

# Parkinson & Soziales



© Yuri Arcurs\_fotolia

**beta Care**

*Wissenssystem für Krankheit & Soziales*

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

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

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

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

*Mit freundlichen Grüßen  
Ihre betapharm*

*Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de).*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter [www.betapharm.de](http://www.betapharm.de).*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Parkinson</b>	<b>5</b>
Formen	5
Symptome	6
Behandlung	6
<b>Psychische Beeinträchtigungen</b>	<b>11</b>
Psychotherapie	11
<b>Leben mit Parkinson</b>	<b>15</b>
Alltag und Angehörige	15
Sport und Bewegung	17
Ernährung	19
Vermehrtes Schwitzen und Hautprobleme	20
Schlafstörungen	21
Sexuelle Probleme	22
Autofahren und Führerschein	22
Urlaub	23
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>27</b>
Zuzahlungsregelungen	27
Zuzahlungsbefreiung	29
Sonderregelung für chronisch Kranke	32
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>35</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	36
Krankengeld	38
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	45
<b>Rehabilitation</b>	<b>49</b>
Überblick über Reha-Leistungen	49
Kostenträger	50
Medizinische Rehabilitation	52
Ambulante Reha-Maßnahmen	54
Stationäre Reha-Maßnahmen	55
Reha-Antrag	55
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	58
Anschlussheilbehandlung	60
Stufenweise Wiedereingliederung	61
Berufliche Reha-Maßnahmen	64
Übergangsgeld	67
Reha-Sport und Funktionstraining	70
Haushaltshilfe	72

<b>Behinderung</b>	<b>75</b>
Grad der Behinderung	76
Schwerbehindertenausweis	77
Nachteilsausgleiche	78
<b>Pflege</b>	<b>79</b>
Inhalt des Begutachtungsverfahrens	81
Klassifikation der Selbstständigkeit	84
Berechnung des Pflegegrads	84
Pflegegrade	85
Pflegeleistungen	87
Leistungen für pflegende Angehörige	92
<b>Hilfsmittel</b>	<b>95</b>
Hilfsmittel für die Hände	95
Hilfsmittel für das Gleichgewicht	95
Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität	96
Pflegehilfsmittel	99
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>101</b>
Erwerbsminderungsrente	101
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	104
Hilfe zum Lebensunterhalt	107
<b>Wohnen</b>	<b>109</b>
Sturzprophylaxe	109
Wohnumfeldverbesserung	111
Hausnotrufsysteme	113
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>115</b>
<b>Adressen</b>	<b>117</b>
<b>Anhang</b>	<b>119</b>
Tabelle: Leistungen der Pflegeversicherung	120
Tabelle: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	122
Tabelle: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	124
<b>Impressum</b>	<b>127</b>

# Parkinson

**Die Parkinson-Erkrankung, auch „Schüttellähmung“ genannt, gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Nervensystems. Die Erkrankung beginnt schleichend und schreitet langsam voran.**

Parkinson ist eine „neurodegenerative“, den Verfall des Nervensystems betreffende, Erkrankung, d.h. konkret: In einer bestimmten Hirnregion, den Basalganglien, werden Nervenzellen abgebaut, die den Botenstoff Dopamin herstellen. Der daraus resultierende Mangel an Dopamin beeinträchtigt die Bewegungsfähigkeit und führt zu den typischen Symptomen von Parkinson (siehe S. 6).

Parkinson kann bisher nicht geheilt werden. Es gibt jedoch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die den Krankheitsverlauf verlangsamen und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern können.

## Formen

**Manche Erkrankungen können typische Symptome von Parkinson auslösen. Daher spricht man auch von verschiedenen „Parkinson-Syndromen“, die durch ihre Ursachen unterschieden werden:**

- **Idiopathisches Parkinson-Syndrom (IPS)**  
Dabei handelt es sich um die „eigentliche“ Parkinson-Erkrankung (Morbus Parkinson), die etwa drei Viertel der Patienten betrifft. Die Symptome treten ohne erkennbare Ursache auf. Es kommt zu einem Dopaminmangel, der durch den Untergang von bestimmten Nervenzellen im Gehirn hervorgerufen wird.
- **Symptomatische (sekundäre) Parkinson-Syndrome**  
Die Symptome haben bekannte Ursachen, vor allem:
  - Medikamente (z. B. Neuroleptika, Antiemetika, Reserpin, Lithium, Kalziumantagonisten, Valproinsäure)
  - Giftstoffe (z. B. Kohlenmonoxid, Mangan)
  - Bestimmte Krankheiten (z. B. Tumor, Morbus Wilson, Hypoparathyreoidismus, AIDS-Enzephalopathie)
  - Mechanische Gewalteinwirkungen (z. B. durch Unfälle oder Boxen)
- **Genetische Formen des Parkinson Syndroms**  
Dabei wird Parkinson durch einen Defekt in einem einzelnen Gen ausgelöst (monogenetische Formen).
- **Atypische Parkinson-Syndrome**  
Die Symptome treten aufgrund einer anderen neurodegenerativen Erkrankung auf, z. B. wegen einer Multisystematrophie (MSA), Demenz vom Lewy-Körper-Typ (DLK), progressiven supranukleären Blickparese (PSP) oder kortikobasalen Degeneration (CBD).

## Symptome

Parkinson ist durch folgende Leitsymptome charakterisiert, die in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination auftreten können:

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

Neben den klassischen Symptomen treten oftmals folgende Begleitsymptome auf:

- Sprechstörungen (leise und monoton)
- Mikrografie (immer kleiner werdende, unleserliche Schrift)
- Verlangsamtes, kleinschrittiges Gangbild (vornüber gebeugt mit sehr kleinen Schritten)
- Kurzzeitige Bewegungsstarre (sog. Freezing)
- Eingeschränkte Mimik (sog. Maskengesicht)
- Demenz (Verschlechterung des Gedächtnisses und Verlangsamung von Denkabläufen)
- Depression (tritt häufig bereits vor den eigentlichen Parkinson-Symptomen auf)
- Schlafstörungen
- Störungen des vegetativen Nervensystems (vermehrtes Schwitzen, vermehrte Speichelproduktion, Blasenentleerungsstörungen, Verstopfung, Erektionsstörungen)

## Behandlung

Der Verlauf und die Behandlung von Parkinson sind individuell verschieden.

### Grundsätzlich gilt:

*Parkinson ist bisher nicht heilbar, es können aber die Symptome gelindert und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt werden.*

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

Das wirksamste Medikament ist L-Dopa (Abkürzung für Levodopa). Es sorgt dafür, dass Nervenzellen den Botenstoff Dopamin herstellen, den das Gehirn durch die Erkrankung immer weniger bildet. Dadurch können die Hauptsymptome von Parkinson gelindert werden. L-Dopa wird meist in Kombination mit Decarboxylase-Hemmern eingenommen. Sie verhindern, dass sich L-Dopa bereits vor Übertritt der Blut-Hirn-Schranke in Dopamin umwandelt. Durch den Einsatz eines Decarboxylase-Hemmers kann die Dosierung von L-Dopa erheblich verringert werden, sodass Nebenwirkungen eingedämmt werden können.

Unter den vielen weiteren Medikamenten, die bei Parkinson eingesetzt werden, sind Dopamin-Agonisten die wichtigsten. Diese Wirkstoffe ähneln chemisch dem Dopamin und wirken im Körper wie der fehlende Botenstoff. Sie werden in Kombination mit L-Dopa oder auch allein eingesetzt, insbesondere am Anfang der Therapie und bei Patienten unter 70 Jahren.



### Praxistipp!

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

Die **Tiefe Hirnstimulation**, umgangssprachlich als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet, ist eine operative Behandlung, die in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat und ein etabliertes Therapieverfahren bei Parkinson ist. Dabei werden Elektroden in die symptomverursachende, überaktive Hirnregion (Basalganglien) implantiert. Unter der Haut wird ein Impulsgeber eingesetzt, der elektrische Impulse an das Gehirn sendet und dadurch die Basalganglien gezielt hemmt. Die Hirnstimulation verbessert in der Regel die Hauptsymptome von Parkinson. Die Begleitsymptome müssen zusätzlich behandelt werden.

## Medikamente

## Tiefe Hirnstimulation

## Behandlung der Bewegungseinschränkungen

Parkinson beeinträchtigt vor allem Bewegungsfunktionen, z. B. die Körperhaltung, das Gehen und die Feinmotorik.

**Abhängig von den individuellen Symptomen helfen bestimmte Übungen, die Bewegungsfähigkeit wiederherzustellen und so lange wie möglich zu erhalten.**

- **Physiotherapie**

Physiotherapeuten vermitteln Übungen für die Beweglichkeit, um der zunehmenden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Besondere Schwerpunkte sind Gangtraining, Gleichgewichtsübungen, Verbesserung der Bewegungsinitiierung und -ausführung sowie die Prävention von Stürzen (siehe S. 109). Neben individuellen Trainingsverfahren kann der Physiotherapeut auch bei der Auswahl und dem Gebrauch geeigneter Hilfsmittel (siehe S. 95) behilflich sein.

- **Ergotherapie**

Ergotherapeuten unterstützen Patienten bei der Durchführung von Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Sie trainieren u. a. die Feinmotorik, z. B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und die Selbstständigkeit der Betroffenen. Auch kognitive Ansätze zur Verbesserung spezifischer Alltagsfunktionen sind Teil der Ergotherapie.

