weitgehende Rechte, ihre Entscheidungen sind bindend. Sie werden (im Gegensatz zu Betreuern) nicht vom Betreuungsgericht kontrolliert. Deshalb sollte man nur Menschen des absoluten Vertrauens als Bevollmächtigte bestimmen. Hat man keine solche Person, sollte man eine Betreuungsverfügung (siehe S. 20) verfassen.

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten
- Gesundheitspflege, Pflegebedürftigkeit. Hier kann auch vieles in einer Patientenverfügung bestimmt werden, an die der Bevollmächtigte dann gebunden ist.

Wenn die Vollmacht alle diese Bereiche abdeckt, bestellt das Betreuungsgericht in der Regel keinen Betreuer.

Bei folgenden Situationen braucht jedoch auch der Bevollmächtigte die Zustimmung des Betreuungsgerichts:

- Notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen sollen durchgeführt werden, z. B. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anlegen von Bauchgurten, Anbringen von Bettgittern, Verabreichung ruhigstellender Medikamente.
- Ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder medizinische Eingriffe, wenn dabei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, lang andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist. Das gilt auch für die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung des Bevollmächtigten in derart schwerwiegende medizinische Eingriffe, Untersuchungen oder Heilbehandlungen.

Aufgabenkreise

Betreuungsverfügung

Mit einer **Betreuungsverfügung** bestimmt der Patient, wer für den Fall, dass das **Betreuungsgericht eine Betreuung anordnet, als Betreuer eingesetzt werden soll – oder wer keinesfalls sein Betreuer werden soll.**

Das Gericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person und deren Eignung zu prüfen. Wenn keine **Betreuungsverfügung** vorliegt, sucht das **Betreuungsgericht** eine geeignete Person aus, in der Regel aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis.

Die **Betreuungsverfügung** ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine Person kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten mit Hilfe des **Betreuungsgerichts** übernehmen soll und dies auch will. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und damit einverstanden sein, im Ernstfall die gesetzliche **Betreuung** zu übernehmen.

Der Patient kann in der **Betreuungsverfügung seine Wünsche an den Betreuer detailliert festlegen, z. B.:**

- Zum Umgang mit seiner Person.
- Zur Verwaltung seiner Finanzen und seines Vermögens.
- Wo er gepflegt werden möchte.
- Zu medizinischen Angelegenheiten.

Die Wünsche an den **Betreuer** sollten schriftlich in einem Anhang der **Betreuungsverfügung** festgelegt werden.

Formales

Die folgenden Punkte gelten für alle Formen der Patientenvorsorge:

- Um Zweifel auszuschließen, ist eine **schriftliche Abfassung** der Vorsorgeformulare erforderlich.
- Möglich sind auch **Vordrucke**, die individuell abwandelbar sind.
- **Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift** sind immer erforderlich. Auch Ergänzungen und Streichungen müssen mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.
- Um einer juristischen Anfechtung vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein Arzt
 - bei einer Patientenverfügung die Einwilligungsfähigkeit,
 - bei einer Vorsorgevollmacht die Geschäftsfähigkeit,
 - bei einer Betreuungsverfügung die Einsichtsfähigkeit des Patienten mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- **Aufbewahrung:** Alle vorsorgenden Verfügungen sind nur im Original gültig und müssen im Bedarfsfall unverzüglich zur Verfügung stehen. Sie sollten leicht zugänglich hinterlegt werden, z. B. beim künftigen Bevollmächtigten/ Betreuer oder bei Banken, Amts- bzw. Betreuungsgerichten, Notaren oder Rechtsanwälten. Alle anderen, die davon wissen sollten, sollten eine Kopie bekommen mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet.
- Beim **Zentralen Vorsorgeregister** der Bundesnotarkammer kann eine Vorsorgevollmacht registriert werden. Zudem die Kenndaten einer Betreuungsverfügung und/oder einer Patientenverfügung hinterlegt werden. Beim Vorsorgeregister werden keine Inhalte hinterlegt, es geht nur um die Existenz einer vorsorgenden Verfügung. Weitere Informationen unter www.vorsorgeregister.de.
- **Geltungsdauer:** Grundsätzlich unbegrenzt. Der Patient kann jedoch jederzeit widerrufen, neu unterschreiben oder Änderungen vornehmen. Das sollte dann allen entsprechenden Personen bzw. Institutionen mitgeteilt werden.



Wer hilft weiter?

- Beratungen und Vorträge bieten Hospize, Palliativteams, Seniorenstellen, Betreuungsvereine und zum Teil auch Apotheken und Ärzte.
- Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

 **Praxistipp!**

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen und Vordrucken zu Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann kostenlos unter www.betaCare.de/ratgeber.html heruntergeladen werden.

Darin sind Hinweise und Erläuterungen zu folgenden Themen zu finden:

- Beurkundung und Beglaubigung
- Inkrafttreten, Gültigkeit und Widerruf der Vollmacht/Verfügung
- Vergütung eines Bevollmächtigten
- Verbindlichkeit der Angaben in den Vorsorgeformularen
- Tipps und Ausfüllhilfen für rechtssichere Formulare

Linderung von Symptomen

Es gibt eine ganze Reihe von Symptomen, die für die letzte Lebensphase typisch sind. Auf den folgenden Seiten sind nur die häufigsten Symptome aufgeführt, da eine umfassende Abhandlung den Umfang dieses Ratgebers sprengen würde. Die folgende Auflistung soll Patienten und Angehörigen eine Orientierung geben.

Vielen hilft schon das Wissen, dass die zunehmenden Schwierigkeiten, die jetzt auftreten, normal sind. Symptome wie Angst, Depression, Schlafstörungen und Unruhe sind häufig. Sie sind auch ganz natürlich angesichts der Tatsache, dass das Leben sich neigt. Generell kann gesagt werden: Es gibt viele Hilfen, die die Symptome lindern können.



Praxistipps!

- Sprechen Sie mit dem Arzt, mit den Pflegenden und den Hospizhelfern. Nur wenn die Fachkräfte Bescheid wissen, können sie sich um Abhilfe bemühen. Es gibt viele pflegende und unterstützende Maßnahmen, mit denen Pflegedienste, Hospizhelfer und Angehörige entlasten und ein Leben in Würde bis zuletzt ermöglichen können.
- Eine laienverständliche Übersicht zu den wichtigsten Symptomen und Medikamenten kann bei der Deutschen Palliativstiftung unter www.palliativstiftung.de > *Publikationen* > *Bücher/Broschüren/Ratgeber* > „Medikamententipps“ heruntergeladen werden.

Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)

Akut heißt: Innerhalb kürzester Zeit können verschiedenste Symptome auftreten wie Passivität, fehlende Konzentration, Aggressivität, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, rasche Gefühlswechsel oder ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus. Der Betroffene weiß nicht mehr was er tut, was er will, was er fühlt, gefährdet sich und andere.

Die Auslöser können sehr verschieden sein und sind teilweise abhängig von der Art und Schwere der Erkrankung. Helfen können ausreichendes Trinken (oder Infusionen), persönliche Zuwendung und Entspannungsübungen. Hilfreich kann aber auch der Einsatz von Medikamenten sein, die kurzfristig über kritische Situationen hinweg helfen.

Angst

Angst am Lebensende und vor dem Sterben ist häufig und hat vielfältige Ursachen. Gespräche über Ängste sind wichtig und können sehr hilfreich sein.

Angehörige und Freunde können zuhören und da sein. Es gibt zudem pflegerische Maßnahmen oder Beschäftigungen, die beruhigen und/oder ablenken (Näheres ab S. 35).

Angstauslöser können aber auch alte Konflikte und „offene Rechnungen“ sein. Hier kann manchmal ein unbeteiligter Dritter als Gesprächspartner besser helfen, z. B. ein Hospizhelfer oder Seelsorger. Ärzte und Pflegende sind gute Ansprechpartner, wenn es um sehr konkrete Ängste, z. B. vor Schmerzen, vor dem Fortschreiten der Krankheit oder vor dem „ins Heim kommen“, geht. Sie kennen Entwicklungen bei anderen Patienten und können durch Informationen Ängste lindern. Bei sehr starken Ängsten können sie auch Medikamente empfehlen, die dagegen helfen können.

Appetitlosigkeit

In der Palliativphase verschwinden Hunger und Durst zum Teil völlig und es erfordert große Sorgfalt, mit diesen Situationen richtig umzugehen. „Richtig“ heißt: So, wie es der Patient wünscht, wie es für ihn richtig ist.

Manche Menschen wollen gegen Lebensende nichts mehr essen und trinken. Das ist natürlich – jedoch für die Angehörigen schwer auszuhalten. Anzuerkennen, dass ein geliebter Mensch nicht mehr essen will, d. h. akzeptieren, dass er nicht mehr lange leben wird.

Wenn ein Mensch noch essen und trinken will, sollte er das zu sich nehmen, worauf er Lust hat: Lebensfreude ist in der Palliativphase wichtiger als Ernährungsfachwissen. Es darf keinen Zwang zum Essen und Trinken geben.

Bei schwieriger Nahrungsaufnahme sollte das Essen möglichst eiweiß- und kalorienreich sein. In manchen Fällen kann eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsgabe angebracht sein, z. B. wenn Übelkeit, Schmerzen, Kraftlosigkeit, Schluckbeschwerden oder andere Symptome das Essen schwer oder unmöglich machen. Eine künstliche Ernährung ist nur dann durchzuführen, wenn der Patient dies will und sie medizinisch indiziert ist. Über die medizinische Indikation entscheidet der behandelnde Arzt.

Atemnot

Atemnot (Dyspnoe) gehört zu den quälendsten und bedrohlichsten Symptomen, weil dadurch oft die Angst vor dem Ersticken ausgelöst wird.

Atemnot entsteht nicht nur bei Sauerstoffmangel, sondern auch bei zu viel Kohlendioxid im Körper, welches nicht abgeatmet werden kann. Gründe dafür können z. B. Atemwegserkrankungen, Herzprobleme, Schwäche oder Nervosität sein. Angst verflacht die Atmung – so wird die Atemnot noch größer.