- **Logopädie**

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



### Praxistipps!

- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die **Heilmittel**. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Der Patient muss in der Regel eine **Zuzahlung** leisten (Näheres ab S. 27).
- **Physiotherapeuten** vor Ort können beim Deutschen Verband für Physiotherapie e. V. unter [www.physio-deutschland.de](http://www.physio-deutschland.de) > *Patienten & Interessierte* > *Patienteninformationen* > *Physiotherapeutensuche* gefunden werden.
- **Ergotherapeuten** vermittelt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten unter [www.dve.info](http://www.dve.info) > *Ergotherapie* > *Infos für Patienten* > *Therapeutensuche*.
- **Logopäden** können beim Deutschen Bundesverband für Logopädie unter [www.dbl-ev.de](http://www.dbl-ev.de) > *Service* > *Logopädensuche* gefunden werden.



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

Neben der Förderung von Körperfunktionen (z. B. der Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch Tanztherapie und musikgestütztes Gangtraining) können künstlerische Therapien auch Begleitsymptome wie eine depressive Stimmungslage, Angst, Interessenverlust und kognitive Einschränkungen lindern. Die Therapien sollen auch die Selbst- und Körperwahrnehmung sowie das Selbstwertgefühl stärken und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven unterstützen. Die Kosten für künstlerische Therapien müssen im ambulanten Setting in der Regel von den Betroffenen selbst übernommen werden.



# Psychische Beeinträchtigungen

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

Durch die Erkrankung gelingen bestimmte Dinge nicht mehr bzw. nicht mehr so schnell wie in der Vergangenheit. Dadurch kann sich ein Gefühl des Versagens und des „Nicht-gebraucht-Werdens“ einstellen. Depressionen können auch eine Folge der Medikamente sein. Typische Anzeichen sind Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Patienten und Angehörige sollten sorgfältig auf solche Symptome achten und ggf. mit dem behandelnden Arzt darüber sprechen. Depressionen lassen sich in der Mehrzahl der Fälle gut behandeln, medikamentös und/oder durch Psychotherapie (siehe unten). Selten kommt es infolge von Parkinson-Medikamenten zu Psychosen mit Symptomen wie Wahrnehmungsstörungen oder Wahnvorstellungen. Dann sollte sofort ein Arzt informiert werden.

## Psychotherapie

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Derzeit von den Kassen anerkannt sind psychoanalytisch begründete Verfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie), kognitive Verhaltenstherapie und seit 2020 auch die systemische Therapie. Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall. Für Parkinson-Patienten eignet sich eine Verhaltenstherapie meist am besten.

Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der Patient kann eigenständig einen Termin bei einem Psychotherapeuten ausmachen. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Näheres unter „Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung“ auf S. 13.

**Da die Wartezeiten für einen Therapieplatz häufig sehr lang sind, gibt es folgende Möglichkeiten, um die Zeit bis zum Therapiebeginn zu überbrücken:**

- **Psychotherapeutische Sprechstunde**

Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Abklärung, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten).

Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Es wurde eine **Terminservicestelle** eingerichtet, um Patienten zeitnah einen Termin bei einem (Fach-)Arzt oder Psychotherapeuten zu vermitteln.

Die Wartezeit auf einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde darf nicht länger als 4 Wochen betragen, wobei kein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht. Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle, siehe S. 13.

- **Psychotherapeutische Akutbehandlung**

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Minstdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen mindestens 2 Probestunden (sog. probatorische Sitzungen) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Die Wartezeit auf einen Termin für eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) maximal 2 Wochen betragen. Termine vermittelt die Terminservicestelle (Kontakt siehe S. 13).

**Psychotherapeuten können u. a. bei folgenden Stellen gesucht werden:**

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen**  
Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen.  
Unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > *Die KBV* > *Wer wir sind* > *Kassenärztliche Vereinigungen* stehen die Internetadressen der KVen.  
Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- **Therapeutensuche Kassenärztliche Bundesvereinigung – Patientenservice**  
Unter [www.116117.de](http://www.116117.de) können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch Psychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestelle der KV**  
Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die Terminservicestelle ist unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 erreichbar.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer**  
Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de) > *Psychotherapeutensuche* (rechte Seite).
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst**  
Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter: [www.psychotherapiesuche.de](http://www.psychotherapiesuche.de) oder Telefon 030 209166330.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung**  
Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung, genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
  - Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
  - Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit.
  - Der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.

Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet die entstandenen Kosten zu erstatten.

## **Antrag**

Der Patient muss zusammen mit seinem Therapeuten einen **Antrag** auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie bei seiner Krankenkasse stellen. Der Antrag wird mit einem anonymisierten Bericht des Therapeuten (dieser befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer) an die Krankenkasse geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, die Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter weiter (sofern der Antrag gutachterpflichtig ist), der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über den Patienten.

Im Falle einer Ablehnung kann der Patient **Widerspruch** einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden.



### **Praxistipp!**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Sie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie* heruntergeladen werden.

# Leben mit Parkinson

**Parkinson verändert das Leben des Patienten und damit auch das der Familie und Freunde. Die fortschreitende Krankheit erfordert einen zunehmenden Bedarf an täglicher Hilfe und wirkt sich auch auf die sozialen Kontakte aus.**

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

## Alltag und Angehörige

**Patienten ziehen sich oft zurück und geben lang gepflegte Hobbys und Freundschaften auf. Hier sollte man so gut und so lange wie möglich gegensteuern:**

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

Einschränkungen der Beweglichkeit können im Alltag durch verschiedene Hilfsmittel (siehe S. 95) ausgeglichen werden. Dadurch kann die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten bleiben.

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

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

**Verhaltenstipps für Angehörige**

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

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

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

### **Praxistipps!**

- Über den Bundesverband der Deutschen Parkinson Vereinigung können unter [www.parkinson-vereinigung.de](http://www.parkinson-vereinigung.de) > *Regionalgruppensuche* Adressen von Selbsthilfegruppen in der Nähe gefunden werden. Die Vereinigung vermittelt auch Adressen für spezielle Schulungsprogramme vor Ort.
- Auch jüngere Menschen können an Parkinson erkranken. Unter <https://jung-und-parkinson.de> finden Betroffene Möglichkeiten des Austauschs mit anderen Erkrankten ihres Alters.
- Ausführliche Informationen für interessierte Patienten und Angehörige bietet die medizinische Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“. Sie kann unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) > *Suchbegriff: „Parkinson-Syndrom, idiopathisch“* gefunden werden.



## Sport und Bewegung

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

Betroffene können zu Hause, in Sportgruppen oder unter Anleitung von Physio- bzw. Ergotherapeuten trainieren und gezielte Übungen machen. Besonders gut geeignet sind Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern oder Nordic Walking, weil dabei Beweglichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Kraft, Körperhaltung und Koordination trainiert werden. Vereine oder Volkshochschulen bieten zum Teil spezielle Angebote. Eher vermieden werden sollten Sportarten, die mit einem hohen Sturzrisiko verbunden sind, z. B. durch schnelle Drehbewegungen. Näheres zur Vorbeugung von Stürzen auf S. 109.

### Spezifische Übungen bei Parkinson:

- **Gangbild**

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

- **Freezing-Phänomene**

Als Freezing-Phänomen wird das plötzliche Verharren in einer Bewegung bezeichnet.

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

- Patient gibt sich selbst Kommandos zur Schrittfolge.
- Im Takt nach einem vorgegebenen Rhythmus (z. B. nach Musik) gehen.
- Begleitperson stellt den eigenen Fuß vor den blockierten Fuß und baut so einen Gegendruck auf.

- **Mimik**

Ein weiteres Symptom von Parkinson ist die Verringerung der aktiven mimischen Kommunikation, bedingt durch die Steifheit der Gesichtszüge. Um dem entgegenzuwirken, sollte der Patient vor dem Spiegel verschiedene Gesichtsausdrücke (Freude, Angst, Erschrecken) üben. Schreitet die Erstarrung der Gesichtszüge weiter fort, sollten Betroffene ihre Befindlichkeit zunehmend in Worten ausdrücken, damit Angehörige und Freunde wissen, wie es ihnen geht.

### *Spezifische Übungen bei Parkinson*

**Folgende Übungen können dabei helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:**

- Stirn runzeln
- Abwechselnd Unterkiefer nach rechts und links bewegen
- Lippen spitzen
- Abwechselnd linkes und rechtes Auge zukneifen
- Nase rümpfen
- Zunge nach oben herausstrecken
- Abwechselnd Zunge nach rechts und links herausstrecken
- Abwechselnd rechte und linke Wange aufblasen
- Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

- **Entspannung**

Entspannung wirkt der krankheitsbedingten Versteifung entgegen.

Entspannung ist aber auch hilfreich, um Stress, Angst und Unsicherheit zu reduzieren, die bei vielen Patienten durch die Krankheit und ihre Symptome hervorgerufen werden und gleichzeitig dessen Auswirkungen verstärken können. Entspannung kann zudem den Tremor (Zittern) und Schlafprobleme verbessern.

Patienten sollten daher Entspannungsübungen erlernen und regelmäßig einsetzen. Geeignet sind z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Biofeedback-Verfahren, Yoga oder Atemübungen. Im Buchhandel werden auch spezielle Entspannungs-CDs und Bücher mit Entspannungsübungen für Parkinson-Patienten angeboten. Auch warmes Wasser wirkt sich günstig aus. Es lockert die Steifheit der Muskulatur, stärkt sie gleichzeitig und reduziert damit die Verletzungsgefahr bei Stürzen.