Bei Atemnot ist es darum wichtig, den Patienten zu beruhigen und seine Konzentration auf ein möglichst tiefes Ausatmen zu lenken. Frische Luft oder ein Ventilator können helfen. Auch eine gute Mund- und Lippenpflege ist wichtig. Atemnot kann auch mit Medikamenten gelindert werden.

Depression

Es ist normal, dass eine unheilbare Krankheit, belastende Symptome und das nahende Lebensende die Stimmung drücken. Betroffene leiden deshalb nicht gleich an einer Depression, die mit Medikamenten behandelt werden muss.

Wenn entsprechende Symptome wie z. B. niedergedrückte Stimmung, Schlafstörungen, vermindertes Interesse und geringer Antrieb aber ausgeprägt sind und lange anhalten, sollte der Arzt informiert werden. Antidepressiva können hier zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen, ihre Verordnung muss jedoch sorgfältig erfolgen mit Blick auf Wechsel- und Nebenwirkungen. Manche Nebenwirkungen sind aber auch erwünscht, z. B. können Antidepressiva bestimmte Schmerzen lindern.

Juckreiz

Juckreiz (Pruritus) ist ein zwar seltenes, aber sehr quälendes Symptom. Er kommt meist bei Leberschäden, trockener Haut und Hautveränderungen vor, doch es gibt weitere und oft auch recht komplexe Ursachen.

Wichtig ist, bei Juckreiz nicht zu kratzen: Kratzen verletzt die Haut und verstärkt den Juckreiz. Lindern können z. B. drücken, kühlen und jede Form von Ablenkung.

Gute Hautpflege ist wichtig. Hier sollte man sich von Pflegekräften beraten lassen, denn alles sollte optimal auf den Hauttyp und das Wohlbefinden des Patienten abgestimmt sein: Die Waschlotion, die Wassertemperatur, das Abtrocknen (nicht rubbeln), das Hautpflegemittel, die Kleidung, die Raumtemperatur, die Luftfeuchtigkeit und das Essen und Trinken.

Es gibt auch Medikamente gegen Juckreiz, aber sie gelten immer als letztes Mittel, wenn pflegende Maßnahmen nicht helfen.

Kraftlosigkeit und Schwäche (Fatigue)

Nach langer lebensbedrohlicher Krankheit und vielen Behandlungen kommen Körper und Psyche irgendwann an ihre Grenzen.

Manchmal ist das der natürliche Prozess und ein Mensch ist mit seiner Kraft am Ende und will nicht mehr leben. Das ist für die Angehörigen eine schwierige Situation, sollte aber respektiert werden.

Es gibt auch Fälle, bei denen der Körper nach intensiven Therapien keine Kraft mehr hat oder Beschwerden das Essen, Trinken und Schlafen verhindern und so zu einer zunehmenden Schwäche und Auszehrung (Kachexie) führen. In diesen Fällen kann künstliche Ernährung helfen. Wenn Symptome wie Schmerzen, Übelkeit oder Angst das Essen oder Schlafen verhindern, sollte unbedingt versucht werden, diese Beschwerden zu lindern. Wenn Medikamente die Schwäche verursachen, sollte mit dem Arzt besprochen werden, wie vorzugehen ist.

Krampfanfälle

Krampfanfälle dauern nur wenige Sekunden bis Minuten, sind aber belastend für den Patienten und oft mit Angst und Scham verbunden. Angehörige sind durch die Anfälle oft sehr verunsichert und fühlen sich hilflos.

Krampfanfälle treten oft bei Patienten mit Hirnschädigungen auf, z. B. nach Schädel-Hirn-Trauma, nach Operationen am Kopf oder Bestrahlungen. Sie können auch bei Hirnmetastasen oder bei erhöhtem Hirndruck entstehen. Sie sind nicht zu verwechseln mit der Krankheit Epilepsie.

Wenn die Anfälle länger als 5 Minuten dauern oder gehäuft auftreten, sollte möglichst rasch der Arzt informiert werden: Er wird dann in der Regel ein Medikament dagegen verschreiben.

Mundpilz

Palliativpatienten haben häufig einen weißlichen Belag im Mundraum, der beim Essen und Trinken brennt und schmerzt. Das kann Mundpilz (Soor, Candidose) sein. Pilze kommen praktisch überall vor, doch Palliativpatienten sind besonders anfällig, weil ihr Immunsystem geschwächt ist oder die Schleimhäute angegriffen sind.

Gegen Mundpilz hilft eine konsequente Mundpflege – am besten natürlich vorbeugend. Eine gesunde Mundschleimhaut verhindert die Ansiedlung von Pilzen. Wenn der Mundpilz bereits da ist, muss er unbedingt behandelt werden. Im Mund ist er zwar harmlos, aber wenn er sich ausbreitet, kann er Organe angreifen und bei alten und geschwächten Menschen lebensgefährlich werden. Mundreinigung und -pflege sind sehr intim. Wenn ein Patient zu schwach ist, sie selbst durchzuführen, sollte sie sehr vorsichtig und rücksichtsvoll ausgeführt werden. Ideal ist, wenn nahestehende Menschen dies tun.

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind bei Palliativpatienten sehr häufig. Manche können nicht schlafen, weil sie Beschwerden haben oder Sorgen, die sie beunruhigen, oder weil sie nur liegen und dabei nicht ermüden. Andere sind „nur noch müde“ und erschöpft. Manche Patienten können nicht ein-, manche nicht durchschlafen, manche schlafen tagsüber, aber nachts nicht, andere werden morgens nur schwer wach.

So verschieden die Formen von Schlafstörungen, so vielschichtig können auch die Ursachen sein. Es gibt zwar Medikamente gegen Schlafstörungen, aber sie sind nur sinnvoll, wenn die Schlafstörungen sehr belastend sind. Keinesfalls sollten Palliativpatienten, die meist mehrere Medikamente einnehmen, Schlafmittel ohne Absprache mit dem Arzt einnehmen.

Wenn Beschwerden wie Schmerzen oder Übelkeit das Einschlafen oder Durchschlafen stören, müssen diese vorrangig behandelt werden.

Häufig helfen aber auch pflegerische und betreuende Maßnahmen, z. B.:

- Akzeptieren, dass der Körper am Lebensende „aus dem Takt“ gerät.
- Beruhigende Gespräche, Vorlesen, Musik.
- Waschen und eincremen/-ölen. Pflegekräfte können Tipps geben.
- Aromatherapie mit beruhigenden ätherischen Ölen.
- Beruhigende Tees, z. B. Melissentee.
- Aktivität am Tag, damit abends die Müdigkeit kommt.
- Einschlafrituale, z. B. Entspannungsübungen.

Schmerzen

Schmerzen sind das häufigste und oft auch schlimmste Symptom für Patienten. Dazu kommt die Angst vor dem Schmerz. Schmerzen können heute sehr gut gelindert werden. Erfahrene Schmerz- und Palliativmediziner schaffen es bei nahezu allen Patienten, einen erträglichen und oft schmerzfreien Zustand zu erreichen.

Teilweise erfolgt nur eine unzureichende Schmerztherapie, das kann verschiedene Ursachen haben:

- Manche Patienten und Angehörige glauben, dass Leiden „normal“ ist und ausgehalten werden muss. Doch die letzte Lebenszeit ist kostbar. Schmerzen muss man nicht ertragen.
- Schmerzen angesichts eines geschwächten Körpers, bei mehreren oder schweren Krankheiten, können sehr komplex sein. Entsprechend schwierig ist ihre Therapie, deshalb braucht es oft einen Spezialisten.

- Wirksame Schmerzlinderung erfordert oft starke Medikamente, z. B. Opiate (siehe unten). Wichtig ist die richtige Dosis und rechtzeitige Einnahme, damit sie den Schmerz dauerhaft lindern.
- Wichtig ist bei der Schmerztherapie, dass die Medikamente exakt nach Vorgabe eingenommen bzw. angewendet werden. Oft ergänzen sich mehrere Medikamente, z. B. ein langfristig wirkendes Medikament (Basistherapie), ein Zusatz-Schmerzmittel (Ko-Analgetikum) und ein Notfall-Medikament, das innerhalb von Minuten wirkt, wenn Schmerzspitzen die Basistherapie durchbrechen. Patienten und Angehörige sollten nur nach Rücksprache von den ärztlichen Vorgaben abweichen.

Neben Medikamenten gibt es auch viele pflegerische und soziale Maßnahmen, die Schmerzen lindern können. Wenn Schmerzen z. B. krampfartig sind, kann Entspannung und Wärme helfen. Bei entzündlichen Schmerzen kann Kühlung das Richtige sein. Ablenkung kann Schmerzen „vergessen lassen“.

Betäubungsmittel (BtM)

Bei chronischen Schmerzen, fortgeschrittenen Krebserkrankungen und nach Operationen werden häufig **Betäubungsmittel** eingesetzt, z. B. Opiate und Opioide.

Betäubungsmittel (BtM) sind Medikamente, die auch missbraucht werden können. Um dies zu verhindern und dafür zu sorgen, dass sie nur medizinisch sinnvoll eingesetzt werden, hat der Gesetzgeber umfangreiche Bestimmungen im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlassen.



Praxistipps!

Die meisten Vorschriften sind nur für Ärzte und Apotheker wichtig. Für Patienten und ihre Angehörigen ist Folgendes zu beachten:

- BtM werden auf einem speziellen, gelben Rezept verordnet.
- BtM-Rezepte sind nur maximal 8 Tage inklusive Verschreibungsdatum gültig, müssen also schnell eingelöst werden.
- BtM müssen unbedingt kindersicher aufbewahrt werden.
- BtM-Pflaster (Schmerzplaster) sollten nach der Tragezeit zusammengeklebt und im verschlossenen Hausmüllbeutel entsorgt werden.

Opiate und Opioide

Opiate und Opioide machen Patienten und ihren Angehörigen oft Angst: Das klingt nach „Opium“, nach Sucht und Gefahr. Diese Medikamente sind jedoch hoch wirksam und bei richtiger Anwendung können sie schwerste Beschwerden lindern, insbesondere Schmerzen. Eine Suchtgefahr besteht bei richtiger Anwendung nicht – und ist bei begrenzter Lebenserwartung ohnehin nicht mehr relevant. Wenn man die Medikamente wieder absetzen will, muss dies schleichend erfolgen, damit der Körper keine Entzugerscheinungen zeigt.

Es ist hilfreich den „Wirkmechanismus“ von Schmerzmitteln wenigstens in Grundzügen zu verstehen. Schmerzen entstehen irgendwo im Körper. Die Nerven melden den Schmerz Richtung Rückenmark. Im Rückenmark springt die Schmerzmeldung von einer auf die nächste Nervenzelle. Im Gehirn liegt eine zweite Schaltstelle und erst danach wird der Schmerz tatsächlich wahrgenommen. Das Gehirn reagiert dann auf die Schmerzmeldung und sendet schmerzhemmende Impulse wieder zurück zum Schmerzzort.

Einfache Schmerzmittel wirken, indem sie die Schmerzursache bekämpfen, also z. B. eine Entzündung lindern. Aber bei schwersten Krankheiten ist dies oft nicht mehr möglich.

Opioide wirken, indem sie in die Schmerzweiterleitung „eingreifen“. Ihre entscheidende Fähigkeit ist, dass sie sich an den Schmerz-Schaltstellen auf die sog. Opioid-Rezeptoren setzen.

Das bewirkt dreierlei:

- Die schmerzweiterleitenden Nerven sind teilweise blockiert und damit weniger aktiv.
- Das schmerzhemmende System wird aktiviert.
- Die Schmerzwahrnehmung wird verändert.

Patienten, die Opioide einnehmen, müssen auf ihre **Ernährung** achten, denn Opioide bremsen nicht nur die Schmerznerve aus, sondern verlangsamen auch die Verdauung. Das kann zu Verstopfung führen, die (wenn möglich) durch viel Trinken und Vollwertkost abgemildert werden kann. Ärzte verschreiben meistens mit den Opioiden auch gleichzeitig leichte Abführmittel. Mehr zu Verstopfung, siehe S. 32.

Patienten mit Opioid-Dauertherapie sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen. Darin sind die Medikamente, die Dosierung und die Einnahmedaten vermerkt. Neben einer schriftlichen Einnahmeanordnung informiert der Ausweis mitbehandelnde Ärzte über die Notwendigkeit der Opioide und die Art der Dosierung. Die Vorlage des Ausweises stellt in der Regel sicher, dass die Therapie auch in fremden Krankenhäusern fortgeführt und der Patient weiterhin medikamentös versorgt wird.



Praxistipp!

Ein Opioid-Ausweis kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

Wenn gängige Schmerzmittel nicht ausreichend helfen, kann der Einsatz von **Medikamenten aus Cannabis** in Erwägung gezogen werden. Cannabinoide finden z. B. zunehmend Anwendung bei chronischen Schmerzen und können seit März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich verordnet werden.

*Stark wirksam
gegen Schmerzen*

*Ernährung bei
Opioidanwendung*

Opioid-Ausweis

*Medizinische
Cannabis*

Verordnungsfähig sind getrocknete Blüten, Extrakte und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon. Es gibt verschiedene Arten der Anwendung, z. B. Inhalation nach Verdampfen, Teezubereitung oder die Einnahme von Tropfen/Kapseln. Cannabis kann von Ärzten jeder Fachrichtung verordnet werden, ausgenommen sind Zahnmediziner.

Voraussetzungen

Bei Erfüllung der folgenden Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse (§ 31 Abs. 6 SGB V):

- 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 wird nicht näher festgelegt. Es müssen jedoch **schwerwiegende Symptome** vorliegen.

Wirkung

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 neuropathischen Schmerzen (Nervenschmerzen).

Der verschreibende Arzt sollte den Patienten umfassend über mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufklären.

Verordnung und Kostenübernahme

Damit die **Kosten übernommen** werden, muss das Cannabis von einem Arzt verordnet werden und eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse vorliegen. Es ist üblich, dass die Krankenkassen den Medizinischen Dienst (MD) damit beauftragen eine fachliche Einschätzung zu treffen, ob der Patient tatsächlich unter einer Krankheit mit schwerwiegenden Symptomen leidet.

Erfolgt die Verordnung im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), muss die Krankenkasse innerhalb von **3 Tagen** über den Antrag entscheiden (§ 31 Abs. 6 SGB V). Die Frist von 3 Tagen gilt auch, wenn eine Therapie mit Cannabis bereits stationär begonnen wurde und bei Entlassung ambulant fortgeführt werden soll.

In allen anderen Fällen gilt der Entscheidungszeitraum von **3 Wochen**, bei gutachterlicher Stellungnahme durch den MD verlängert sich der Zeitraum auf **5 Wochen**.

Nach Zahlen des GKV-Spitzenverbandes wurde in den ersten 6 Monaten nach der Gesetzesänderung rund die Hälfte der Anträge abgelehnt. Die überwiegende Zahl der Anträge wurde im Rahmen einer Schmerztherapie gestellt.

Praxistipp!

Weitere Informationen zur medizinischen Anwendung von Cannabis bietet die kassenärztliche Bundesvereinigung unter www.kbv.de > Suchbegriff: „Cannabis verordnen“.

Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit und Erbrechen plagen viele Patienten, sie können auch unabhängig voneinander auftreten. Die Ursachen sind vielschichtig und die Entstehung ist komplex – entsprechend schwierig kann auch die Linderung sein.

Weil Übelkeit, Würgereiz und Erbrechen die Lebensqualität stark einschränken, muss eine Linderung unbedingt versucht werden. Das beginnt beim Schaffen einer angenehmen, frischen Raumatmosphäre, geht über pflegerische Maßnahmen und ärztliche Behandlungen, bis hin zur Gabe von Medikamenten. Auch die soziale und psychische Ebene sollte nicht übersehen werden: Angst oder Ekel können „auf den Magen schlagen“. Richtschnur ist immer das Empfinden des Patienten – es sollte möglichst alles unterlassen oder entfernt werden, was bei ihm Unwohlsein verursacht.

Auf jeden Fall mit dem behandelnden Arzt sprechen, da es unterschiedlichste Medikamente gibt, die Übelkeit und Erbrechen lindern können.

Unruhe

Starke Unruhe zeigen z.B. Patienten, die sich nicht mehr klar orientieren können oder nicht mehr ansprechbar sind. Die Diagnose „Unruhe“ (Agitation) orientiert sich deshalb oft am Verhalten, wenn sich der Patient z.B. im Bett wälzt, ständig an etwas nestelt, stöhnt oder um Hilfe ruft. Das ist insbesondere für Angehörige oder auch Zimmernachbarn schwer auszuhalten.

Das Herausfinden der Ursachen ist schwierig, da sich die Patienten oft nicht mehr klar äußern können. Wenn keine organische Ursache gefunden wird (z. B. Schmerzen), hilft oft Zuwendung und Zeit: Da sein, die Hand halten, sprechen, erzählen, vorlesen. Beruhigende und entspannende Pflegemaßnahmen können ebenfalls lindernd wirken – hilfreich ist, wenn man weiß, was der Mensch gerne mag. Manchmal geht es aber auch „nur“ darum, den Zustand mit dem Patienten auszuhalten, keine weitere Aktivität zu veranlassen und keinen Druck aufzubauen. Wenn Angehörigen dazu die Gelassenheit fehlt, was sehr verständlich ist, sollten sie sich nicht scheuen, sich bei Hospizdiensten und Palliativfachkräften Rat zu holen.

Wenn nichts anderes hilft, kann versucht werden, Unruhe mit Medikamenten zu lindern.

Verstopfung

Verstopfungen (Obstipation) betreffen über die Hälfte der Palliativpatienten und sind oft schwer zu lösen, weil es viele Ursachen geben kann, die zusammenwirken.

Die häufigsten Ursachen sind:

- Einnahme von Opioiden (siehe S. 28) – normalerweise werden mit diesen Medikamenten auch leichte Abführmittel (Laxantien) verordnet.
- Bestimmte Krankheiten, z. B. Krebserkrankungen
- Bewegungsmangel
- Zu wenig Flüssigkeits- und/oder Nahrungsaufnahme
- Mangel an Ballaststoffen
- Stoffwechselstörungen

Da Stuhlgang eine sehr intime Angelegenheit ist, können auch psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Unter diesem Aspekt muss auch die Therapie sensibel angegangen werden.

Es gibt viele Therapiemöglichkeiten, um den Stuhlgang zu fördern:

- Ernährung verändern
- Mehr trinken
- Durch Bewegung oder Massage die Darmaktivität fördern
- Medikamente zum Einnehmen
- Zäpfchen
- Einlauf
- Manuelle Ausräumung (Mittel der letzten Wahl und nur von erfahrenen Pflegekräfte durchzuführen)

Bei der Therapie muss immer berücksichtigt werden, wie kräftig der Patient ist, ob die Maßnahmen Schmerzen verursachen und Wechselwirkungen mit anderen Therapien und Medikamenten entstehen.

Gegen Lebensende, wenn ein Patient nicht mehr essen und trinken mag, kann es manchmal angemessen sein, die Verstopfung hinzunehmen. Man sollte die allerletzte Lebenszeit nicht mit belastenden Abführmaßnahmen verbringen. Allerdings sollte das nur in den letzten Tagen so gehandhabt werden, weil es ansonsten zu einem schmerzhaften und gefährlichen Darmverschluss (Ileus) kommen kann, der unter Umständen im Krankenhaus behandelt werden muss.

Palliativpflege: Was Angehörige tun können

Die Palliativphase stellt oft sehr spezielle Pflegeanforderungen, die Fachpersonal erfordern. Aber Angehörige können in vielen Bereichen mithelfen. Gerade in der letzten Lebensphase kann dies ein besonderer Dienst am Angehörigen sein und Nähe und Vertrautheit schaffen. Viele kleine Maßnahmen können die Lebensqualität erhöhen.