## Ernährung

*Grundsätzlich gilt:*

*Jeder Mensch benötigt eine gesunde und ausgewogene Ernährung.*

### **Parkinson-Patienten sollten zudem folgende Hinweise beachten:**

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

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

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

### **Einnahme von L-Dopa**

## **Dysphagie (Schluckbeschwerden)**

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

### **Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden:**

- Beim Essen aufrecht sitzen und den Kopf nicht zurücklegen.
- Auf das Essen konzentrieren, vor allem bei der Einnahme flüssiger Speisen.
- Günstiger als z. B. dünne Suppe ist breiige, dickflüssige oder feste Nahrung.
- Zu fester Nahrung gebundene Saucen essen, dann gleitet die Nahrung besser.
- Mehrmals schlucken, auch wenn der Mund schon leer ist.



### **Praxistipp!**

Bei Patienten mit Dysphagie kann eine Logopädie dazu beitragen, den normalen Schluckablauf wiederherzustellen oder zu verbessern, Näheres auf S. 8.

## **Vermehrtes Schwitzen und Hautprobleme**

**Parkinson kann einen Einfluss auf das vegetative Nervensystem haben und zu Problemen bei der Wärmeregulation des Körpers und der Talgproduktion der Haut führen.**

Durch eine gestörte Regulation der Schweißdrüsen bei Parkinson-Patienten kann es vor allem nachts zu starkem Schwitzen kommen, besonders im Bereich der Nacken- und Kopfregion. Die Beschwerden können sich durch die Einnahme von Parkinson-Medikamenten noch verstärken.

Bei übermäßigem Schwitzen müssen Betroffene auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten. Das beugt auch Hautveränderungen vor, die bei Parkinson auftreten können. Es kommt häufig zu einer vermehrten Talgproduktion, die sowohl fettige als auch trockene Haut zur Folge haben kann. Zudem kann es zur Bildung von Schuppen, Entzündungen oder Ekzemen der Haut kommen. Oft ist davon der Bereich der Kopfhaut betroffen.

Es gibt einige Medikamente, die solche Beschwerden lindern können. Der behandelnde Arzt kann hierzu genauere Auskunft geben.

## Schlafstörungen

Parkinson-Patienten leiden häufig unter Schlafproblemen. Diese können durch die Erkrankung selbst oder die medikamentöse Behandlung entstehen.

**Folgende Hinweise können helfen, einen gesunden Schlafrhythmus zu entwickeln:**

- Regelmäßige Schlafenszeiten. Morgens auch nach schlafloser Nacht aufstehen.
- Tagsüber keine Nickerchen machen (vor allem nicht nach 15 Uhr und nicht länger als 20 Minuten).
- Kein übermäßiger Alkohol-, Kaffee- und Nikotinkonsum.
- 3 Stunden vor dem Zubettgehen keine größeren Mengen essen und/oder trinken.
- Regelmäßige Bewegung am Tag, gegen Abend jedoch keine körperliche Anstrengung mehr.
- Schlaffördernde Umgebung schaffen (kühle Raumtemperatur, kein Fernsehen im Bett, dunkel und leise, Schlafzimmer nur zum Schlafen benutzen).
- Bei Schlaflosigkeit nicht lange wach im Bett liegen, sondern aufstehen und etwas anderes machen (dabei möglichst kein grelles Licht anschalten).
- Einschlafrituale (z. B. leise Einschlafmusik) können hilfreich sein.

**Neben den oben genannten Hinweisen gibt es zudem spezielle Maßnahmen, die für Parkinson-Patienten von Bedeutung sind:**

- Eine feste bis harte Matratze, Bettwäsche mit glatter Oberfläche (z. B. Satin, Seide) und eine leichte Bettdecke verbessern die Bewegungsfreiheit im Bett.
- Bei vermehrtem Schwitzen atmungsaktive Nachtwäsche tragen (z. B. aus Baumwolle).
- Um nächtlichem Harndrang entgegenzuwirken, sollte nach 18 Uhr nichts mehr getrunken werden. Eine Urinflasche am Bett kann ggf. hilfreich sein.



### Praxistipp!

Es gibt spezielle Matratzen für Parkinson-Patienten, die sich den Bewegungsabläufen des Körpers besser anpassen. Man sollte sich bei seiner Krankenkasse erkundigen, ob diese ein solches „Bewegungsbett“ finanziert.

## Sexuelle Probleme

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

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

Auch Scham oder Versagensängste können das Sexualleben stark belasten. Die Bewegungseinschränkungen aufgrund der Krankheit, eine vermehrte Speichelproduktion oder Inkontinenz können dazu führen, dass Betroffene sich zurückziehen und ihre Sexualität nicht mehr ausleben wollen. Das führt bei vielen Paaren zu Unsicherheiten. Es ist wichtig, Probleme und Ängste offen zu thematisieren, ggf. auch mit dem Arzt. Dann können gemeinsam Wege gefunden werden, trotz Krankheit Sexualität leben zu können.



### **Wer hilft weiter?**

Bei sexuellen Schwierigkeiten können Pro Familia Beratungsstellen Unterstützung bieten. Adressen findet man unter [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de) > *Beratungsstellen*.

## Autofahren und Führerschein

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

Autofahren darf deshalb nur, wer sicherstellen kann, dass er andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährdet. Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben Hinweise auf die Kraftfahreignung bei Parkinson.

Parkinson-Patienten können ein Kfz nicht mehr sicher führen, wenn aufgrund des individuellen körperlichen oder geistigen Zustands eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Eine Kraftfahreignung ist nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichten Fällen der Erkrankung gegeben. Voraussetzung ist eine neurologische und ggf. psychologische Begutachtung, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden muss. Ärzte sind verpflichtet, Patienten über die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren. Verhält sich ein Patient trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt unvernünftig, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörde oder Polizei zu benachrichtigen.

Die Begutachtungsleitlinien können unter [www.bast.de](http://www.bast.de) > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* eingesehen werden. Die speziellen Bestimmungen für die Fahrtauglichkeit bei Parkinson sind in Kapitel 3.9.3 aufgeführt.

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

#### **Parkinson-Patienten können ihre Fahrtauglichkeit anhand einiger Fragen selbst überprüfen, z. B.:**

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

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

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

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

#### **Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:**

- **Fragebögen**, die vom Patienten ausgefüllt werden müssen, als Vorbereitung des Arzt- und Psychologengesprächs.
- **Leistungstests** zur Prüfung der Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Reaktionsgeschwindigkeit.
- **Medizinischer Bereich:** Es werden körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund und Medikamenteneinnahme berücksichtigt.

*Dauerbehandlung  
mit Arzneimitteln*

*Überprüfung der  
Fahrtauglichkeit*

- **Psychologischer Bereich:** Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion und Belastbarkeit werden beurteilt. Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

### Wer hilft weiter?

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

## Urlaub

**Eine Parkinson-Erkrankung ist kein Hindernis für eine Urlaubsreise. Patienten sollten sich aber die Zeit nehmen, ihre Reise gut zu planen. Übermäßige Hektik und Anstrengung sollten vermieden werden.**

### **Folgendes ist für einen erholsamen Urlaub zu beachten:**

- Viele Parkinson-Patienten haben Probleme mit der Wärmeregulation und neigen zu Schweißausbrüchen. In diesen Fällen sind Reisen in heiße Regionen nicht sinnvoll.
- Von zu Hause aus erkundigen, ob es am Urlaubsort medizinische Versorgung für einen eventuellen Notfall gibt.
- Mit dem behandelnden Arzt die bevorstehende Reise besprechen:
  - Worauf muss geachtet werden?
  - Ist die medikamentöse Einstellung in Ordnung?
  - Kann man für die An- und Abreise lange im Auto oder Zug sitzen?
  - Kann man selbst/alleine fahren?
  - Wie sollen bei Zeitverschiebung während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthalts die Medikamente eingenommen werden? Dies ist besonders bei Flugreisen wichtig, wenn es zu einer erheblichen Zeitverschiebung kommt. Eventuell müssen die Medikamente während des Flugs auch in der Nacht weiter eingenommen werden.
- Ausreichend Medikamente mitnehmen: Einen Teil der Medikamente im Reisegepäck, den anderen Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhanden kommen.
- Eine Liste mit der internationalen Bezeichnung der Medikamente mitnehmen.



- Eine kleine Reiseapotheke mit Medikamenten gegen Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung mitführen, die mit den Parkinson-Medikamenten verträglich sind. Der behandelnde Arzt kann geeignete Medikamente verschreiben oder empfehlen.
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten. In warmen Regionen besser einen Liter mehr trinken.
- Für ausreichenden Auslandskrankenschutz sorgen (siehe unten).

Mit der **Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC-Karte)** besteht Versicherungsschutz in den EU-Staaten bzw. in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), die mit Deutschland das Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen haben.

Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behandlungen anfallen würden. Das kann unter Umständen zu einer hohen Eigenbeteiligung führen. In manchen Ländern kann vom behandelnden Arzt auch eine Barzahlung verlangt werden. Wird aus gesundheitlichen Gründen ein Rücktransport nach Deutschland nötig, werden die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen.

In allen anderen Ländern, in denen die Europäische Krankenversicherungskarte keine Gültigkeit hat, gilt nur ein stark eingeschränkter Versicherungsschutz.