Nachfolgend einige Pflegebereiche, die häufig in der Palliativphase wichtig sind und bei denen Angehörige sich gut einbringen können, wenn sie das möchten. Allerdings müssen sie dabei immer auch auf ihre eigene Belastbarkeit achten. Zudem sollten sie sich Tipps von Pflegefachkräften holen und sich bei Pflegetätigkeiten genau anleiten lassen.

Mundpflege

Die Mundpflege ist in der Palliativphase sehr wichtig, weil die Mundschleimhaut und die Lippen besonders anfällig sind. Sie können ausgetrocknet, gerissen, entzündet oder von Pilzen befallen sein.

Gründe dafür sind z. B. die Krankheit selbst, Medikamente oder ein geschwächtes Immunsystem. Reduzierte Ernährung und Magen-Darm-Probleme können zu Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund führen.

Eine gute Mundpflege fördert Wohlbefinden und Lebensqualität, aber sie muss immer in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen und seine Vorlieben berücksichtigen, wenn es um Aromen und Geschmack geht. Mund und Lippen sind sehr empfindsam, entsprechend feinfühlig sollte man vorgehen. Die Mundpflege soll im Idealfall angenehm für den Patienten sein. Wenn er sich nicht mehr äußern kann, sollte an der Mimik bzw. Gestik oder an kleinen Bewegungen beobachtet werden, ob ihm etwas angenehm ist oder ob man es besser sein lässt.

Konkrete Mundpflegetipps geben Pflegekräfte und Palliativteams. Es gibt hier sehr viele Möglichkeiten, die ganz stark von der Krankheit und der Situation des Patienten abhängen.

Hautpflege

Die Haut ist das größte Sinnesorgan und auch sie leidet häufig in der Palliativphase: Hauttrockenheit, unerträglicher Juckreiz, Einstichstellen, Reizungen durch Pflaster, Druckstellen, Entzündungen, Wunden und Geschwüre – die Beschwerden können vielfältig sein.

Bei der Hautpflege können Angehörige viel mithelfen. Waschen, cremen, ölen, massieren – das sind einfache Tätigkeiten, die aber viel Wohlbefinden und Nähe vermitteln können.

Wie warm oder kalt, wie fest oder sanft, wie nass oder trocken, wie ölig oder wässrig und wie häufig gut ist, sollten Patient und Pfleger miteinander ausprobieren. Auch auf die Raumluft sollte geachtet werden, sie sollte nicht zu trocken sein. Es gibt auch Hautprobleme, die durch Medikamente gelindert werden können.

Lagerung und Mobilisation

Lagerung und Mobilisation bedeuten, dass ein Patient richtig im Bett liegen und, wenn möglich, bewegt werden soll.

Hier nur einige Beispiele:

- Wenn der Oberkörper höher liegt, erleichtert das Patienten mit Atembeschwerden das Atmen. Es kann auch Übelkeit lindern.
- Umlagern beugt Druckstellen und Wundliegen vor. Dafür gibt es auch sog. Antidekubitus-Matratzen, die bei bettlägerigen Patienten die Auflagestellen schützen und verändern.
- Schmerzen in bestimmten Körperregionen können durch spezielle Lagerung gelindert werden.

Allerdings sollte man in den letzten Tagen und Stunden auf viele Maßnahmen verzichten, wenn der Patient schwach ist. Dann ist Ruhe wichtiger.

Aromapflege und -therapie

Ätherische Öle und Pflanzenauszüge werden in der Palliativpflege vor allem eingesetzt, um die Raumluft zu verbessern, unangenehme Gerüche zu nehmen, Übelkeit zu lindern, zu beruhigen oder zu beleben. Häufige Anwendungen sind Duftlampen, Massage- und Pflegeöle oder Ölbäder.

Ätherische Öle wirken über den Geruchssinn emotional, über Schleimhäute und die Haut werden Inhaltsstoffe aufgenommen. Auch wenn ätherische Öle frei verkäuflich sind, sollten sie nur innerlich eingenommen werden, wenn ein erfahrener Aromatherapeut entsprechende Empfehlungen ausspricht. Jede innerliche Einnahme muss zudem mit dem Arzt abgesprochen werden, da sich Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ergeben können.

Wickel und Auflagen

Wickel und Auflagen können wärmen, kühlen, beruhigen, beleben oder Beschwerden wie Schmerzen oder Magen-Darm-Probleme lindern.

Es gibt Wickel und Auflagen mit und ohne Wirksubstanzen. Die Substanzen pflegen die Haut oder werden über die Haut aufgenommen.

Das Anlegen eines Wickels oder einer Auflage sollte sorgfältig vorbereitet und ruhig durchgeführt werden. Auch wenn sie „probate“ Hausmittel sind, sollten sie immer in Abstimmung mit anderen Pflege- und Therapiemaßnahmen erfolgen. Denn was bei dem einen Patienten lindert, kann beim anderen die Beschwerden verstärken.

Die Kosten für Wickel und Auflagen können von der Krankenkasse übernommen werden, wenn die Anwendung vom Arzt verordnet wird.

Beschäftigung und Ablenkung

Wenn der Kopf mit angenehmen Tätigkeiten oder Erinnerungen beschäftigt ist, bringt das enorme Lebensqualität, reduziert das Leid, lässt schwere Phasen vergessen.

„Vergessen“ ist hier wörtlich zu nehmen: Der Kopf lernt auch unangenehme Dinge wie Schmerz. Je öfter Unangenehmes wahrgenommen wird, desto schneller reagiert man. Umgekehrt heißt das: Je öfter es in der Palliativphase angenehme Erlebnisse gibt, desto leichter wird die letzte Lebenszeit.

Die Angebote sollten sich immer nach den Wünschen und Vorlieben des Patienten richten und dem Alter, den Kräften und den geistigen Fähigkeiten entsprechen.

Hier nur einige Beispiele:

- **Kreative Beschäftigungen** wie Malen, Schreiben, Spielen oder Musizieren. Wenn die Kräfte nicht mehr reichen, Stifte zu halten, können sich manche Menschen noch über einen Laptop oder ein Touchscreen-Tablet ausdrücken.
- **Musik** kann ganz tief eindringen, auch wenn ein Patient sonst nur noch wenig wahrzunehmen scheint. Sie kann beleben, beruhigen und Erinnerungen wecken.
- **Medien wie Bücher, Hörbücher, Internet, Fernsehen, Radio** regen die Fantasie an, lenken die Gedanken ab, sind ein Fenster zur Welt. Vorlesen kann in der Palliativphase wichtig werden. Geschichten für Fantasiereisen regen Vorstellungskraft, Gedanken und Gefühle besonders an.
- **Kochen, backen und essen:** Essen gehört zum Leben und solange der Patient will und kann, sollte er nach seinen Vorlieben zubereiten und genießen.

- **Gespräche:** Am Lebensende kommen viele Erinnerungen – Verdrängtes steigt auf, Ungelöstes will noch geklärt werden. Manchmal machen Ängste die Worte schwer, manchmal löst das nahende Ende die Zunge. Angehörige können durch ihre Anwesenheit und das Gespräch viel helfen. Selbst wenn der Patient nur noch wenig wahrzunehmen scheint, können Worte und Erzählungen beruhigend auf ihn wirken.
- **Ausflüge:** Schwer kranke Menschen haben oft noch den Wunsch etwas Bestimmtes zu unternehmen, z. B. einen letzten Ausflug zu einem Lieblingsort. Wenn es von der körperlichen Verfassung zulässt, sollte man diese Wünsche erfüllen. Fahrdienste und Ehrenamtliche helfen dabei.

Kommunikation in der Palliativphase

Kommunikation in der letzten Lebenszeit ist von vielen Faktoren abhängig.

Hier können nur einige Aspekte kurz angesprochen werden.

- **Offen und ehrlich:** Das Lebensende ist für alle schwierig. Aber wer es verdrängt oder „totschweigt“, sich und andere schonen will, vergibt sich die Chance des Abschieds, die Chance, den letzten schweren Weg gemeinsam zu tragen.
- **Da sein:** Angehörige und Bekannte sollten den Umgang nicht scheuen und die Kommunikation so weit wie möglich aufrechterhalten. Auch ein kurzer Anruf oder nur das Anwesendsein ist wichtig für den Sterbenden und seine Angehörigen. Allein zuhören und schweigen kann das Schwere leichter machen.
- **Eigene Ängste:** Die Begleitung eines Sterbenden in seiner letzten Lebensphase löst oft auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende aus, mit eigenen Vorstellungen von Sterben, Tod und dem Loslassen von nahestehenden und geliebten Menschen und Dingen.
- **Sich einlassen:** Es erfordert Mut, sich persönlich und intensiv auf den Patienten, seine Gedanken und Gefühle einzulassen.
- **Akzeptanz:** Der eingeschlagene Weg des Patienten, seine Wünsche und sein Wille sind unbedingt zu akzeptieren.
- **Rechte:** Die Rechte des Sterbenden sind zu respektieren. Dazu gehört z. B. das Recht auf Hoffnung, auf widersprüchlichste Gefühle, auf Selbstbestimmung, auf Linderung jeglichen Leidens, auf Ehrlichkeit, auf Rituale entsprechend dem Glauben, auf menschlichen Beistand, auf Frieden und Würde.
- **Nonverbale Kommunikation:** Wo Worte nicht mehr möglich sind, können Angehörige durch bewusstes Berühren, Streicheln und Handauflegen Nähe und Geborgenheit vermitteln. Hilfreich ist hier das Wissen um persönliche Vorlieben. Zu beachten sind schmerzende Stellen. Die Reaktion des Patienten ist immer zu beobachten: Patienten geben z. B. durch winzige Signale über die Mimik und Gestik zu erkennen, was ihnen angenehm ist oder nicht.

Schutz der eigenen Kräfte: Self Care

Angehörige von schwerstkranken und sterbenden Patienten sind immer auch selbst Betroffene. Sie können Schuldgefühle und Ängste entwickeln, Erwartungen nicht erfüllen zu können.