### Praxistipps!

- Ab etwa 10 € im Jahr kann bereits eine private Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen werden. Anbieter sind z. B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.
- Parkinson-Patienten sollten einen Notfallausweis mit sich führen, der im Notfall auf die Einnahme von L-Dopa hinweist. Im Internet können verschiedene Vordrucke dafür gefunden werden, z. B. bei der Regionalgruppe Leverkusen/Opladen der Deutschen Parkinson Vereinigung e. V. unter [www.parkinson-leverkusen-opladen.de](http://www.parkinson-leverkusen-opladen.de) > Menu > Parkinson Notfallausweis.



### Wer hilft weiter?

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

## Kranken- versicherungsschutz im Ausland

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

--

--	--	--	--

Versicherer

stätten-Nr.

# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Zur Behandlung von Parkinson sind häufig verschiedene medizinische Leistungen erforderlich, z. B. regelmäßige Arztbesuche oder eine medikamentöse Behandlung. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall 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.

### Arzneimittel

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

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 Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Fahrtkosten.

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

### Festbeträge

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

**Verbandmittel**

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

**Heilmittel**

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Ergo- oder Physiotherapie und Logopädie (siehe S. 7).

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. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle). Näheres zu Hilfsmitteln auf S. 95.

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

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

**Häusliche Krankenpflege**

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient 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. 72).

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 Anschlussheilbehandlungen 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

Wenn ein Patient mit Parkinson im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann er 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 chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens.

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:

- 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 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 €.

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

## Berechnung des Bruttoeinkommens

## Freibetrag

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](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

**Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:**

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

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Taschengeld der Sozialhilfe für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

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 (432 € im Monat/5.184 € im Jahr) als monatliches Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt somit 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

**Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen**

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.

**Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung**

**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
<i>Ehepaar mit 2 Kindern:</i>
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
<b>minus</b> Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €
<b>minus</b> Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)
<b>ergibt:</b> 8.643 €, <b>davon</b> 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €
<i>Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.</i>

### **Praxistipps!**

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, 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, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

### **Voraussetzungen**

**Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:**

- **Schwerwiegend chronisch krank**

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

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



Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen, gelten ebenfalls als schwerwiegend chronisch erkrankt.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat und sich therapiegerecht verhält. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

**Bei den Vorsorgeuntersuchungen gelten bestimmte Altersgrenzen:**

- 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 Vorsorgeuntersuchungen 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, wenn sich Arzt und Patient gemeinsam über die weitere Therapie verständigt haben.

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.

**Ausgenommen von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind:**

- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren,
- Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2,
- Versicherte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60%.

### *Richtlinie*

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



### **Wer hilft weiter?**

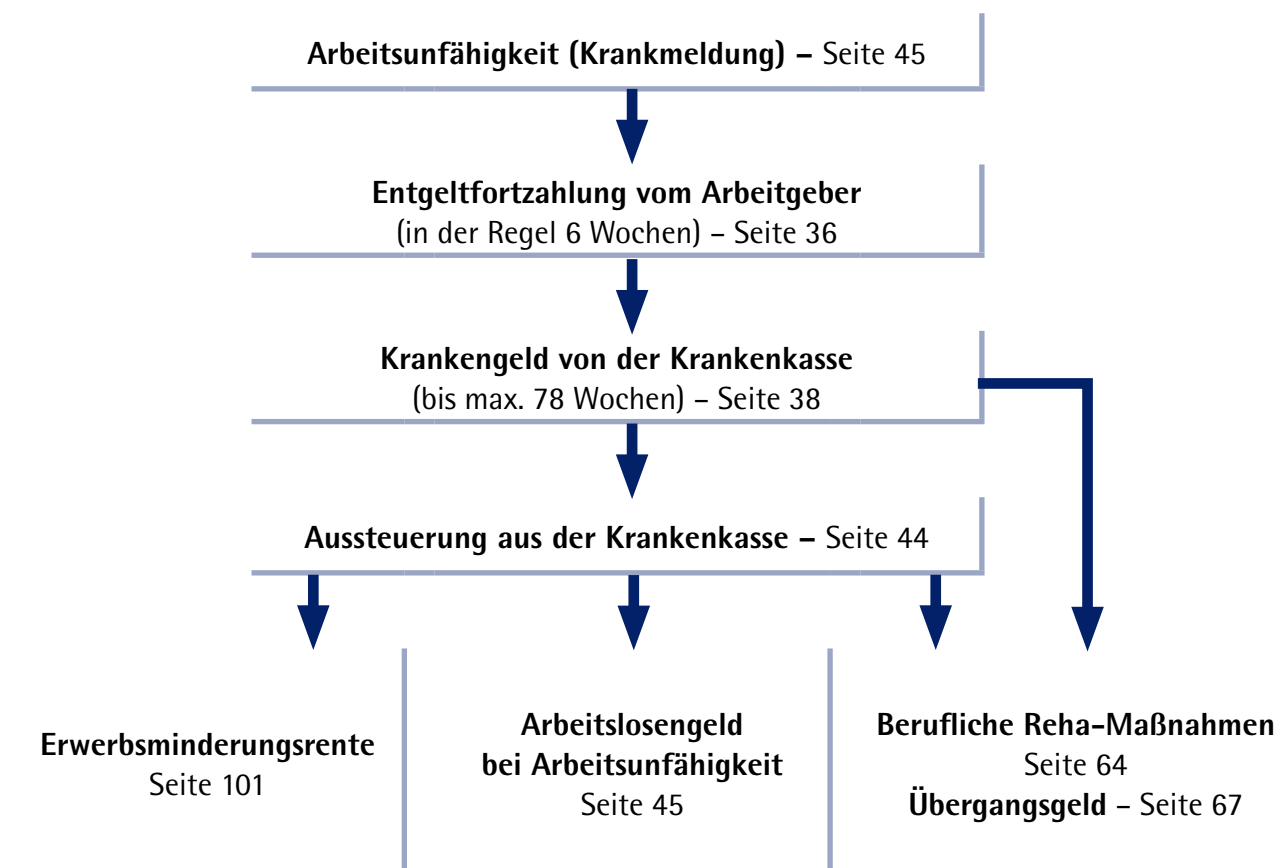
Die zuständigen Krankenkassen.

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Parkinson kann dazu führen, dass Betroffene vorübergehend oder auch dauerhaft nicht mehr arbeiten können. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit einige finanzielle Leistungen, z. B. Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Es kann auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit des Patienten kommen. Informationen zu finanziellen Hilfen bei Erwerbsminderung gibt es ab S. 101.

## Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

### Voraussetzungen

#### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte 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 (z. B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

### Pflichten des Arbeitnehmers

#### Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- 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.

Hat der Arbeitgeber **Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit** des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

*Zweifel am  
Krankenstand*

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

*Dauer*

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 38).

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

Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisher üblichen Arbeitsentgelts.

*Höhe*

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwändungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen 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, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 107) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „A164“ heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht: 030 221911004.

## Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht, d. h. wenn der Patient nach 6 Wochen weiterhin wegen der Parkinson-Erkrankung arbeitsunfähig ist.

### Voraussetzungen

#### Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit oder stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.  
Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.
- 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 **nicht**.

Bezieher von **Arbeitslosengeld** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

### Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a.:

- 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 (siehe S. 67)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Hauptberuflich **Selbstständige**, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert 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.

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. 36).



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

### Kein Anspruch auf Krankengeld

### Selbstständige

### Beginn des Anspruchs

## Höhe

### Das Krankengeld beträgt

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

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

Krankengeld ist steuerfrei und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

## Anpassung der Höhe nach einem Jahr

Das Krankengeld wird 1 Jahr nach dem Bemessungszeitraum für die Leistungsberechnung (siehe oben, in der Regel ist es der Monat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit) an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Seit dem 01.07.2020 wird das Krankengeld dann um 3,04 % erhöht (§ 70 Abs. 1 SGB IX). Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag (siehe oben) nicht überschritten werden.

## Bemessungszeitraum

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.

Wie sich der Bemessungszeitraum in anderen Fällen, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens unter: [www.vdek.com](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Krankengeld.

## Höchstbetrag

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

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.

## Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.



## Abzüge

**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.

### 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.**

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 hinzukommt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

**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.

## Dauer

*Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit*

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds nicht um diese Dauer.

### Beispiel

*Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d. h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.*

*Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.*

### Praxistipp!

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

## Ruhen des Anspruchs

### Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt **nicht**, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

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. 101) umwandelt.



#### **Praxistipps!**

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. **Wichtig** ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 45).

#### **Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:**

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

### **Kürzung des Krankengelds**

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. 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.

#### **Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der**

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der 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 Krankengelds 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, 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.

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z. B. wenn die Arbeitsunfähigkeit durch ein vorsätzliches Vergehen verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).



### **Wer hilft weiter?**

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

## **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit**

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin so stark durch die Parkinson-Erkrankung eingeschränkt ist, dass er immer noch 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.

Das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit kann eine wichtige finanzielle Unterstützung für Patienten sein, die unter Parkinson leiden und aus diesem Grund nicht arbeiten können.

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

- Arbeitsunfähigkeit (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 wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 101), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 64) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 52) 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.

Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten zur Erfüllung der Anwartschaftszeit sowie einer möglichen verkürzten Anwartschaftszeit, d.h. dass unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld schon ab einem Versicherungspflichtverhältnis von 6 Monaten bestehen kann, informiert die Agentur für Arbeit.

#### **Dauer**

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es z.B. die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über die Erwerbsminderungsrente entscheidet.

#### **Höhe**

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 67) 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.



#### **Praxistipp!**

Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger bzw. der Agentur für Arbeit Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, fällt er aus dem Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld heraus. Um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, muss er sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers/der Agentur für Arbeit nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann er einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht er gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung seines Arztes.

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



### **Wer hilft weiter?**

Die örtliche Agentur für Arbeit.





# Rehabilitation

Parkinson ist eine fortschreitende Erkrankung, die das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen kann. Reha-Maßnahmen können dazu beitragen, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu reduzieren und die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern, damit sie möglichst lange am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

## **Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und vor Rente.**

*Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen eine Pflegebedürftigkeit und/oder den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.*

## Überblick über Reha-Leistungen

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

### Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen**

Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählt z. B. die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 61).

- **Berufliche Reha-Leistungen**

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.

- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe**

Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld (siehe S. 67), Haushaltshilfe (siehe S. 72), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.

- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung**

Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.

- **Soziale Reha-Leistungen**

Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u. a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

## Kostenträger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge hin und her schieben.

**Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:**

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
  - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
  - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte, maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe S. 51). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, ist ein Widerspruch möglich.

Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 01.01.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. Teilhabeplanverfahren eingeleitet.

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. **Zuständigkeitsklärung** soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

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

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

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

#### **Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag**

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

#### **Zuständigkeitsklärung**

#### *Maximale Dauer*

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein ausreichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Falle einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

### **Praxistipp!**

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

## Medizinische Rehabilitation

Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands des Parkinson-Patienten ausgerichtet sind. Eine Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen 2 Rehas müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

### **Voraussetzungen**

Es gibt je nach Kostenträger unterschiedliche Voraussetzungen, die bei einer Medizinischen Reha erfüllt sein müssen.

### *Allgemein gültige Voraussetzungen*

**Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer Medizinischen Reha erfüllt sein:**

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

### *Voraussetzungen der Rentenversicherung*

**Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden oder  
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden oder der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

**Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- Anspruch auf große Witwen-/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

**Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha nicht:**

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. **Ausnahme:** Bei Behandlungsbedürftigkeit **während** der Medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d. h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z. B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland. **Ausnahme:** Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

*Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung*

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. **Nicht** anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

**Wartezeit**

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

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

## Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

### **Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.**

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

***Ausnahme:** Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sowie Vor-sorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ **nicht**.*

### **Voraussetzungen**

#### **Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:**

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

### **Dauer**

Eine ambulante Reha-Maßnahme **dauert** in der Regel 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

## Stationäre Reha-Maßnahmen

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

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4–6 Wochen.



### Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 72) gewährt werden.

## Reha-Antrag

Möchte ein Parkinson-Patient eine Medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Alle Vertragsärzte können eine Reha verordnen.

### Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer Medizinischen Reha,

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht.
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt.
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner.
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Reha medizinisch notwendig ist.
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z. B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

*Voraussetzungen*

*Dauer*

*Kostenträger  
Krankenkasse*

## **Kostenträger Rentenversicherung**

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der Medizinische Dienst (MD) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Es ist sinnvoll dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Patient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die **Rentenversicherung** der Kostenträger der Medizinische Reha.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert werden.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund kann das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Zu finden ist es unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Der Patient muss die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.



### **Praxistipps!**

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.



Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur **Wahl der Reha-Klinik**.

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z. B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u. a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.



#### **Praxistipps!**

- Adressen von Reha-Kliniken können unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) oder [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter: <https://dbkg.de> > *Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht*.

## Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten.

### Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 36
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 38
- Verletztengeld von der Unfallversicherung,
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 67

### *Zuzahlungen*

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen **Zuzahlungen** leisten.

### *Zuzahlungen zur Krankenversicherung*

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der **Krankenkasse** 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 56.

### *Zuzahlungen zur Rentenversicherung*

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der **Rentenversicherung** beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

### **Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:**

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € liegt

### Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

**Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2020 nach folgender Tabelle:**

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275,00 €	Keine
ab 1.275,00 €	5 €
ab 1.401,40 €	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911,00 €	10 €

Unter Umständen kann eine **Befreiung** von der Zuzahlungspflicht **beantragt** werden (z. B. Menschen mit geringem Einkommen).

Das PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der Deutschen Rentenversicherung findet man unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Suchbegriff: „G0160“.

*Antrag auf  
Zuzahlungsbefreiung*



### **Praxistipps!**

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen werden.

## Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter [www.ansprechstellen.de](http://www.ansprechstellen.de) eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

## Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine Medizinische Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist.

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z. B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

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

### Voraussetzungen

Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein. Die Indikationsliste enthält „Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven“, wozu auch Parkinson zählt.

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Es gelten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Reha, siehe S. 52.



### Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Da die AHB eine Leistung zur Medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 52).



### Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Sozialamt und Sozialberatung des Krankenhauses.

## Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Diese Prüfung erfolgt jedoch nicht, wenn nachteilige gesundheitliche Folgen für den Versicherten entstehen würden oder der Genesungsprozess durch eine Stufenweise Wiedereingliederung verzögert werden würde.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden.

## **Kostenträger**

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d. h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

## **Voraussetzungen**

**Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:**

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.
- **Schwerbehinderte** und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer (siehe S. 75) haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen **Anspruch** auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

## **Dauer**

Die **Dauer** der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

## **Wiedereingliederungsplan**

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der von einem Arzt (ggf. auch von Sozialberatern) in Absprache mit dem Patienten und dem Betriebsarzt am Arbeitsplatz erstellt wird. Dabei werden die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung geregelt.

**Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:**

- Abfolge und Dauer der Stufen (z. B. langsame Steigerung der Stundenzahl über mehrere Wochen)
- Tätigkeiten und Belastungen, die zunächst vermieden werden sollen (z. B. schweres Heben)
- Arbeitsplatzbedingungen, die berücksichtigt oder angepasst werden müssen (z. B. Erforderlichkeit von Hilfsmitteln)

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d. h.: Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



### Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



### Wer hilft weiter?

Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt oder Arbeitgeber.

## Berufliche Reha-Maßnahmen

Parkinson führt nicht automatisch zu einer sofortigen Berentung. Ob und wie lange Betroffene noch in ihrem alten Beruf arbeiten können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen, dem Verlauf der Erkrankung und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

Eine Berufliche Reha ist meist ein längerer Prozess und hat neben der Eignungsprüfung für einen Beruf die Reintegration des Parkinson-Patienten in den ersten Arbeitsmarkt im Fokus.

Im Rahmen der Beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z. B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

### Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit**

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht.

In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u. a. folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung** und **Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen und einen Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber.
- **Budget für Ausbildung** zur Erstattung der Ausbildungsvergütung als Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.



- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z. B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)**  
Die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:
  - **In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate** in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
  - **Bis zu 2 Jahre** im **Berufsbildungsbereich** als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, **aber** nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
  - Bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Die Rentenversicherungsträger **übernehmen** auch **Kosten**, die mit den Beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

**Hierzu zählen z. B.:**

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung, einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z. B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z. B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg) – wegen Art und Schwere der Behinderungen oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha-Leistung

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als **Zuschüsse an den Arbeitgeber** leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden.

*Übernahme  
weiterer Kosten*

*Zuschüsse an  
den Arbeitgeber*

### **Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als:**

- **Ausbildungszuschüsse** zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen  
Zuschusshöhe: 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.  
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**  
Zuschusshöhe: bis zu 50 %, für Menschen mit Behinderungen bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.  
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, für Menschen mit Behinderungen in der Regel bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.**  
Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.  
Zuschusshöhe: teilweise oder voll.
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**

### **Praxistipp!**

Zum 01.01.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. anderen Leistungsanbietern eine Alternative zu den WfbM geschaffen.

Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind.

Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der unabhängigen Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de) nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z. B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen.

### **Wer hilft weiter?**

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

## Übergangsgeld

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

Das Übergangsgeld kann dem Parkinson-Patienten während einer Reha-Maßnahme den finanziellen Druck nehmen, damit er sich ganz auf seine Gesundheit konzentrieren kann. Zuständig können der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen.

### Bei beiden Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. In der Regel leistet der Arbeitgeber 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

### Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben oder z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

### Voraussetzungen

### Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

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

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

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

**Die Vorbeschäftigungszeit nicht erfüllen müssen:**

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

Bei bestimmten beruflichen Maßnahmen zahlt die Agentur für Arbeit anstelle von Übergangsgeld Ausbildungsgeld.

### **Höhe**

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

**Das Übergangsgeld beträgt davon:**

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst (§ 70 SGB IX), entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65% des branchenüblichen tariflichen Entgelts bzw. des ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z. B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Berufliche Reha-Leistungen vermindert sich das Übergangsgeld um 8% auf 67% bzw. 60% der Berechnungsgrundlage.

*Arbeitslosigkeit*

#### **Auf das Übergangsgeld werden u. a. angerechnet:**

*Anrechnung*

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u. a.

Übergangsgeld ist steuerfrei und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

#### **Alle Träger zahlen Übergangsgeld**

*Dauer*

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe oben „Arbeitslosigkeit“).

Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt. Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld für diesen Zeitraum.



#### **Wer hilft weiter?**

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Träger: Rentenversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

## Reha-Sport und Funktionstraining

Für Patienten mit Parkinson ist ein gezieltes Training unabdingbar. Daher ist Reha-Sport und Funktionstraining ein wichtiger Behandlungsbaustein und kann den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen.