Ängste vor dem körperlichen Zerfall des Patienten, vor Schmerzen, vor starken Emotionen und Reaktionen, vor Persönlichkeitsveränderungen und nicht zuletzt Angst vor dem Tod können stark belasten. Neben diesen körperlichen und psychischen Belastungen kann es zu Spannungen in der Familie des Patienten/Pflegenden kommen, die zusätzlich Kraft kosten.

Pflegende Angehörige sind oft gleichermaßen körperlich und psychisch belastet, denn Pflege kostet Zeit, ist anstrengend und es ist oft schwer die Krankheit des Angehörigen auszuhalten. Die Pflegekassen finanzieren unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene Leistungen, die pflegende Angehörige entlasten (siehe S. 71). Angehörige sollten auf sich achten, und wenn sie Hilfe und Unterstützung brauchen, sollten sie sich dies auch zugestehen und aktiv holen, z. B. bei ehrenamtlichen Hospizhelfern, Nachbarn, Freunden oder anderen Angehörigen.

Angehörige müssen aber nicht pflegen und sollten auch nicht dazu gedrängt werden. Sie sollten in jedem Fall die Zeit und Möglichkeit haben, ihre eigenen Bedürfnisse und bisherigen Rollen (Ehemann/Ehefrau, Mutter/Kind, Beruf) wahrzunehmen.



Praxistipps!

- Die Broschüre „Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für pflegende Angehörige“ zielt vor allem auf die psychische Belastung ab. Sie kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten* > *Faltblätter & Broschüren* heruntergeladen werden.
- Der Ratgeber „Die Pflgetipps“ der Deutschen Palliativstiftung enthält nützliche Informationen zur häuslichen Pflege und kann unter www.palliativstiftung.de > *Publikationen* > *Die Pflgetipps – Palliativ Care* heruntergeladen werden.
- Die gemeinnützige Gesellschaft Catania bietet online psychologische Hilfe, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de.
- Wer längere Zeit einen Angehörigen pflegt, sollte zwischendurch eine „Auszeit“ nehmen, um wieder Kraft tanken zu können. Pflegende (Frauen und Männer) können dafür auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen (www.muettergenesungswerk.de).

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

-Brutto

Factor

Zeit

Versi

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Gerade bei schweren Erkrankungen kann dies eine finanzielle Belastung darstellen. Aus diesem Grund gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für 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 > Zuzahlungsbefreite Medikamente ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag bei einem Arzneimittel. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe zahlt der Patient somit Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, z. B. Physio- oder Ergotherapie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankheitsbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z. B. Prothesen oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient vorübergehend zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

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 (siehe S. 79).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Angehörige des Versicherten sind z. B.:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedenen-geschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.733 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.812 €.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Freibetrag

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner. Nicht hierzu zählen Partner aus einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.)
- Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe)
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Altersrenten
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Kindergeld, Ausbildungsförderung (BAföG)
- Pflegegeld
- Blindenhilfe, Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d. h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

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

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

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der o.g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)

ergibt: 8.643 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein **Quittungsheft** an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.

- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht hat, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, ist die Belastungsgrenze nur halb so hoch und beträgt 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und mindestens eine der folgenden Kriterien erfüllt:

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) 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.
- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 wegen einer schwerwiegenden Krankheit.

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Schmerzpatient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen
- mit schweren geistigen Behinderungen
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

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



Wer hilft weiter?

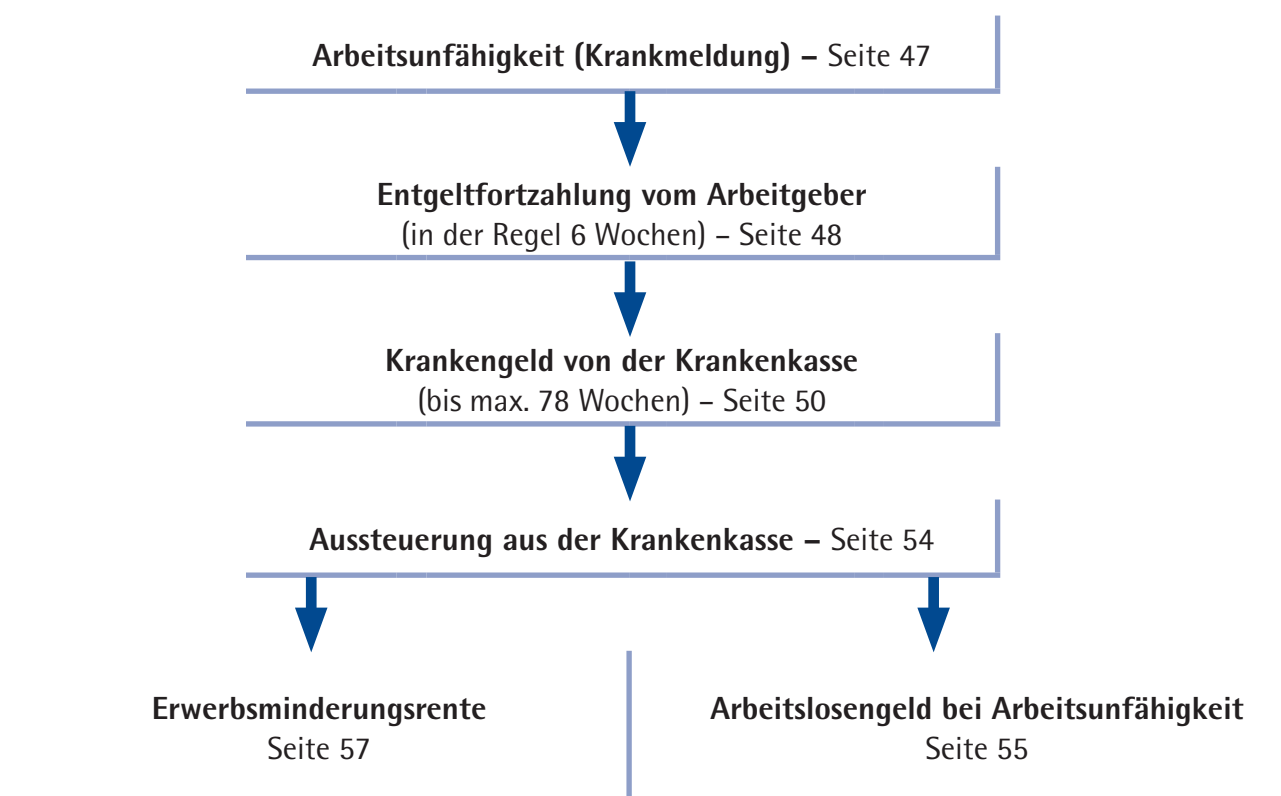
Die zuständigen Krankenkassen.



Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Schwere Erkrankungen führen in der Regel zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit. Für den Palliativpatienten ist es dann wichtig zu wissen, welche Unterstützungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) ihm zustehen und wo er diese unter welchen Voraussetzungen beantragen kann.

Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitnehmer haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Sie ist so hoch wie das bis dahin übliche Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450-€-Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.

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

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

Dauer

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

Höhe

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

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



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen auch die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Arbeitsrecht), Telefon 030 221911004, Mo–Do von 8–20 Uhr.

Krankengeld

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Bezieher von Arbeitslosengeld erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z. B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld).
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Selbstständige

Hauptberuflich **Selbstständige**, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der **Anspruch auf Krankengeld** entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine 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. 48).

Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts
- maximal 109,38 € täglich.

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

Berechnungsbeispiel

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.

Monatlich brutto 3.000 €

3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €
davon 70% = 70 €

Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €
davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025%
(Krankengeldempfänger mit Kind) = **47,51 €**

Der Patient erhält somit 47,51 € Krankengeld täglich.

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

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

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025% bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15% bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Höhe

Bemessungszeitraum

Abzüge

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2020 ist das ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt.

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

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

Nach Ablauf der Blockfrist (= 3 Jahre), in der der Versicherte wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen bezogen hat, entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen:

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

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

Praxistipp!

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

Der Anspruch auf Krankengeld ruht, z. B.:

- Bei Erhalt von (mehr als einmaligem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei **Entgeltfortzahlung** bis zu 6 Wochen.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 57) umwandelt.

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Ausschluss von Krankengeld

Kürzung des Krankengeldes

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung für Landwirte,
 - Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
 - Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,
- wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.

Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengeldes durch Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

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

- Arbeitsfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurde Erwerbsminderungsrente (siehe S. 57) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

Voraussetzungen

Dauer

Höhe

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

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



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

Palliativpatienten im erwerbsfähigen Alter können in der Regel eine Erwerbsminderungsrente beantragen.

In diesem Fall kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden, um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken. Erhält man eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, besteht noch die Möglichkeit, Hilfen zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) zu beziehen.

Nachfolgende **Voraussetzungen** gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren oder
 - volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre oder
 - Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d. h. Anspruch haben z. B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, und
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z. B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Medizinische Voraussetzungen

- **Voll erwerbsgemindert** ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Als voll erwerbsgemindert gelten auch**
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

Befristung

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

Höhe

Die **Höhe** der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z. B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor und 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.

Eine Neuregelung verbessert seit 01.01.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist. Die Abschläge bei den Erwerbsminderungsrenten von maximal 10,8% bleiben aber weiterhin bestehen.

Hinzuverdienst

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

Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden und ggf. von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterzahlung der Erwerbsminderungsrente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag beim Rentenversicherungsträger nötig.
- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (siehe S. 60) beantragt werden.
- Sozialhilfeempfänger können bei außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) einen Mehrbedarfzuschlag von 17% erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente), oder Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt, und
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (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.

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

Höhe

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

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag der Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	432 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 389 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 345 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 328 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 308 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 250 €

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle auf S. 60).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge, z. B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z. B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen.
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

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

Angerechnet werden

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

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

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung und Änderung:

Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit 01.07.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- Empfänger von Grundsicherung müssen im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen Zuzahlungen leisten, z. B. bei Medikamenten und Klinikaufenthalten. Näheres siehe S. 39.

Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 60.

In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z. B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet und bezahlt werden muss.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Pflege: Leistungen der Pflegekasse

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet Leistungen für Patienten, die voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr lang pflegebedürftig sind. Im Anhang dieses Ratgebers finden Sie wichtige Leistungen der Pflegekasse auf einen Blick.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe S. 64) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben.

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

Pflegeantrag

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

Den Antrag können neben dem Versicherten auch Familienangehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte stellen. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.



Praxistipp!

Auf dem Pflegeantrag sollte vermerkt sein, dass es sich um einen Palliativpatienten handelt, damit die Pflegekasse den Antrag möglichst schnell bearbeitet (sog. Eilbegutachtung). Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson notwendig ist, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss die Pflegekasse

- einen konkreten Beratungstermin mit Angabe der Kontaktpersonen bieten, 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 eingelöst werden kann.

Die Beratung kann auf Wunsch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden und Angehörige einschließen.

Pflegeberatung

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Damit die Pflegeleistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst (MD) oder ein anderer unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Grad der Selbstständigkeit

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

Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Module und Beispiele	Gewichtung
1. Mobilität Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen	10%
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15% <i>Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.</i>
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Gegen sich selbst gerichtetes aggressives und selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	
4. Selbstversorgung Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40%
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20%
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15%
7. Außerhäusliche Aktivitäten Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	<i>Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.</i>
8. Haushaltsführung Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

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

Die innerhalb eines Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein.

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



Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

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

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

Praxistipps!

- Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.
- Informationen und Hilfen beim Widerspruch gegen die Einstufung findet man unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z. B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatz- bzw. Verhinderungspflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat.

Der Leistungsbetrag ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt 1.612 € jährlich. Er kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege um bis zu 806 € auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag *oder*
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich „Selbstversorgung“ ausgenommen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	Anspruch über Entlastungs- betrag: 125 €	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige*	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

*Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je **Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstaussfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

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

Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sowie die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

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

Leistungen bei stationärer Pflege

Leistungen bei stationärer Pflege

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

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

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

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

Kurzzeitpflege

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflegeversicherung beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 340606602, Mo-Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im „gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI“ vom 19.12.2019 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele.
- Eine Übersicht zu den Pflegeleistungen finden Sie im Anhang ab S. 96.

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung sozial abgesichert, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden voll erwerbstätig sind und einen oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, im häuslichen Umfeld pflegen.

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Die Pflegeperson steht während der pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen **Unfallversicherung**. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden.



Praxistipp!

Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.

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

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

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

Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt. Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.

Soziale Sicherung

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Praxistipps!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“.

Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns und Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“ heruntergeladen werden.*

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger **Hilfe zur Pflege** von der Sozialhilfe, so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Krankenversicherung

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

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

In den meisten sonstigen Fällen bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z. B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

Arbeitslosen- versicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen 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.

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen alle zuständigen Träger sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Pflegezeit

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

Um Pflegezeit beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst (MD).
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit und der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Sie kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe unten). Näheres zur Kombination von Pflege- mit Familienzeit, siehe S. 75.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Verändern sich die Umstände endet die Pflegezeit 4 Wochen danach. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z. B. Tod des Pflegebedürftigen, Unterbringung in einem Heim oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

Verlängerung der Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Zur Sterbebegleitung kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Das ist auch dann möglich, wenn der Sterbende in einem Hospiz lebt.

Voraussetzungen

Dauer

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Verlängerung der Pflegezeit

Pflegeunterstützungsgeld

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die **kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder unabhängig von der Betriebsgröße einen Anspruch hat. Diese sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation genutzt werden.**

In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Lohnfortzahlungen kann es geben, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

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

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, maximal jedoch 70% der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2020 maximal 109,38 € pro Tag.

Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.

Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Dauer

Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Dauer

- Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachgewiesen werden.
- Pflegenden haben einen Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ihr Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.
- Im Rahmen der Familienpflegezeit können sie ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren. Die Familienpflegezeit darf maximal 24 Monate dauern. Währenddessen besteht Kündigungsschutz.

Kombination Familienpflegezeit mit Pflegezeit

Wird sowohl Familienpflegezeit als auch Pflegezeit genommen, dürfen beide Leistungen zusammen maximal 24 Monate betragen, davon die Pflegezeit maximal 6 Monate. Die Kombination muss immer nahtlos erfolgen.

Soll nach der Pflegezeit für denselben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für denselben Angehörigen eine Pflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 8 Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse wird auf diese Leistungen zeitlich nicht angerechnet.

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase 8 Wochen nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z.B. Tarifverträge) unterschreitet.

Ausnahme: Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.



Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderung* > *Familienpflegezeit* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesfamilienministerium heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > *Suchbegriff: „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“*.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern, bietet die Pflegekasse Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen an.

Pflegekurse vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten.

Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Hilfsmittel und Dienstleistungen

Es gibt verschiedene Hilfsmittel und Dienstleistungen, welche die Versorgung von Palliativpatienten erleichtern können. Nachfolgend werden die wichtigsten kurz geschildert.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Es gibt Pflegehilfsmittel

- zur Erleichterung der Pflege, z. B. Pflegebetten und Pflegerollstühle.
- zur Körperpflege/Hygiene, z. B. Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen und Urinflaschen.
- zur selbstständigen Lebensführung, z. B. Hausnotrufsysteme.
- zur Linderung von Beschwerden, z. B. Lagerungsrollen.
- die zum Verbrauch bestimmt sind, z. B. saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel.
- die zu den technischen Hilfen zählen und von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden, z. B. Pflegebetten.

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel, die bereits in Gebrauch sind, nachrangig gegenüber anderen Trägern. Das heißt: War z. B. bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie das auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur Krankheit auch Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung hinzukommt.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmitteln umfasst:

- die Erstausrüstung,
- die erforderlichen Änderungen, z. B. aufgrund technischer Entwicklung,
- die erforderlichen Instandsetzungen, wenn technisch möglich und wirtschaftlich,
- die erforderliche Ersatzbeschaffung, wenn die Beschädigung der Erstausrüstung durch den Pflegebedürftigen nicht vorsätzlich oder grobfahrlässig herbeigeführt wurde, und
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer muss er die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen und sich zudem über das Thema Festbeträge informieren lassen.

Kostenträger

Umfang

Kostenübernahme

Zuzahlungen und Mehrkosten

Für viele Produkte gibt es Festbeträge und bei teureren Produkten zahlt der Patient die **Mehrkosten**.

Bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln übernimmt die Pflegekasse bis zu 40 € im Monat. Was darüber hinausgeht, zahlt der Patient selbst.

Für technische Hilfen leisten Versicherte ab dem 18. Lebensjahr 10% Zuzahlung, maximal jedoch 25 € je Hilfsmittel. Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen. Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 41).

Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.
- Bei „großen“ Hilfsmitteln wie einem Pflegebett oder Pflegerollstuhl muss eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus eingereicht werden. Dieses überprüft dann die Kostenübernahme. Auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss.
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.

Hausnotrufsysteme

Hausnotrufsysteme ermöglichen es Patienten, bei Notfällen und Hilflosigkeit, z. B. nach einem Sturz, schnell Hilfe anzufordern.

Technisch gibt es die verschiedensten Systeme. Gleich ist allen, dass eine Notrufzentrale alarmiert wird, die dann in vereinbarter Weise reagiert, z. B. eine Gesprächsverbindung zum Patienten aufbaut, einen Helfer vor Ort schickt oder eine verwandte oder bekannte Person informiert.

Kosten

Die **Kosten** variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service bzw. Zusatzleistungen. Hat der Patient einen Pflegegrad, gewährt die Pflegekasse in der Regel einen Zuschuss für die Anschlussgebühr (maximal 10,49 €) und die monatlichen Gebühren (maximal 23 €). Die restlichen Kosten muss der Patient selbst tragen. Für den Hausnotruf müssen etwa 20 bis 40 € monatlich veranschlagt werden, dazu kommt noch eine einmalige Anschlussgebühr von ca. 10 € aufwärts.

Wohnumfeldverbesserung (Wohnungsumbau)

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 Heim verhindern oder hinauszögern.

Solche Maßnahmen sind z. B.: Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation. Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 € wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenleben. Alle gleichzeitig beantragten Veränderungen zur Wohnumfeldverbesserung des Pflegebedürftigen werden zusammen als eine Maßnahme betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können weitere Maßnahmen beantragt und bezuschusst werden.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Die Kostenübernahme einer Haushaltshilfe ist an verschiedene Voraussetzungen gekoppelt.

Die Haushaltshilfe übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z. B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung und
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Voraussetzungen der Krankenversicherung

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei **Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus**.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation zu erfüllen. Wenn diese nicht erfüllt sind (z. B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können unvermeidbare Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

Leistungsumfang

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

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine **selbst beschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe, d. h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, d. h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstausfalls geben.

Die **Zuzahlung** beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 41).

Zuzahlung



Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer
esen



Behinderung

Viele Palliativpatienten haben den Status einer (Schwer-)Behinderung. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Viele Nachteilsausgleiche erhält man nur als schwerbehinderter Patient. Das erfordert einen Schwerbehindertenausweis, den man mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 erhält.

Menschen mit Behinderungen werden nach § 2 Abs. 1 SGB IX wie folgt definiert:

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

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

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgelegt.

GdB und GdS (Grad der Schädigungsfolgen) sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Die Bezeichnung GdB wird im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verwendet. Die Bezeichnung GdS wird im Sozialen Entschädigungsrecht verwendet, dessen Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

GdB und GdS werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen und in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben. Für die Bemessung des GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Der GdB von mehreren Erkrankungen wird dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen in ihrer Gesamtheit.

Versorgungs- medizinische Grundsätze

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. **Versorgungs-
medizinischen Grundsätze**. Sie können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „K710“* eingesehen werden.

Praxistipp!

Seit 01.01.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen geht (siehe S. 86).

Schwerbehindertenausweis

Schwerbehinderte Menschen erhalten auf Antrag beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis, mit dem sie Vergünstigungen und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen können.

Schwerbehinderte Menschen können je nach GdB und/oder Merkzeichen (siehe S. 85) verschiedene Nachteilsausgleiche beanspruchen.

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).

- Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Foto zu bekommen.

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



Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines schwerbehinderten Menschen oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen.