### Reha-Sport

Zum **Reha-Sport** zählen Sport und sportliche Spiele, aber auch gezielte bewegungstherapeutische Übungen. Möglich sind verschiedenste Sportarten und Übungen, das ist stark abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer.

#### Ziele von Reha-Sport sind:

- Ausdauer und Kraft stärken.
- Koordination und Flexibilität verbessern.
- Selbstbewusstsein stärken.
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten, Eigenverantwortung stärken und Teilnehmer motivieren, auch nach dem verordneten Reha-Sport weiter Sport zu treiben.

Reha-Sport findet immer in Gruppen zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppendynamische Effekte und Selbsthilfe.

### Funktionstraining

**Funktionstraining** ist immer organorientiert, d. h. es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder dem Verringern von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (Muskeln, Gelenke etc.).

Funktionstraining umfasst vor allem Übungen aus Krankengymnastik und Ergotherapie und wird von Krankengymnasten/Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Funktionstraining gelten u. a. Trocken- und Wassergymnastik.

### Voraussetzungen

**Die Renten-, die Unfall-, die Krankenversicherung und die Agentur für Arbeit übernehmen Reha-Sport oder Funktionstraining als Ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen:**

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

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

**Antrag**

Wird während einer Rehabilitation die medizinische Notwendigkeit einer Reha-Sport-Maßnahme festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. Abschlussbericht auszusprechen, und der behandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss dann innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen. Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger.

**Zuständigkeit**

Die Unfallversicherungsträger übernehmen Reha-Sport und Funktionstraining im Anschluss an Medizinische Reha-Maßnahmen, wenn ein Unfallversicherungsfall (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit) vorliegt.

Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Leistung zur Reha voraus, ist die Krankenkasse zuständig.

Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Für Menschen mit Behinderungen können die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen auch von einem Eingliederungshilfe-Träger übernommen werden.

### **Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert**

**Dauer**

- über die Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- über die Unfallversicherung in der Regel unbegrenzte Zeit.
- über die gesetzliche Krankenversicherung
  - **Reha-Sport**: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
  - **Funktionstraining**: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Welche Erkrankungen von den Trägern länger bezahlt werden, ist in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ geregelt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellt diese unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha Vereinbarungen zum Download zur Verfügung.

## Wer hilft weiter?

- Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region sind bei den Krankenkassen zu erfragen. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.
- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-0, [info@dbs-npc.de](mailto:info@dbs-npc.de), [www.dbs-npc.de](http://www.dbs-npc.de) > *Sportentwicklung > Rehabilitationssport > Rehasportgruppen*.

## Haushaltshilfe

**Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Medizinischen Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.**

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

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Kranken-, der Unfall- oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

### Voraussetzungen

Eine Haushaltshilfe wird bezahlt, wenn die Weiterführung des Haushalts z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder Reha-Maßnahme, nicht möglich ist und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Es gibt je nach Kostenträger verschiedene Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen. Diese findet man unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Haushaltshilfe“*.

## Praxistipps!

- 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.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.



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

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, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad, d. h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstauffalls geben, nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Der zuständige Träger kann die erforderlichen **Fahrtkosten** und den **Verdienstauffall** für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad (siehe oben) erstatten. Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

**Ausnahmsweise** können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung.

Die **Zuzahlung** beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 29).



### Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Renten- und den Unfallversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

## Leistungsumfang

### Selbst beschaffte Haushaltshilfe

### Fahrtkosten, Verdienstauffall

### Anderweitige Unterbringung

## Zuzahlung

# 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

Parkinson führt mit Fortschreiten der Erkrankung dazu, dass der Patient mit immer mehr Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Das kann dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

## Definition

*Eine Behinderung liegt vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, können Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.*

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

***Schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.*

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

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

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

## Gleichstellung

## Grad der Behinderung

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

Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Schwerbehindertenrecht vom GdB. Berechnet werden beide nach den sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ eingesehen werden.

**Beim Parkinson-Syndrom gibt es folgende Richtwerte:**

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

Andere extrapyramidale Syndrome, auch mit Hyperkinesen, sind analog nach Art und Umfang der gestörten Bewegungsabläufe und der Möglichkeit ihrer Unterdrückung zu bewerten.

Bei lokalisierten Störungen (z. B. Torticollis spasmodicus) sind niedrigere GdB-Grade als bei generalisierten Störungen (z. B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

Die Angaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bieten nur einen Orientierungsrahmen. Entscheidend ist immer eine **individuelle Gesamtsicht** aller Beeinträchtigungen. Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein GdB festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

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

### Wer hilft weiter?

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

## Schwerbehindertenausweis

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

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf **Antrag** des Parkinson-Patienten. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

**Antrag**

### Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- **Nicht** nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. 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 GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild 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 Passbild zu bekommen.

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

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

**Gültigkeitsdauer**

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- **Bei ausländischen, schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

## Merkzeichen

**Merkzeichen** im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen findet man im Internet unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Merkzeichen“ sowie im Anhang dieses Ratgebers (siehe S. 124).

## Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. **Nachteilsausgleiche** in Anspruch nehmen, z. B. **Steuervergünstigungen** sowie **Zusatzurlaub** und **Kündigungsschutz am Arbeitsplatz**.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom **Merkzeichen** und vom **GdB**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



### Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen findet man im Internet unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ sowie im Anhang dieses Ratgebers, ab S. 122.
- Ein ausführlicher Ratgeber zum Thema Behinderung kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** 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](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

# Pflege

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

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



## Praxistipp!

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

### Definition „Pflegebedürftigkeit“

*Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die*

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

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

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

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

**Antrags- und Begutachtungsverfahren**

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 81).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, wie zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

### *Bearbeitungsfrist*

Die Pflegekasse muss innerhalb einer bestimmten Frist über den Leistungsanspruch entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit.

#### **Sie beträgt**

- 25 Arbeitstage, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.

#### **Praxistipps!**

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



## Inhalt des Begutachtungsverfahrens

Beim Begutachtungsverfahren wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Der Blick richtet sich darauf, was der Pflegebedürftige noch selbstständig ausüben kann und wobei er Unterstützung braucht. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad 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](http://www.mds-ev.de) > *Richtlinien/Publikationen* > *Pflegeversicherung* > *Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Die 6 zu bewertenden **Module** umfassen folgende Einzelkriterien:

*Module 1–6*

### 1. Mobilität

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

### 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ergebnisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen elementarer Bedürfnisse
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

### 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Gegen sich selbst gerichtetes schädigendes oder aggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

### 4. Selbstversorgung

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfs (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde

### 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Medikation
- Injektion (unter die Haut oder in den Muskel)
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)

- Absaugen oder Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmitteln
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

## 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Gestaltung eines Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Es werden auch Kriterien berücksichtigt, bei denen ein Hilfebedarf im Bereich der Anleitung, Motivation und Schulung besteht.

### Weitere Module: Außerhäusliche Aktivität (7) und Haushaltsführung (8)

Auch Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten (7) und bei der Haushaltsführung (8) werden erfasst. Die **Module 7 und 8** dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und finden bei der Berechnung des Pflegegrads keine Berücksichtigung. Der Gutachter macht im Gutachten ggf. Empfehlungen zu Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, welche die Pflegekasse berücksichtigen muss. Hierdurch soll erreicht werden, dass der Pflegebedürftige in seiner Selbstständigkeit gezielt gefördert und unterstützt wird.

### Weitere Module

## Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit. Diese ist wie folgt definiert:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität alleine, d. h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. 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 ggf. 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 übernehmen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

## Berechnung des Pflegegrads

Für die Ermittlung des Pflegegrads werden die Punktwerte der einzelnen Module addiert. Die Summen werden dann je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Das soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrads miteinfließen.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

Modul	Inhalt	Gewichtung
1	Mobilität	10%
2 oder 3*	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder Verhaltensweisen und psychische Probleme	15%
4	Selbstversorgung	40%
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%
6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15%

\* Besonderheit bei den Modulen 2 und 3:  
Nur das Modul mit dem höheren Punktwert fließt mit 15% in die Berechnung ein.

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

## 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.

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb **eines Monats Widerspruch** einlegen.

### *Widerspruch*

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim Medizinischen Dienst (MD) angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

### **Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:**

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z. B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z. B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.

- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs kann eine **Klage beim Sozialgericht** in Erwägung gezogen werden. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“*.



#### **Praxistipp!**

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuch kann unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

### **Höherstufung**

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen **höheren Pflegegrad eingestuft** wird.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

## Pflegeleistungen

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

Im Anhang dieses Ratgebers (siehe S. 118) befindet sich eine Tabelle mit allen Pflegeleistungen auf einen Blick.

**Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:**

- **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 erforderlichen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfen 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 Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt) 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 kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

- **Pflegeberatung und -kurse**

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

*Leistungen bei häuslicher Pflege*

- **Entlastungsbetrag**

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen 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 (z. B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst).

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Zudem können Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden, allerdings gilt dies für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 **nicht** für den Bereich der Selbstversorgung (Modul 4).

- **Pflegehilfsmittel**

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Näheres auf S. 95.

- **Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Näheres auf S. 111.

- **Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen**

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss von 214 € monatlich, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.



Leistungen bei häuslicher Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Pflegegeld</b> monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
<b>Pflegesachleistungen</b> monatlich	(Anspruch über Entlastungs- betrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
<b>Ersatzpflege</b> (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 und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird.

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

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

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege</b> monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

**Leistungen bei stationärer Pflege**

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

**Leistungen bei stationärer Pflege**

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Kurzzeitpflege</b> (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 €
<b>Vollstationäre Pflege</b> 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 in der Regel selbst bezahlen. Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist für alle Pflegegrade 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 bisher 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 Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.
- Eine übersichtliche Tabelle mit den wichtigsten Leistungen der Pflegeversicherung auf einen Blick kann unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Leistungen > Pflegeleistungen > Tabelle Pflegeleistungen heruntergeladen werden und ist im Anhang dieses Ratgebers ab S. 120 abgebildet.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose **Bürger-telefon** des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19. Dezember 2019 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

## Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

### Dafür gelten folgende Regelungen:

#### • Rentenversicherung

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage pro Woche, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.

- Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person.
- Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d. h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z. B. eine Medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 52).
- Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der Häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.
- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit, siehe S. 93) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
- Seit dem 01.07.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert werden.

#### • Unfallversicherung

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

#### • 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, Grundsicherung oder Sozialhilfe ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z. B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegenden, 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. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

 **Praxistipps!**

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Broschüre kann man unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“* herunterladen.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > *Suchbegriff: „A401“* heruntergeladen werden.
- Das Bundesministerium für Familie, Frauen und Senioren bietet unter [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de) weiterführende Informationen für pflegende Angehörige.

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

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

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich.

**Kurzfristige  
Arbeitsverhinderung  
und Pflege-  
unterstützungsgeld**

**Pflegezeit und  
Familienpflegezeit**

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

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

### **Praxistipp!**

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.  
Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter [www.bafza.de](http://www.bafza.de) > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.
- Nähere Informationen zur Pflegezeit findet man unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Pflegezeit“*.

# Hilfsmittel

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

## Hilfsmittel für die Hände

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

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

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

## Hilfsmittel für das Gleichgewicht

Wenn Bewegungen und Gleichgewicht von Parkinson-Patienten unsicherer werden, können folgende Hilfsmittel vor allem in Bad, WC und Dusche die Sicherheit fördern:

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

## Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

Fahr- und Gehhilfen verbessern die Mobilität und damit die Lebensqualität des Patienten:

- Ein Anti-Freezing-Stock hilft bei Bewegungshemmungen.
- Ein Dreirad gibt Mobilität, wenn Fahrradfahren zu unsicher wird.
- Gehhilfen bzw. Rollatoren geben höhere Sicherheit beim Gehen. Es gibt sie in einer Bandbreite von Gehgestellen über Gehwägen und Gehstützen bis hin zu Gehbarren. Die Ausführung sollte individuell nach den Bedürfnissen des Patienten ausgesucht werden:
  - Benutzung im Innenbereich (Vollgummiräder), kombiniert für die Benutzung im Innen- und Außenbereich oder ohne Spezialisierung auf bestimmte Anwendungsorte.
  - Zu beachten sind Stabilität, Beweglichkeit und Bremsausstattung.
  - Die Bremsen müssen gut erreichbar sein. Jeder Bremszug sollte beidseitig wirken, da Parkinson-Patienten oft in einer Hand weniger Kraft haben.
  - Mit separaten Feststellvorrichtungen („Parkbremse“) und Sitz eignet sich der Rollator bei Pausen auch zum Sitzen.
- Transportrollatoren sind eine Mischung aus Gehhilfe und rollendem Tablett.
- Rollstühle gibt es in ebenso zahlreichen Ausführungen wie Gehhilfen.



### Wer hilft weiter?

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

### Kosten

Die Krankenversicherung übernimmt die **Kosten** mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel verordnen.

Bei haltbaren Hilfsmitteln, z. B. Krücken, Rollstühlen und Badehilfen, werden diese meist **leihweise** überlassen.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch die Vertragspartner der Krankenkasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Hilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Krankenkasse benennen lassen.



**Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag (siehe unten) besteht, und Hilfsmitteln ohne Festbetrag:**

- **Hilfsmittel mit Festbetrag**

Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags.

- **Hilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner**

Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.

- **Hilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Krankenkasse sind**

Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

**Festbeträge** gibt es in der Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Gruppen Sehhilfen, Hörhilfen, Inkontinenzmittel, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stoma-Artikel und Einlagen. Die Krankenkasse erstattet nur bis zu diesem Betrag. Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Höhe der Festbeträge kann beim GKV-Spitzenverband unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge eingesehen werden.

*Festbeträge*

Bei der **Zuzahlung** in der Krankenversicherung wird zwischen „nicht zum Verbrauch bestimmten“ und „zum Verbrauch bestimmten“ Hilfsmitteln unterschieden.

Gibt es für das Hilfsmittel einen Festbetrag (siehe oben), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

*Zuzahlung*

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

*Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel*

**Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z. B. saugende Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe. Der Versicherte zahlt 10% des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 € monatlich. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen oder aus mehreren Produktgruppen benötigt werden. Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich (Näheres auf S. 29).

*Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel*

## Umfang

### Die Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für

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

Reparaturkosten tragen die Krankenkassen bis zur Höhe des Festbetrags bzw. bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises des Hilfsmittelerbringers.

**Nicht übernommen** werden alle diese Kosten bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Beschädigung.



### Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.



### Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann:  
*<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>*  
Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend, d. h. es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Apotheken, Sanitätshäuser oder z. B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über einen (Auszug aus dem) Hilfsmittelkatalog. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

## Pflegehilfsmittel

Ist ein Parkinson-Patient pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 79), übernimmt die Pflegekasse die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

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

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 95).

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

**Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen für technische Hilfen, z. B. Rollatoren oder Hausnotrufgeräte (siehe S. 113), folgende Zuzahlung leisten:**

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

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

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



### Praxistipps!

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

### Kosten

### Zuzahlung

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

## Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

**Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:**

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

**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.

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

## Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

## Befristung

**Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.**

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

## Höhe

Die **Höhe** der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch aus 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. Seit 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.



### Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 104) beantragt werden.
- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfzuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Auch **selbstständig** Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

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.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger berechnet.

*Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente*

*Selbstständigkeit*

*Hinzuverdienst*

### **Praxistipps!**

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

### **Wer hilft weiter?**

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

## **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

Die Folgen einer Parkinson-Erkrankung können unter Umständen zu schweren finanziellen Nöten führen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen wird auf die Grundsicherung angerechnet. Grundsicherung muss beantragt werden und ist gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt vorrangig.

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

**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 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 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

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

**Höhe**

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 €



# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

**Parkinson kann im Verlauf dazu führen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Dann kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.**

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Betroffene 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 (siehe S. 104). Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. 107)

## Erwerbsminderungsrente

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

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit, ist die Unfallversicherung zuständig.

Die nachfolgenden **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.

Mit Erreichen der **Altersgrenze der Regelaltersrente** wird die Erwerbsminderungsrente in Regelaltersrente umgewandelt.

### Voraussetzungen

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

## **Leistungen**

### **Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:**

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle S. 105).
- 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 für bestimmte Personengruppen, z. B. bei Behinderungen 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.

## **Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

### **Angerechnet werden**

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

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

## **Dauer**

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

### **Erstbewilligung und Änderung:**

Die Auszahlung beginnt am Ersten 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 auf Antrag 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.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.



### 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, 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 wird nur gezahlt, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen kann.

Wenn ein Patient mit Parkinson nicht in der Lage ist zu arbeiten, nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen hat, die ihn unterstützen, kann er Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Dadurch erhält er Geld für lebensnotwendige Dinge wie Unterkunft, Lebensmittel und Kleidung. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z. B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 104).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.



### **Praxistipp!**

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.

# Wohnen

Da Parkinson mit Fortschreiten der Erkrankung dazu führen kann, dass sich der Betroffene immer schlechter eigenständig in seinem häuslichen Umfeld bewegen kann, sollte das Wohnumfeld so gut wie möglich an seine besonderen Bedürfnisse angepasst werden.

## Sturzprophylaxe

Stürze stellen für Parkinson-Patienten eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit dar. Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen. Auslöser für Stürze können Stolpern oder Ausrutschen sein.

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

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

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

Zur Einschätzung der Sturzgefahr wurden verschiedene Tests entwickelt:

- Der **Chair-Rising-Test** gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden 5 Mal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen. Schafft er es innerhalb dieser Zeit nicht, gilt er als sturzgefährdet. Ein ähnlicher Test (timed-stands-Test) beinhaltet es 10 Mal aufzustehen, mit entsprechend anderen Zeitgrenzwerten.
- **Timed-Up-and-Go-Test:** Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen. Er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt. Macht ein Patient diese Übung in 10 Sekunden, ist dies unproblematisch. Benötigt er über 20 Sekunden, besteht Abklärungsbedarf, über 30 Sekunden ist von einer erhöhten Sturzgefahr auszugehen.

*Risikofaktoren*

*Sturzrisiko-Tests*

- **Mobilitätstest nach Tinetti:** Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden zuvor genannten Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Es können maximal 28 Punkte erreicht werden, unter 20 Punkten besteht ein erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkten ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die unter verschiedenen Kriterien bewertet werden, z. B. Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z. B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.
- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** (Romberg-Versuch oder Romberg-Test) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (Unterberger-Tretversuch).

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

## Sturzprophylaxe

### Folgende Tipps helfen, Stürze zu vermeiden:

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel klären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z. B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten.  
**Hintergrund:** Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z. B. Hüftprotektoren verwenden.

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 113) angeschafft werden.

Neben der Beseitigung von Gefahrenquellen im Alltag hilft vor allem ein regelmäßiges, körperliches Training, um Stürze zu verhindern (Näheres unter Sport und Bewegung auf S. 17 sowie Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 70).