- **Merkzeichen G – erheblich gehbehindert:**
Die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt. Eine Bewältigung von fußläufigen Wegstrecken ist nur mit Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren möglich.
- **Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert:**
Die Fortbewegung ist aufs schwerste eingeschränkt und dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung möglich.
- **Merkzeichen B – Begleitung erforderlich:**
Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist infolge einer Behinderung nur mit fremder Hilfe möglich.
- **Merkzeichen Bl – blind:**
Das Augenlicht fehlt vollständig oder die Sehschärfe beträgt auf keinem Auge mehr als 1/50 oder andere Störungen des Sehvermögens (z. B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die damit gleichzusetzen sind.
- **Merkzeichen Gl – gehörlos:**
Gehörlosigkeit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung.
- **Merkzeichen H – hilflos:**
Für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz ist dauernd fremde Hilfe nötig.
- **Merkzeichen RF – Rundfunkbeitragsermäßigung oder -befreiung**
- **Merkzeichen TBl – taubblind:**
Störung der Hörfunktion mit einem GdB von mindestens 70 und Störung des Sehvermögens ein GdB von 100.

Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche sind abhängig von den Merkzeichen und dem GdB.

Für Palliativpatienten spielen oft folgende Nachteilsausgleiche und Vergünstigungen eine Rolle:

- Altersrente für schwerbehinderte Menschen: Früherer Renteneintritt
- Rundfunkbeitrag: Befreiung oder Ermäßigung
- Telefongebührenermäßigung
- Mobilität: Abteile und Sitze für Schwerbehinderte in öffentlichen Verkehrsmitteln, vergünstigte Fahrkarten, Fahrdienste, Hilfen im Flugverkehr, kostenloser Mittransport von Begleitpersonen bei Merkzeichen B, Unterstützung bei behinderungsgerechtem Kfz, vergünstigte Kfz-Steuer, Sonderparkplätze, Sonderparkausweis (auch für Angehörige nutzbar, die den Patienten z. B. zum Arzt fahren).
- Steuervorteile
- Wohngeld: Zusätzlicher Freibetrag für schwerbehinderte Menschen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Ein ausführlicher Ratgeber zum Thema Behinderung kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte erteilt das Integrationsamt.

Sterben und Tod

Begleitung im Sterbeprozess

Das Wichtigste in der Begleitung sterbender Menschen ist das Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche. Um das zu erreichen, sollten alle Begleiter (Angehörige, Pflegekräfte, Ärzte, Hospizhelfer u. a.) die Sterbebegleitung im Vorfeld genau miteinander besprechen.

Die größte Herausforderung ist dabei oft, das richtige Maß zu finden, was noch getan werden muss: Therapeutische Maßnahmen, künstliche Ernährung, Flüssigkeitsgabe, Absaugen, Umlagern, Waschen, Umziehen – ist es (immer noch?) notwendig oder darf man es (schon jetzt?) sein lassen, weil der Patient es nicht mehr will, nicht mehr braucht oder es ihn gar belastet. Hier gibt es keine pauschalen Antworten. Im Idealfall wird in Abstimmung mit allen Betroffenen das richtige Maß gefunden: „Richtig“ im Sinne des Patienten.

Die pflegerischen Schwerpunkte verändern sich in der Sterbephase:

- Die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr tritt in den Hintergrund oder wird ganz eingestellt. Sie ist ggf. durch gute Mundpflege zu ersetzen, um Austrocknung, Schmerzen und Unwohlsein zu verhindern.
- Für bequeme und entspannte Lagerung sorgen. Regelmäßige Umlagerung reduzieren oder ganz einstellen.
- Hautpflege und Waschung individuell nach Wunsch gestalten, abhängig von der Notwendigkeit (z. B. starkes Schwitzen) und den Kräften des Patienten.
- Das Wechseln von Inkontinenzeinlagen auf ein zumutbares Maß reduzieren. Darmentleerung nur bei Beschwerden vornehmen, z. B. Verstopfung.
- Bei Schmerzen und anderen belastenden Symptomen den Arzt informieren, damit sie durch bestmögliche Medikation gelindert werden. Auf Schluckstörungen hinweisen, damit ggf. Medikamenten anders verabreicht werden können.

Angst vor dem Sterben ist normal. Es kann hilfreich sein zu wissen, was kommen kann. Dann kann man sich darauf einstellen und erschrickt nicht bei bestimmten Symptomen oder Veränderungen. Ein plötzlicher Tod ist bei Schwerkranken eher selten.

Meist zeigen sich in den letzten 1–2 Tagen und vor allem in den letzten Stunden deutliche Veränderungen, die individuell unterschiedlich sind, z. B.:

- Fortschreitende Schwäche
- Zunehmende Unruhe und Agitiertheit
- Ängste
- Schmerzen
- Andauerndes Schlafbedürfnis bis hin zur Bewusstlosigkeit
- Keine Ausscheidungen mehr
- Veränderung der Atmung
- Kein Hustenreflex
- Übergang zur Rasselatmung
- Bläulich verfärbte Hände und Füße

Das Auftreten der Anzeichen ist individuell verschieden.

Pflegerische Aspekte

Sterbeprozess

Wünsche des Patienten

Die Begleitung in der Sterbephase sollte im Vorfeld konkret abgesprochen werden. Wünsche und Rituale sollten festgelegt werden. Patienten können ihre Wünsche für die Sterbephase in einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung schriftlich festlegen (siehe S. 17).

Dabei ist wichtig zu wissen, dass alles bis zuletzt jederzeit wieder verändert und der Situation angepasst werden kann.

Voraussetzung für die Festlegung letzter Wünsche ist, dass alle Beteiligten offen miteinander und mit dem Thema Sterben umgehen.

Hier kann nur dazu ermutigt werden, Ärzte und Pflegende zu fragen, was kommen kann, aber auch Ängste und Unsicherheit anzusprechen.

Der Gedanke an den Tod ist schwer auszuhalten, aber den meisten Menschen fällt es leichter zu wissen, was sie zu erwarten haben.

Auch Sterbende trauern

Nicht nur Angehörige trauern, auch der Sterbende selbst trauert, weil er Abschied nehmen muss von seiner Familie, seinen Freunden, Erwartungen und Hoffnungen, von seinem Besitz und von all seinen weiteren Plänen. Patienten erleben das Sterben oft wie einen Prozess, Schritt für Schritt kommt Neues, Fremdes und Unbekanntes. Der Sterbeprozess kann mit Gefühlen mit Wut, Angst, Aggression und Verzweiflung verbunden sein, aber auch mit Depression, Abwehr oder Zustimmung.

Begleitung von Sterbenden

Die große Herausforderung beim Umgang mit Sterbenden ist, dass man ihre wirklichen Wünsche erkennt oder erspürt und sich darauf einstellt.

Für jede Empfehlung – das gilt auch für die nachfolgenden – sollte sorgfältig erfragt und erspürt werden, ob sie dem Sterbenden hilft, ob er etwas wirklich will.

- **Da sein.** Wenn ein Patient nicht alleine sterben möchte, sollte immer jemand anwesend sein. Das gilt auch, wenn er nicht mehr bei Bewusstsein ist. Allerdings kann durch zu viele Anwesende eine große Unruhe entstehen – das sollte vermieden werden.
- **Zuwendung schenken.** Anteilnahme kann auch durch körperliche Zuwendungen wie Berührungen der Hand und Wange oder gemeinsames Erspüren des Atems geschenkt werden. Manche Menschen wollen auch allein sein, sich allein fallenlassen oder in sich zurückziehen. Dieser Wunsch ist insbesondere für nahe Angehörige sehr schwer zu akzeptieren.
- **Trauer mittragen.** Nach dem persönlichen Trauererleben fragen, Trauer benennen und anerkennen. Den Sterbenden in seiner Trauer ernst nehmen und ihm helfen, seine Trauer auszudrücken und zu zeigen. Auf keinen Fall dazu drängen, sondern respektieren, wenn ein Sterbender lieber für sich alleine trauert oder seine Emotionen zurückhält.

- **Letzte Wünsche erfüllen.** Rituale, religiöse oder seelsorgerische Begleitung, Lieblingsmusik, Blumen oder ein Geruch – wenn es möglich ist, sollte man diese Wünsche beachten bzw. erfüllen.
- **In Würde sterben.** Der Patient soll in Würde und unter Einhaltung der gewünschten medizinischen Hilfestellung (Patientenverfügung, siehe S. 17) sterben dürfen.

Für Angehörige ist die Sterbebegleitung die allerletzte Zeit mit dem Patienten. Sie ist schwer und wertvoll zugleich. Im Idealfall finden sie Unterstützung durch Ärzte, Seelsorger und Mitarbeiter des Pflegedienstes und (wenn vorhanden) des Palliative-Care-Teams.

Erfahrungsgemäß ist es nach dem Tod eine wertvolle Erinnerung, noch da gewesen zu sein. Gerade die letzten Hilfestellungen sind ganz wichtig: Für den Sterbenden und für die Angehörigen selbst. Angehörige dürfen auch bei der Pflege mithelfen.

Aber: Angehörige dürfen sich auch nicht überfordern.

- Es gibt Krankheits- und Sterbesituationen, die schwer zu ertragen sind. Dann darf und muss man sich Hilfe holen um die bevorstehenden Aufgaben zu bewältigen.
- Manche Angehörige sind nach Jahren der Krankheit und der immer intensiveren Pflege am Ende ihrer Kräfte und haben für die letzten Tage kaum mehr Kraft. Jeder Mensch hat individuelle Grenzen der Belastbarkeit.
- Manchmal kann der Wunsch des Patienten, zu Hause sterben zu können, wegen der Überforderung der Angehörigen nicht erfüllt werden. Sind die Ressourcen der pflegenden Angehörigen während des akuten Sterbeprozesses erschöpft, kann ein Zimmer im Hospiz eine Alternative sein.

Rasselatmung

Die Rasselatmung ist geräuschvoll und oft mit längeren Atempausen verbunden. Sie ist ein deutliches Zeichen für den nahenden Tod und tritt bei mehr als der Hälfte der Sterbenden auf. Sie wird deshalb auch „terminales Rasseln“ genannt.

Die Rasselatmung ist kein Zeichen von Atemnot. Doch das Rasseln klingt für Außenstehende quälend und macht vor allem Angehörigen Angst. Der Patient selbst nimmt das Rasseln aber kaum wahr. Das ist auch daran zu erkennen, dass er ruhig bleibt, was bei Atemnot sicher nicht der Fall wäre.

Ursache der Rasselatmung sind meist eingedickter Speichel oder Sekret, die sich im Bereich der Stimmritze sammeln. Es rasselt, wenn die Atemluft daran vorbeistreicht. Der Patient selbst ist bereits zu schwach, die Flüssigkeit abzuhusten oder zu schlucken.

Was Angehörigen hilft und wie sie helfen können

Erleichterung bei Rasselatmung

Die Rasselatmung kann zum Teil gelindert werden:

- Oberkörper des Patienten höher legen und wenn möglich Kopf seitlich lagern, damit Speichel nicht in die Kehle läuft.
- Mund trocken tupfen, wenn viel Speichel da ist.
- Nichts mehr zu trinken geben und die künstliche Flüssigkeitszufuhr beenden. Sterbende haben in der Regel keinen Durst mehr und Flüssigkeit regt die Speichel- und Sekretbildung an.
- Den Mund und die Lippen pflegen, damit sie nicht austrocknen und reißen.
- Sekret in den letzten Lebensstunden nicht mehr absaugen, denn das ist für den Patienten unangenehm bis schmerzhaft und regt die Schleimproduktion an.
- Medikamente (Wirkstoff Butylscopolamin) können die Speichel- und Sekretbildung reduzieren.

Todeszeichen

Verschiedene Merkmale signalisieren den eingetretenen Tod. Als „unsichere“ Todeszeichen gelten Atemstillstand und starre Pupillen. „Sichere“ Zeichen sind Leichenstarre und Leichenflecken. Die sicheren Zeichen sind nach einer Zeitspanne von 30 Minuten bis zu 2 Stunden nach dem eigentlichen Tod zu beobachten.

Der Sterbeprozess zieht sich über mehrere Stunden hin, da einzelne Körperzellen einen Zeitraum über den Tod hinaus aktiv sein können.

- Der klinische Tod ist gekennzeichnet durch Atem- und Kreislaufstillstand.
- Der Hirntod ist gekennzeichnet durch den nicht mehr umkehrbaren Ausfall aller Hirnfunktionen.
- Der biologische Tod ist gekennzeichnet durch das Ende aller Organ- und Zellaktivitäten. Zu diesen klinischen oder „unsicheren“ Todeszeichen kommen noch starre Pupillen, Abkühlung der Haut und Hautblässe. Es beginnt das Absterben der einzelnen Zellen, wobei als erstes die Gehirnzellen absterben. Bis etwa 30 Minuten nach dem Tod kann es zu Stuhlgang kommen. Einige Stunden lang kann es supravitale (= über den Tod hinaus) Muskelreaktionen geben, z. B. an Augenlidern, Mund oder Händen.

Zur Feststellung des eingetretenen Todes müssen die sicheren Todeszeichen auftreten:

- **Totenstarre**

Sie beginnt etwa 2 Stunden nach dem Tod am Kiefergelenk, geht von den oberen Extremitäten langsam in die unteren Gliedmaßen über. Die vollständige Starre ist nach 6 bis 8 Stunden erreicht, nach 2 bis 3 Tagen löst sie sich langsam wieder.

- **Totenflecken**

Sie treten nach etwa 30 Minuten auf. Es sind Verfärbungen, die durch Ansammlung von Blut in einzelnen Körperpartien entstehen. In den ersten Stunden sind sie noch wegdrückbar, nach ungefähr 24 Stunden nicht mehr.

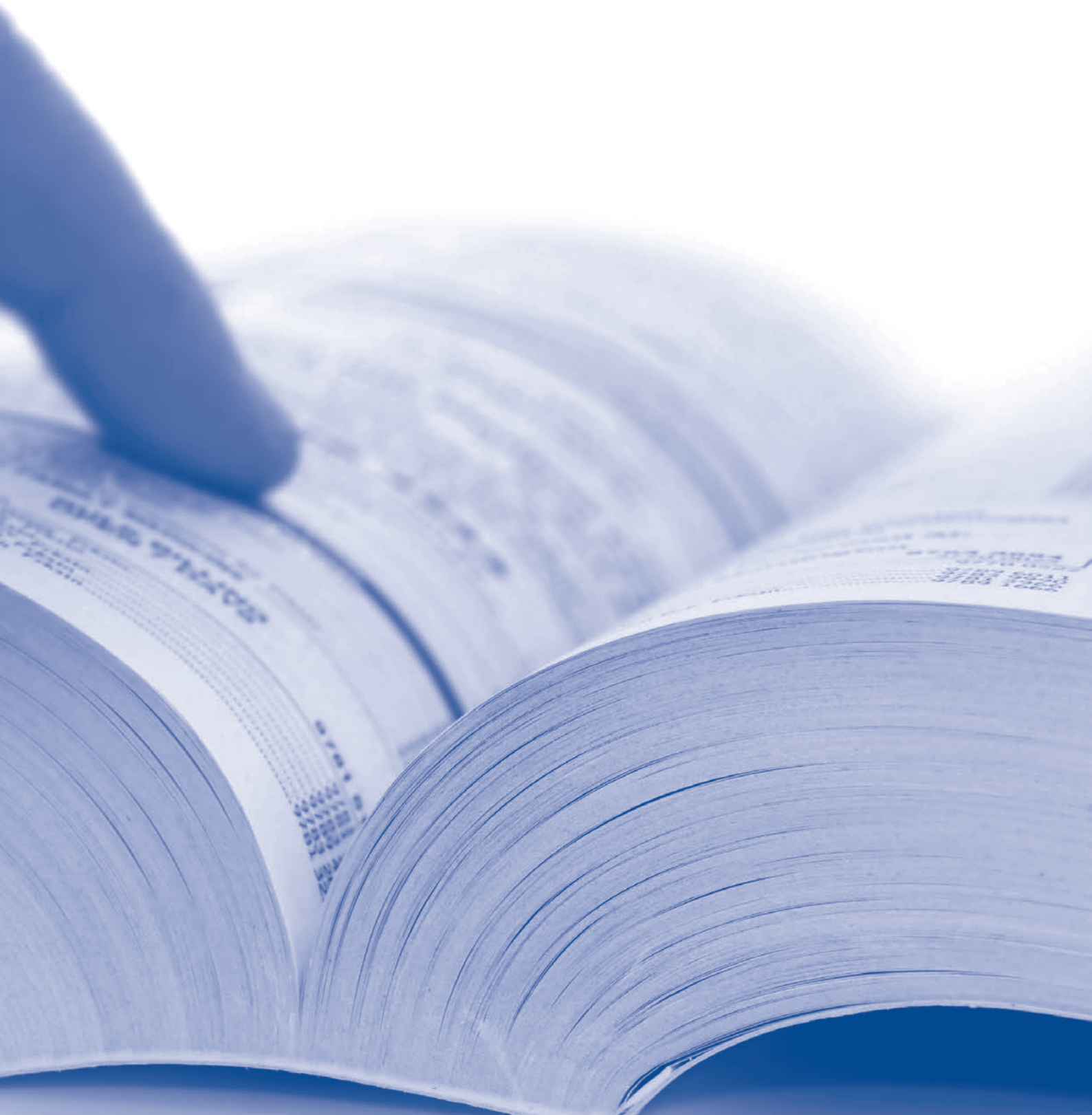
- **Leichenzersetzung**

Sie beginnt je nach äußeren Einflüssen (Temperatur, Sauerstoff) etwa nach 2 Tagen. Über Hautkontakt oder über Einatmen besteht keine Infektions- oder Vergiftungsgefahr. Es ist also keineswegs gefährlich, dem Toten noch einmal übers Gesicht zu streichen oder seine Hand zu halten. Nur über offene Verletzungen oder den Mund wäre eine Übertragung von Bakterien und Giften möglich.

Nach dem Tod

Nach dem Tod steht die Zeit still und diese Zeit sollten sich alle, die dies miterleben, auch nehmen und zugestehen.

Nach dem ersten Nichts gibt es allerdings viele Formalitäten und Organisatorisches zu erledigen: vom Totenschein und der Sterbeurkunde bis zur Bestattung und den zahlreichen Mitteilungen an verschiedenste Menschen und Einrichtungen zum Todesfall. Darauf geht dieser Ratgeber nicht näher ein, aber als umfangreiche und unabhängige Informationsquelle ist der Aeternitas e.V. unter www.aeternitas.de zu empfehlen.



Adressen

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.

Aachener Straße 5, 10713 Berlin

Telefon 030 82007580

Telefax 030 820075813

E-Mail: info@dhpv.de

www.dhpv.de

Deutsche PalliativStiftung

Am Bahnhof 2, 36307 Fulda

Telefon 0661 48049797

Telefax 0661 48049798

E-Mail: info@palliativstiftung.de

www.palliativstiftung.de

Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32, 53113 Bonn

Telefon 0800 80708877, Mo–Fr von 8–17 Uhr

Telefax 0228 7299011

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

www.infonetz-krebs.de

Krebsinformationsdienst

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

Telefon 0800 4203040, täglich von 8–20 Uhr

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

www.krebsinformationsdienst.de

Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums

Telefon 030 20179131, Mo–Do von 9–18 Uhr

E-Mail: info@wege-zur-pflege.de

www.wege-zur-pflege.de

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Bietet Adressen von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen, von Palliativstationen sowie von weiteren Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung.

Adressen von Pflegediensten

Adressen von ambulanten Pflegediensten haben die Pflegestützpunkte, Pflegekassen und Wohlfahrtsverbände.

Anhang

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

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

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI)	bis zu 40 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI)	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
316 €	545 €	728 €	901 €
bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)
bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
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)

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

Leitende Redakteurin: Simone Kreuzer

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2020

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.

6. Auflage, März 2020

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

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

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychose & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

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

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

beta pharm