## Wohnumfeldverbesserung

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

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln (siehe S. 99).

Die Maßnahmen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

### Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

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

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

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

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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

## Voraussetzungen

## Begutachtung

## Höhe

## Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe Einkommen und Vermögen“*.
- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst danach die Rechnung bei der Pflegekasse einreicht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die KfW-Bankengruppe fördert mit dem Programm „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100% kreditfinanziert sein. Näheres unter [www.kfw.de](http://www.kfw.de) > *Suchbegriff: „159“*. Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: [www.kfw.de](http://www.kfw.de) > *Suchbegriff: „124“* für Wohneigentümergeinschaften oder *Suchbegriff: „134“* für Genossenschaftsanteile.

## Wer hilft weiter?

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



## Hausnotrufsysteme

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

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

Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen mit den Teilnehmern zu festgelegten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter nach, ob etwas passiert ist.

Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z. B. im Keller oder im Garten.

Als ein weiterreichendes Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.

### **Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen:**

- Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus.
- Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden.
- Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern lassen.

### *Funktionsweise*

### *Zusatzfunktionen*

## Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die **Kosten** variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 bis 80 €.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst in der Regel einen Zuschuss: Für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren je 23 € pro Monat. Der Zuschuss wird von der Pflegekasse aber nur bezahlt, wenn der Pflegebedürftige die meiste Zeit des Tages allein lebt und jederzeit mit einer Notsituation aufgrund des Pflegezustands zu rechnen ist. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

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



### Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen findet man im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter:  
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis* > *Produktgruppe 52*.
- Grundsätzlich sollte **vorher** mit dem Arzt abgesprochen werden, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.



### Wer hilft weiter?

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

# Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern. Das ist für jeden Menschen wichtig, doch für Betroffene mit Parkinson umso mehr, da man nicht voraussagen kann, wie schnell die Krankheit fortschreitet und wie sie sich entwickelt.

**Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:**

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

In einer **Vorsorgevollmacht** werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden. Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

**Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:**

- Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthalt und Unterbringung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

In einer **Betreuungsverfügung** wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann.

*Vorsorgevollmacht*

*Betreuungsverfügung*

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z. B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

## **Patientenverfügung**

In einer **Patientenverfügung** wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

### **In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung**

- nicht begonnen werden darf, d. h. unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d. h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Zudem muss der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden können. Daher ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung von einem Arzt beraten zu lassen.



### **Praxistipp!**

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen sowie den einzelnen Vordrucken zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann man unter [www.betacare.de/ratgeber.html](http://www.betacare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.



### **Wer hilft weiter?**

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

# Adressen

---

## **Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband**

Moselstraße 31, 41464 Neuss  
Telefon 02131 740270  
Fax 02131 45445  
E-Mail: [bundesverband@parkinson-mail.de](mailto:bundesverband@parkinson-mail.de)  
[www.parkinson-vereinigung.de](http://www.parkinson-vereinigung.de)

## **Kompetenznetz Parkinson**

Struthweg 1, 35112 Fronhausen  
Telefon 06426 81959-42  
Fax 06426 81959-52  
E-Mail: [info@kompetenznetz-parkinson.de](mailto:info@kompetenznetz-parkinson.de)  
[www.kompetenznetz-parkinson.de](http://www.kompetenznetz-parkinson.de)

## **Deutsche Parkinson Hilfe e.V.**

Lortzingstraße 9, 14480 Potsdam  
Telefon 0173 5887939  
E-Mail: [office@deutsche-parkinson-hilfe.de](mailto:office@deutsche-parkinson-hilfe.de)  
[www.deutsche-parkinson-hilfe.de](http://www.deutsche-parkinson-hilfe.de)

## **Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.**

Reinhardtstraße 27 c, 10117 Berlin  
Postanschrift: Prof. Dr. Rüdiger Hilker-Roggendorf  
c/o Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Klinikum Vest  
Dorstener Straße 151, 45657 Recklinghausen  
Telefon 02361 563701  
[www.parkinson-gesellschaft.de](http://www.parkinson-gesellschaft.de)

## **Jung und Parkinson – Die Selbsthilfe e.V.**

Langenbachweg 6, 65520 Bad Camberg  
Telefon 0176 63363094  
E-Mail: [info@jung-und-parkinson.de](mailto:info@jung-und-parkinson.de)  
[www.jung-und-parkinson.de](http://www.jung-und-parkinson.de)

## **Bundesverband Parkinson Youngster für Selbsthilfe und Bewegungsstörungen e.V.**

Alleestraße 13a, 46282 Dorsten  
Telefon 0152 34010729  
E-Mail: [info@parkinson-youngster.de](mailto:info@parkinson-youngster.de)  
<https://parkinson-youngster.de>

## GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20	50	60
<p>Bei entsprechenden Voraussetzungen können Leistungen zur Reha und Teilhabe in Anspruch genommen werden, z. B. Medizinische, Berufliche oder Soziale Reha und unterhaltssichernde sowie ergänzende Leistungen (§ 29 Abs. 1 SGB I)</p>	<p>Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)</p> <p>Steuerfreibetrag: 570 € (§ 33b EStG)</p> <p>Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)</p> <p>Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)</p> <p>Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)</p> <p>Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)</p> <p>Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)</p>	<p>Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)</p> <p>Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)</p>
30/40		70
<p>Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)</p>	<p>Vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG)</p>	<p>Steuerfreibetrag: 890 € (§ 33b EStG)</p>
<p>Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 151 Abs. 3 SGB IX)</p>	<p>Stundenermäßigung bei Lehrern: bundeslandabhängig</p> <p>Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)</p>	<p><b>Wahlweise</b> bei der Steuer absetzbar:</p>
<p>Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33b EStG)</p>	<p>Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag von 924 € absetzen, wenn zusätzlich <b>Merkzeichen H</b> beim Pflegebedürftigen vorliegt (§ 33b EStG)</p>	<p>Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)</p>
	<p>Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern</p>	<p>Behinderungsbedingte <b>Privatfahrten</b> können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig <b>Merkzeichen G</b></p>
	<p>Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)</p>	<p>eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)</p>
	<p>Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 WoGG)</p>	<p>Ermäßigte BahnCard</p>
	<p>Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)</p>	
	<p>Bei <b>Merkzeichen G</b> und <b>aG</b> wahlweise bei der Steuer absetzbar:</p>	
	<p>Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die <b>tatsächlichen</b> Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)</p>	
	<p>Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen</p>	



# Anhang

---



## Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

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

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
<b>Pflegegeld</b> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	–
<b>Pflegesachleistung</b> (§ 36 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
<b>Tages- oder Nachtpflege</b> (§ 41 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
<b>Vollstationäre Pflege</b> (§ 43 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
<b>Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen</b> (§ 43a SGB XI) (siehe auch Vollstationäre Pflege, S. 90)	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
<b>Kurzzeitpflege</b> (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI)	125 € (Entlastungsbetrag)
<b>Pflegehilfsmittel</b> (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI)	bis zu 40 €
<b>Wohnumfeldverbesserung</b> (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
<b>Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen,</b> (§ 38a SGB XI)	214 €
<b>Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen,</b> (§ 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)

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

80	90	100
Steuerfreibetrag: 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.420 € (§ 33b EStG)
Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 WoGG)
Behinderungsbedingte <b>Privat</b> -fahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)		Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)		Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z. T. auch bei niedrigerem GdB

## Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson: • im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Nachgewiesene Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 30 ct = 4.500 € (§ 33 EStG)	• bei den meisten innerdeutschen Flügen • blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Rundfunkbeitrag • Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe • Ermäßigung bei <b>GdB 60</b> allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33, 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Telekom Sozialtarif bei <b>GdB von mindestens 90</b> : bis zu 8,72 € Vergünstigung monatlich
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuererklärung: 3.700 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)		Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Bei <b>GdB 50</b> und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)
		Nachgewiesene Privatfahrten steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)

G	GI	H	RF
<b>erheblich gebehindert</b>	<b>gehörlos</b>	<b>hilflos</b>	<b>Befreiung vom Rundfunkbeitrag</b>
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§ 228 ff. SGB IX) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG) Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 3.700 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/Monat (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag) Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem <b>GdB ab 70</b> steuerlich absetzbar: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)	Telekom Sozialtarif bei <b>GdB von mindestens 90</b> : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)	<b>TBI</b>
Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)	Rundfunkbeitrag • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 924 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	<b>taubblind</b> Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortsatzungen)	Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)	In folgenden Bundesländern erhalten taubblinde Menschen monatlich • Bayern: 1.258 € (§ 2 BayBlindG) • Berlin: 1.189 € (§ 2 LPfIGG). • Sachsen: 650 € (§ 2 LBlindG) • Schleswig-Holstein: 400 € (§ 1 LBlindG) • Thüringen: 500 € (§ 2 ThürBlindG)
Bei <b>GdB 50</b> und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Nachgewiesene Privatfahrten steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	



## **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: Jutta Meier  
Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Ruth Fries, Maria Kästle, Simone Kreuzer,  
Andrea Nagl, Anna Yankers

### **Layout und Satz**

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 Datenverarbeitungs-  
anlagen.

11. Auflage, Juli 2020

# Gesundheit ist unser Ziel!

[www.betaCare.de](http://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](http://www.betaCare.de) erhältlich:

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- Familie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Patientenvorsorge
- Psychosen & Soziales
- Schmerz & Soziales

## Sozialrechtliche Informationen auch online – [www.betanet.de](http://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](http://www.betanet.de) zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm