

Osteoporose & Soziales



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

Osteoporose ist eine schleichende Knochenerkrankung, die neben körperlichen Einschränkungen auch Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen und ihrer Familien mit sich bringen kann. Daher ist neben dem Wissen über Diagnostik und Behandlung auch das Wissen über sozialrechtliche und praktische Aspekte rund um die Erkrankung von Bedeutung.

Dieser Ratgeber gibt daher umfassend Auskunft zu Themen wie finanziellen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Beschaffung von Hilfsmitteln sowie Informationen zum Grad der Behinderung bei fortgeschrittener Osteoporose.

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

*Mit freundlichen Grüßen
Ihre betapharm*

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

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

Inhalt

Vorwort	2
Osteoporose	5
Symptome	6
Risikofaktoren	6
Diagnostik	7
Therapie	11
Disease-Management-Programm	11
Medikamentöse Therapie	12
Schmerztherapie	13
Ernährung	14
Bewegung, Training und Rehabilitation	17
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	21
Zuzahlungsregelungen	21
Zuzahlungsbefreiung	24
Sonderregelung für chronisch Kranke	26
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	29
Entgeltfortzahlung	29
Krankengeld	32
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	38
Rehabilitation	41
Allgemeines zur Reha	41
Medizinische Rehabilitation	45
Anschlussrehabilitation	48
Reha-Sport und Funktionstraining	48
Stufenweise Wiedereingliederung	49
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	51
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	52
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	53
Erwerbsminderungsrente	53
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	55
Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit	57
Hilfe zum Lebensunterhalt	58
Behinderung	59
Grad der Behinderung bei Osteoporose	60
Schwerbehindertenausweis	61
Nachteilsausgleiche	63

Häusliche Krankenpflege	65
Pflege	69
Pflegebedürftigkeit	69
Leistungen bei häuslicher Pflege	71
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	74
Leistungen für pflegende Angehörige	75
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	77
Sturzprophylaxe	79
Hilfsmittel	83
Pflegehilfsmittel	85
Wohnumfeldverbesserung	87
Hausnotrufsysteme	90
Adressen	93
Anhang	95
Übersicht: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	96
Übersicht: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	98
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung	100
Impressum	103

Osteoporose

Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine Stoffwechselerkrankung des Skeletts. Durch Abnahme der Knochenmasse kommt es zu einer Verringerung der Knochendichte. Dadurch erhöht sich das Risiko von Knochenbrüchen, typischerweise an Hüfte, Wirbelsäule und Unterarmen.

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

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

Die **sekundäre Osteoporose** wird durch eine andere Erkrankung ausgelöst, z. B. Darm- oder Lebererkrankungen, Rheuma, Diabetes, Magersucht, Stoffwechselstörungen, Störungen des Hormonhaushalts, oder durch Medikamente, z. B. Kortison. Von einer sekundären Osteoporose sind jedoch nur etwa 10% der Osteoporose-Patienten betroffen.

Osteoporose und Knochenumbau

Die Knochenqualität wird von einem ständigen Auf- und Abbauprozess bestimmt. Bis ungefähr zum 30. Lebensjahr wird mehr Knochenmasse auf- als abgebaut. Ab etwa dem 40. Lebensjahr kehrt sich dieser Prozess um und der Mensch verliert mit zunehmenden Alter mehr Knochenmasse.

Bei Osteoporose findet dieser Abbauprozess übermäßig schnell statt und das Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau ist gestört. Durch einen raschen Zerfall von Knochenmasse werden die inneren Strukturen des Knochens zerstört. Die Knochen werden brüchig, weil sie an Elastizität und Stabilität verlieren. Das kann so weit führen, dass es sogar ohne einen Sturz zu sog. Spontanbrüchen kommt, beispielsweise nur durch das Tragen schwerer Taschen oder kräftiges Niesen.

Symptome

Eine Osteoporose verläuft oft schleichend und die meisten Patienten haben lange Zeit keine Symptome. In einem späteren Stadium macht sie sich vor allem durch Schmerzen und das vermehrte Auftreten von Knochenbrüchen bemerkbar.

Folgende Symptome treten meist im Zusammenhang mit einer Osteoporose auf:

- Chronische Rückenschmerzen
- Abnahme der Körpergröße durch Fehlstellungen und Skelettveränderungen
- Verkrümmung des Oberkörpers (auch „Rundrücken“ genannt)
- Auftreten von Knochenbrüchen ohne akuten Anlass (sog. Spontanbrüche)

Risikofaktoren

Für die Entstehung einer Osteoporose gibt es verschiedene Risikofaktoren. Manche davon kann man aktiv beeinflussen, andere hingegen nicht.

Beeinflussbare Risikofaktoren

- Kalzium- und Vitamin D-Mangel
- Hormonstörungen
- Rauchen
- Übermäßiger Alkohol- und Koffeinkonsum
- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Fehlernährung
- Bewegungsmangel

Nicht oder schwer beeinflussbare Risikofaktoren

- Erbliche Veranlagung
- Alter und Geschlecht
- Erkrankungen wie z.B. chronisch entzündliche Darm- oder Rheumaerkrankungen, Diabetes Typ 1, Magersucht oder Bulimie
- Zustand nach Organtransplantation oder Magenentfernung
- Funktionsstörungen der Nieren, Leber oder Schilddrüse
- Bestimmte Medikamente (z. B. Antidepressiva, Antiepileptika, Kortison, Zytostatika)

Praxistipp!



Unter www.osd-ev.org > Osteoporose > Osteoporose Test bietet der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband einen Osteoporose-Test an, der Aufschluss über das individuelle Osteoporose-Risiko geben kann. Eine ärztliche Diagnose kann er natürlich nicht ersetzen.

Diagnostik

Häufig wird Osteoporose nicht rechtzeitig erkannt, weil poröse Knochen keine Schmerzen verursachen. Daher wird die Diagnose meist erst nach vermehrten Knochenbrüchen gestellt. Doch je früher eine Osteoporose entdeckt wird, desto besser kann (weiterem) Knochenschwund vorgebeugt werden und Folgeerkrankungen wie schmerzhafte Knochenbrüche, eine Abnahme der Körpergröße und ein Rundrücken können vermieden werden.

Neben einem ausführlichen Patientengespräch mit Erhebung möglicher Risikofaktoren, einer körperlichen Untersuchung sowie bestimmten Laboruntersuchungen ist die Knochendichtemessung eine der sichersten Methoden, um eine Osteoporose zu erkennen.

Knochendichtemessung

Mit einer Knochendichtemessung (auch Osteodensitometrie genannt) kann die Dichte bzw. der Kalksalzgehalt eines Knochens gemessen werden. Dadurch kann das Risiko für Knochenbrüche bei bestehendem Knochenschwund eingeschätzt werden. In der Regel erfolgt die Knochendichtemessung als Röntgenuntersuchung durch die Zwei-Spektren-Röntgenabsorptiometrie (DXA). Die Kosten der DXA werden nur unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen. Modernere Verfahren zahlen Betroffene selbst.

Messverfahren

Es gibt verschiedene Methoden der Knochendichtemessung.

Sie unterscheiden sich v. a. in Kosten, Aufwand und Aussagekraft:

- Die **Zwei-Spektren-Absorptiometrie** (DXA für Dual Energy X-Ray Absorptiometry, auch DEXA) ist eine Röntgenmethode mit zwei energetisch unterschiedlichen Röntgenstrahlen. Geröntgt werden meist die Lendenwirbelsäule und das Hüftgelenk, weil dies die Bereiche mit dem höchsten Knochenbruchrisiko sind. Die DXA-Messung ist eine strahlungsarme Röntgenmethode, die nur wenige Minuten dauert. Bei der Knochendichtemessung wird nicht die absolute Knochendichte ermittelt, sondern die Abweichung vom Normalen durch den sog. T-Wert und den Z-Wert.
 - **T-Wert:** Der Messwert wird mit dem eines gleichgeschlechtlichen 30-jährigen Gesunden verglichen. Wenn er unter $-2,5$ SD (Standardabweichung) liegt, wird Osteoporose diagnostiziert.
 - **Z-Wert:** Mit dem Alter nimmt die Knochendichte natürlicherweise ab und das Risiko für Knochenbrüche steigt auch bei gesunden Menschen. Der Z-Wert bezieht sich auf gesunde Frauen bzw. Männer im gleichen Alter.

Die DXA ist das einzige von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Osteologie (DGO) anerkannte Verfahren zur Diagnosestellung der Osteoporose. Nähere Informationen bietet der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > Osteoporose > Knochendichtemessung.

- Die **quantitative Computertomographie (QCT)** sowie die **periphere quantitative Computertomographie (pQCT)** liefern ein **dreidimensionales** Bild der Knochenstruktur und können die physikalische Dichte **sehr genau** bestimmen. Im Unterschied zur quantitativen Computertomographie, bei der in der Regel die Messung auf den ganzen Körper ausgerichtet ist, beschränkt sich das **pQCT-Verfahren** auf bestimmte Körperteile, v.a. Arme oder Beine. Die Strahlenbelastung einer QCT ist höher als bei einer DXA. Die Strahlenbelastung einer **pQCT** ist hingegen vergleichbar mit der einer DXA. Eine Weiterentwicklung, mit der die feine Knochenstruktur noch besser abgebildet werden kann, ist Micro CT oder Xtreme CT (XCT, HR-pQCT, high-resolution peripheral quantitative computed tomography). Es liefert genauere Bilder von der Knochenstruktur. HR-pQCT kostet etwa 400 € und wird, wenn überhaupt, nur von privaten Krankenversicherungen übernommen.
- Auch mit **HR-Magnetresonanztomographie** (HR = high resolution, hoch auflösend) lassen sich genaue Bilder der Knochenstruktur erstellen. Messungen werden in der Regel am Schienbein oder Unterarm durchgeführt.
- Das **quantitative Ultraschallverfahren (QUS)** misst, wie schnell Ultraschallwellen den Knochen durchqueren und wie stark sie dabei abgeschwächt werden. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf die Knochendichte ziehen. Gemessen wird meist an Ferse und Fingern. Diese Methode führt zu keiner Strahlenbelastung. Die Einschränkung ist allerdings: Ultraschall kann zwar einen Verdacht auf Osteoporose begründen, aber eignet sich nicht zur Diagnose.

Diagnose einer Osteoporose

Die Knochendichtemessung kann zwar auf eine Osteoporose hinweisen, sie aber nicht nachweisen. Sie ist nur eine Art Gradmesser für den Knochenmineralgehalt. Der Arzt bewertet das Ergebnis immer zusammen mit individuellen Aspekten des Patienten wie z. B. dem Alter, Risikofaktoren, Beschwerden und Symptomen sowie möglichen Krankheiten, die zu einer Osteoporose führen können.

Kosten der Knochendichtemessung und Kostenübernahme

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

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

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

Ausführliche Informationen zur Knochendichtemessung als Kassenleistung finden Sie beim Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter: www.osd-ev.org > *Osteoporose* > *Knochendichtemessung* > *Knochendichtemessung als Kassenleistung* (unten).

Die Kosten für die quantitative Computertomographie (QCT/**p**QCT) und für das quantitative Ultraschallverfahren (QUS) werden von den Krankenkassen **nicht** übernommen und müssen vom Patienten selbst bezahlt werden.

- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse, welche Ärzte in der Region eine DXA-Knochendichtemessung auf Krankenkassenkosten abrechnen können.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt die zweisprachige Broschüre (deutsch/türkisch) „Meine Knochendichte-Messung“ heraus. Diese kann unter www.netzwerk-osteoporose.de > *Infobereich* > *Info-Material* > *Broschüren* kostenlos heruntergeladen werden.
- Bei einem Verdacht auf Osteoporose wenden Sie sich am besten an einen **Osteologen**. Das sind Ärzte, die auf Knochen- und Skeletterkrankungen spezialisiert sind.
- Zertifizierte Praxen und Kliniken für Osteoporose können beim Wissenschaftlichen Dachverband Osteologie (DVO) unter www.dv-osteologie.org > *Zentren* > *Zentrum DVO* gefunden werden.





Therapie

Die Osteoporosebehandlung besteht aus mehreren Bausteinen, z. B. Bewegung, Medikamenten und ausgewogener Ernährung.

Disease-Management-Programm

Seit 2020 gibt es ein strukturiertes Behandlungsprogramm (sog. Disease-Management-Programm) für Osteoporose, in das sich Patienten einschreiben können.

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

Ziele des Programms sind:

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

Im Rahmen eines Disease-Management-Programms wird aus allen nachgewiesenermaßen wirksamen Behandlungsmöglichkeiten ein **individuelles Behandlungsprogramm** zusammengestellt. Der Hausarzt koordiniert und dokumentiert in der Regel die Bausteine der Osteoporose-Behandlung.

Neben medikamentöser Therapie und Schmerztherapie sind auch folgende weitere Behandlungsbausteine möglich:

- **Patientenschulungen** sollen den Patienten befähigen, seine Osteoporose besser zu bewältigen und wichtige Behandlungsbausteine selbstverantwortlich umzusetzen. Angeboten werden nur Schulungsprogramme, die nachgewiesenermaßen wirken.
- Osteoporose-Patienten sollten ihren **Lebensstil anpassen**:
 - Sich regelmäßig bewegen
 - Versteifungen vermeiden
 - Nicht rauchen, wenig Alkohol trinken
 - Kein Untergewicht haben
 - Auf ausreichend Kalzium und Vitamin D in der Nahrung achten
- Stürze sind ein Risiko für Knochenbrüche, deshalb sollte das Sturzrisiko mit einem Test ermittelt werden und die **Sturzgefahr sollte reduziert werden**. Das umfasst sowohl Maßnahmen im Umfeld, z. B. Stolperfallen reduzieren, als auch gezielte Bewegung, um Gleichgewicht und Kraft zu verbessern.

Medikamentöse Therapie

Je nach Ursache der Osteoporose gibt es verschiedene Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung. Die Behandlung dauert in der Regel 3 Jahre, kann aber auch lebenslang erforderlich sein.

Als **Basis-Therapie** muss ausreichend Kalzium und Vitamin D aufgenommen werden. Wenn das mit dem Essen nicht gelingt, werden Nahrungsergänzungsmittel verordnet. Notwendig sind 1.000 mg Kalzium und 800–1.000 Einheiten Vitamin D am Tag.

Es stehen aber auch weitere Wirkstoffe zur Verfügung, die entweder den weiteren Knochenabbau bremsen oder den Knochenaufbau fördern. Am häufigsten werden Bisphosphonate eingesetzt, die sich auf den Oberflächen der Knochen anreichern und die knochenabbauenden Zellen (sog. Osteoklasten) hemmen. Die Wirkstoffe heißen Alendronat, Risedronat, Zoledronat und Ibandronat. Auch nach Absetzen der Therapie mit Bisphosphonaten hält ihre Wirkung noch etwa 1 Jahr an.

Denosumab bremst den Knochenabbau, indem es die Bildung von Osteoklasten hemmt. Denosumab wird unter die Haut gespritzt und wirkt etwa 6 Monate lang.

Bei Frauen in den Wechseljahren ist in der Regel der Östrogenmangel die Ursache der Osteoporose. Nach den heutigen medizinischen Kenntnissen muss über die Einnahme von Östrogen allerdings sehr sorgfältig und unter Abwägung von Nutzen und Risiken entschieden werden, da es die Entstehung von Brustkrebs, Thrombosen und Embolien begünstigen kann. Alternativ stehen Substanzen wie z. B. Raloxifen und Bazedoxifen zur Verfügung, die die Wirkung von Östrogen nachahmen.

Teriparatid regt den Aufbau neuer Knochensubstanz an und wird bei starkem Knochenbruchrisiko eingesetzt. Es ahmt die Funktion eines körpereigenen Hormons nach und wird mit einem „Pen“ vom Patienten selbst unter die Haut von Bauch oder Oberschenkel gespritzt.

Welche Medikamente für den Einzelnen am besten geeignet sind, sollte individuell mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Da Osteoporose-Patienten oft mehrere Medikamente einnehmen, sollte der Arzt ab 5 Medikamenten mindestens einmal jährlich überprüfen, ob die Medikation angepasst bzw. reduziert werden muss.

- Der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. hat die kostenlose Info-Broschüre „Osteoporose und medikamentöse Therapie“ herausgegeben. Diese können Sie unter www.osteoporose-deutschland.de > *Osteoporose* > *Therapie* > *Medikamente* herunterladen.
- Ausführliche Informationen zu Medikamenten bei Osteoporose bietet auch der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > *Therapie* > *Medikamente – Teil I*.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt mehrere zweisprachige Broschüren heraus, z. B. „Erstinformation in vier Sprachen. Osteoporose kennt keine Grenzen“ oder „Arztgespräch und Diagnose“ (deutsch/türkisch). Diese können Sie unter www.netzwerk-osteoporose.de > *Infobereich* > *Info-Material* > *Broschüren* kostenlos herunterladen.

Schmerztherapie

Osteoporose kann akute und chronische Schmerzen verursachen, die frühzeitig behandelt werden müssen. Bei Schmerzen sollten sich Patienten frühestmöglich wieder bewegen.

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

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

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

Osteoporose-Patienten sollten regelmäßig Kontrolltermine beim Arzt wahrnehmen. Dabei wird z. B.

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

Praxistipps!



- Der betaCare-Ratgeber „Schmerz & Soziales“ enthält vielfältige Informationen für Patienten mit **chronischen Schmerzen** und kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Informationen zu **Opioiden** sowie einen Opioid-Ausweis zum Download finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Opiate und Opioide“*.
- **Selbsthilfegruppen** können Sie durch Erfahrungsaustausch, gemeinsame Aktivitäten und psychosoziale Hilfe unterstützen und dadurch die Krankheitsbewältigung verbessern.

Selbsthilfegruppen finden Sie z. B. bei dem

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

Ernährung

Eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung ist bei Osteoporose von großer Bedeutung. Durch eine gesunde, Kalzium- und Vitamin D-reiche Ernährung sowie eine ausreichende Versorgung mit Vitamin B12 und Magnesium kann der Osteoporose vorgebeugt bzw. der Knochenabbau gestoppt werden.

Kalzium

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

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

Als die besten Kalzium-Lieferanten gelten Milch und Milchprodukte – doch hier gibt es auch gegenteilige Meinungen. Einen aktuellen Artikel und hilfreiche Fakten zum Thema Milch bietet das WDR-Online Angebot Quarks unter: www.quarks.de/gesundheit/darum-ist-milch-nicht-giftig.

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

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

Magnesium

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

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



Vitamin D

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

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

Bei zu geringer Sonnenbestrahlung, vor allem im Winter und bei bettlägerigen Patienten, ist es sinnvoll, Vitamin D-Präparate einzunehmen (empfohlen werden 800–1.000 IE Vitamin D3 täglich). Im Vorfeld sollte der Blutserumspiegel ärztlich festgestellt werden. Denn auch bei der Einnahme von Vitamin D kann es zu einer Überdosierung und dann z. B. zu Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit kommen.

Wichtig: Bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose kann die empfohlene Dosierung für die Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr abweichen und sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Vitamin B12

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

Alkohol und Tabak

Generell sollte man bei Osteoporose möglichst nicht oder wenig rauchen oder Alkohol trinken.

Rauchen verschlechtert die Durchblutung und behindert damit den Knochenstoffwechsel. Zudem verstärkt es den Abbau von Östrogen, was das Osteoporoserisiko erhöht und früher eintreten lässt.

Alkohol schädigt die knochenbauenden Zellen und verschlechtert die Aufnahme von Mikronährstoffen (z. B. Kalzium, Magnesium, Vitamine). Außerdem wird nach Alkoholkonsum verstärkt Magnesium ausgeschieden.

- Bei Osteoporose werden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine **Erährungsberatung** teilweise oder voll übernommen, wenn diese vom Arzt verordnet wurde und ein Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht sowie von dieser genehmigt wurde.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. hat u.a. die Broschüren „Ernährung, Bewegung und Balance“ und „Meine täglichen Vitamin- und Kalziumquellen“ herausgegeben, die unter www.netzwerk-osteoporose.de > Infobereich kostenlos heruntergeladen werden können.

Bewegung, Training und Rehabilitation

Bewegung stärkt die Knochen und hilft, den Knochenabbau zu bremsen. Daher ist regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose sehr wichtig. (Reha-)Sport und (Funktions-)Training stärken die Muskulatur, erhalten die Beweglichkeit und verbessern die Koordination. Dadurch kann auch das Sturzrisiko vermindert werden.

Ziele der Bewegung bei Osteoporose

Wer nicht trainiert, verliert etwa 5–10% der Muskelmasse pro Lebensjahrzehnt. Gleiches gilt auch für die Knochenmasse. Knochen und Muskeln sind ein voneinander abhängiges System. Das über die Nahrung aufgenommene Kalzium kann am besten in den Knochen eingebaut werden, wenn man sich ausreichend bewegt. Bei den Empfehlungen für Sport und Bewegung wird unterschieden, ob ein erhöhtes Risiko für Osteoporose besteht, ob bereits eine Osteoporose vorliegt oder ob es schon zu einem Knochenbruch gekommen ist.

Generell gilt: Die Bewegung muss Spaß machen, damit man sie dauerhaft ausübt. Es kann hilfreich sein, sich einer Sportgruppe anzuschließen oder sich regelmäßig mit Freunden zum Sport zu verabreden.

Folgende Ziele bzw. Trainingseffekte stehen bei Osteoporose im Vordergrund:

- Knochenaufbau aktivieren, Knochenmasse erhalten
- Beweglichkeit erhalten und verbessern
- Rumpfmuskulatur stärken
- Wirbelsäule stabilisieren und entlasten
- Gleichgewicht und Haltung verbessern
- Körperwahrnehmung verbessern
- Sturzrisiko senken
- Schmerzen reduzieren

Nachfolgend einige Trainingshinweise:

- Zum Aufbau von Knochenmasse ist eine **Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining** empfehlenswert. Gezielte Kräftigungsübungen rund um die Skelettabschnitte, die besonders gefährdet sind (Wirbelkörper, Handgelenk, Oberschenkelhals und gelenknahe Abschnitte des Oberschenkels), sind besonders effektiv.
- Das Training sollte **auf das Leistungsvermögen abgestimmt** sein, damit Überlastungen vermieden werden. Wer neu mit Sport anfängt, sollte sich vorher vom Arzt untersuchen lassen, der dann ein individuelles Trainingspensum empfehlen kann.
- **Aktivitäten im Freien** sind besonders empfehlenswert, da die Haut unter der Sonneneinstrahlung Vitamin D produzieren kann, was wichtig für den Knochenstoffwechsel ist.
- Es kommt besonders auf die **Regelmäßigkeit** des Trainings an, da die Knochen- substanz bei längeren Trainingspausen auch schnell wieder abnimmt. Etwa 3–4 Einheiten mit 30–60 Minuten pro Woche sind optimal.
- Auch im **hohen Alter** oder bei **geringer Belastbarkeit** kann man seine Knochen stärken. Kräftigungsübungen und Gymnastik sind auch im Sitzen möglich und bringen einen spürbaren Leistungszuwachs.
- Bei einer **bestehenden Osteoporose** ist Sport Bestandteil des Behandlungsplans. Es gibt viele speziell auf die Bedürfnisse von Osteoporose-Patienten abgestimmte Trainingsangebote.

Reha-Sport und Funktionstraining

Bei Osteoporose übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Reha-Sport und Funktionstraining.

- **Reha-Sport** ist ein allgemeineres Angebot, das bei Osteoporose vor allem auf Stärkung von Kraft und Beweglichkeit abzielt. Reha-Sport kann vielerlei Sportarten umfassen.
- **Funktionstraining** richtet sich ganz gezielt auf bestimmte körperliche Funktionen.

Beides findet in Gruppen statt und muss vom Arzt verordnet werden, Näheres siehe S. 48.

Reha-Sport und Funktionstraining können aber auch Teil von ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Maßnahmen (siehe S. 45) sein.

Adressen von Anbietern von Reha-Sport und Funktionstraining bei Osteoporose bekommen Sie

- von Ihrer Krankenkasse.
- beim Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.:
Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf, Telefon 0211 301314-0,
info@osteoporose-deutschland.de, www.osteoporose-deutschland.de.
- beim Deutschen Behindertensportverband: Rehabilitationssportgruppen nach Bundesland unter www.dbs-npc.de > *Schnellzugriff* > *Rehasportgruppen*.

Physiotherapie und Ergotherapie bei Osteoporose

Während beim Reha-Sport und Funktionstraining immer in Gruppen geübt wird, sind Physiotherapie und Ergotherapie gezieltes Einzeltraining. Auch sie müssen vom Arzt verordnet werden und das geschieht erst, wenn die Osteoporose bereits körperliche Auswirkungen zeigt. Deshalb liegt der Schwerpunkt oft auf dem Training von Alltagsfähigkeiten und Beweglichkeit.

Die Ziele sind individuell auf den Gesundheitszustand des Patienten ausgerichtet. Physiotherapie und Ergotherapie findet in entsprechenden Praxen oder im Rahmen von Reha-Maßnahmen statt.

Bei schwer kranken Patienten kommen Therapeuten auch vor Ort. Diese Hausbesuche müssen aber auf dem Rezept verordnet werden, Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Heilmittel > Therapiebesuch zu Hause“*.

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

-Brutto

Factor

Summe

Vers

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie, müssen Patienten ab 18 Jahren Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Osteoporose eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten der sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist ein festgelegter Höchstbetrag eines Arzneimittels, den die Krankenkasse erstattet. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, müssen Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

Zusätzlich müssen Versicherte die Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlen Versicherte also neben der anfallenden Zuzahlung ggf. auch Mehrkosten für ein Arzneimittel.

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

Praxistipps!



- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z. B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

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

Hilfsmittel

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

Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels, siehe auch S. 84.

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

Für einige Hilfsmittel, z. B. Einlagen, gibt es auch **Festbeträge** als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden. Informationen und Hinweise zu den Festbeträgen können unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Festbeträge* nachgelesen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

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

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

Zuzahlung ambulant (zu Hause): 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Haushaltshilfe

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.
Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.
Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Erreichen der Belastungsgrenze

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

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

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

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

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

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis S. 25.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe oben) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.111 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.074 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.952 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

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

Bei getrenntlebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.111 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 17.904 € (2 x 8.952 €)

ergibt: 5.985 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 119,70 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 119,70 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MdE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm (siehe S. 11) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

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

Vorsorge

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

Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs 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 (z. B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z. B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

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 > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* heruntergeladen werden.

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, können Sie 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.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) sowie von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat /6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Die zuständige Krankenkasse.





Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

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

Entgeltfortzahlung

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

Voraussetzungen

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

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

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

Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgeber. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung, dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.
Arbeitgeber können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht schon an diesem Tag ein Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 32.
- 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 die beschäftigte Person mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe der Entgeltfortzahlung

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

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

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

Wenn ein Betrieb eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse der versicherten Person Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Betrieb.

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

 Wer hilft weiter?

Krankengeld

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

Voraussetzungen

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

Weitere Voraussetzungen sind:

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

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 51) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)

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

Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. 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.

Selbstständige können keine Entgeltfortzahlung erhalten, weil sie nicht abhängig beschäftigt sind. Trotzdem erhalten sie Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, im Normalfall aber erst ab der 7. Krankheitswoche. Möchten Selbstständige, dass der Krankengeldanspruch schon früher greift, können sie einen entsprechenden Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbaren. Die Beiträge erhöhen sich dann entsprechend.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 29).

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.

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich sofort um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 116,38 € täglich.

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

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

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

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

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

Berechnung in besonderen Fällen

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2023 ein Betrag von 166,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 59.850 € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 116,38 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,125% bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,30% bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Hinweis: Der Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung ändert sich voraussichtlich zum 01.07.2023 aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom April 2022. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung.“

Berechnungsbeispiel

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

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 12,125%
(Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,45 €

Herr Maier erhält also 47,45 € Krankengeld täglich. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt sind es 47,45 € x 30, also 1.423,50 €, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 32) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

Ruhen des Anspruchs

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

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

Der Anspruch auf Krankengeld ruht z. B.:

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der der Arbeitnehmer dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.

Ausschluss des Krankengelds

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

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!



- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
 - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
 - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 39.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

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

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

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

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

Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Hinweis: Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt nicht bei Arbeitslosigkeit, d. h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 01.01.2024 geplant.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld **kein** Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung, siehe unten.

Höhe des Krankengelds

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Wer vor der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bekommen hat, bekommt Krankengeld, das nach dem Verdienst vor der Kurzarbeit berechnet wird.

Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 37) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 53) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet.

Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

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

Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Beim Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende liegt Arbeitsunfähigkeit vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres unter Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit auf S. 57.

Bezug von Krankengeld bei Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende

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

Wer hilft weiter? 

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

Rehabilitation

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

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

Allgemeines zur Reha

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

Überblick über Reha-Bereiche

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

Reha umfasst 5 große Bereiche:

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

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

Krankenkassen

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

Rentenversicherungsträger

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

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

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

Eingliederungshilfe-Träger

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

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

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

Unfallversicherungsträger

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

Sicherung des Lebensunterhalts

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

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

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.

Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist.

Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss:

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragseingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche.

Ausnahmen:

- Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
- **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**

- Unverzügliche Beauftragung des Gutachtens vom leistenden Reha-Träger
- Gutachten muss **2 Wochen nach Auftragserteilung** vorliegen
- Entscheidung über den Antrag muss **2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** getroffen sein

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

Praxistipp!



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

- **Ein Gerichtsverfahren:**

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

- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**

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

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

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

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

Ambulante und stationäre medizinische Reha

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

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

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

Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.





- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson, die z. B. einen nahen Angehörigen pflegt, stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 01.01.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Allgemeine Voraussetzungen

- Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen
- Ärztliche Verordnung
- Vorherige Genehmigung durch den Kostenträger

Dauer

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

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

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

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
 - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
 - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
 - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
 - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.359 €** 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 Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, oder
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“* informieren.

- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.



Anschlussrehabilitation

Anschlussrehabilitation, auch Anschlussheilbehandlung genannt, abgekürzt AHB, ist eine medizinische Reha, die direkt oder mit nur kurzer Pause (in der Regel max. 14 Tage) an eine Krankenhausbehandlung anschließt und stationär oder ambulant erbracht werden kann.

Zuständig für die Finanzierung können alle Kostenträger sein, die medizinische Rehabilitation leisten. Für AHB als Leistung gesetzlicher Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger gelten unter bestimmten Voraussetzungen günstigere, zeitlich begrenzte Regeln zur Zuzahlung. Bei bestimmten Erkrankungen sind beschleunigte Verfahren für die Bewilligung von AHB möglich, sodass die Reha zeitnah beginnen kann.

Ausführliche Informationen zu Kostenträgern, Voraussetzungen und dem AHB-Schnellverfahren unter: www.betanet.de >

Suchbegriff: „Anschlussrehabilitation - Anschlussheilbehandlung“.

Reha-Sport und Funktionstraining

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

Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

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

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden.

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

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

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

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann.

Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

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

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:
Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 29)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme:
Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 38)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:
Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 52) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 51). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

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

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

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

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha.

Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende Reha-Leistungen sind möglich:

- **Lohnersatzleistungen**, z. B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- **Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:**
Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- **Reha-Sport und Funktionstraining** (siehe S. 48):
 - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
 - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- **Reisekosten:** Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- **Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:** Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- **Schulungen:** Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige, z. B. von Menschen, die auf Dialyse angewiesen sind
- **Sozialmedizinische Nachsorge:** für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- **Kraftfahrzeughilfe**
- **Wohnungshilfe**
- **Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha**, z. B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- **Sonstige Leistungen**, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z. B. Langzeittraining bei Rheuma, Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Menschen mit Osteoporose sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z. B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist.

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

Definition „Erwerbsminderung“

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Reha wiederhergestellt werden kann. Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine Aussicht auf Besserung, prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

Voraussetzungen

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

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

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 35.647,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

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

Praxistipp!



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

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

Die Rentenversicherungsträger vermitteln Beratungsstellen vor Ort. Sie erteilen Auskünfte und nehmen individuelle Rentenberechnungen vor.



Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
und
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrenntlebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt
und
- es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

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



Das Sozialamt darf Ihnen die Sozialhilfe nicht mit Verweis auf einen möglichen Anspruch auf Wohngeld verweigern. Sollte es das trotzdem tun, verweisen Sie auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.7.2021, Az: B 8 SO 2/20 R. Sie finden es unter www.bsg.bund.de > Suchbegriff: B 8 SO 2/20 R > Entscheidung 23.03.2021 und können dem Sozialamt einen Ausdruck der Entscheidung mitbringen. Für Bewilligungszeiträume, die den 31.12.2022 einschließen oder in der Zeit vom 01.01.2023 bis 30.06.2023 begonnen haben, können Sie außerdem mit der Übergangsregelung des § 131 SGB XII argumentieren.

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze für	Höhe
z. B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	502 €
z. B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	451 €
Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	402 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	420 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	348 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	318 €

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z. B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z. B. für Menschen mit Behinderungen oder bei kostenaufwendiger Ernährung
- Einmalige Leistungen, z. B. für die Erstausrüstung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z. B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist **unbefristet**, das heißt er besteht, so lange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

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

Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit

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

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

Weitere Informationen zum Bürgergeld, z. B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 56) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Wer hilft weiter? 

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Behinderung

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

Definition „Behinderung“

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

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

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

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

Gleichstellung

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

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

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

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

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

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

Grad der Behinderung bei Osteoporose

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

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

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

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

Bei der Bemessung des GdS bzw. GdB geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen.

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

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

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

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

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

Gültigkeitsdauer

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

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

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Merkzeichen

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

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

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

Nachteilsausgleiche

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

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

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 95.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird bei Ihnen auf Antrag unter folgenden Voraussetzungen ein Mehrbedarf von 17 % des Regelsatzes wegen Gehbehinderung berücksichtigt:
 - Volle Erwerbsminderung und
 - Merkzeichen G oder aG

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

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





***Häusliche
Krankenpflege***

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege wird von der Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung gewährt. Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte, wenn sie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen oder auch um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden. Sie umfasst die notwendige Behandlungspflege und je nach Bedarf auch Grundpflege und haushaltsnahe Versorgung, eine Zuzahlung ist vorgesehen.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung (siehe S. 71).

Voraussetzungen

Unter bestimmten Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. In der Regel ist die Krankenversicherung der Kostenträger. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

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

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt.

Ort der Pflege

Die häusliche Krankenpflege wird an geeigneten Orten erbracht, an denen sich die pflegebedürftige Person regelmäßig aufhält, z. B.

- im Haushalt des Patienten oder seiner Familie
- in betreuten Wohnformen, z. B. Wohngemeinschaften
- in Werkstätten für behinderte Menschen
- in teilstationären Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI vorliegt und die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen notwendig ist
- in Einrichtungen der Kurzzeitpflege

Dauer

Die **Krankenhausvermeidungspflege** ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den Medizinischen Dienst) auch länger.

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

Leistungsinhalte

Behandlungspflege sind medizinische Hilfeleistungen, z. B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen des Blutdrucks oder der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen

oder

verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle. Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

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

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

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist die ärztliche Verordnung auf dem Verordnungsbogen Muster 12. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

Verordnung

Verordnet wird die häusliche Krankenpflege in der Regel durch die hausärztliche Praxis. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt kann häusliche Krankenpflege vom Krankenhaus für längstens 7 Tage nach dem stationären Aufenthalt verordnet werden. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

Verordnungsfähige Maßnahmen durch Pflegekräfte

Seit 21.07.2022 dürfen qualifizierte Pflegekräfte bei Maßnahmen der Behandlungspflege eigenständig entscheiden (sog. Häusliche Krankenpflege Blankoverordnung), wie lange und wie oft diese erfolgen sollen, wenn dazu keine Vorgaben auf der ärztlichen Verordnung gemacht wurden. Solche Maßnahmen sind z. B. Anleitung bei der Pflege, Absaugen, Versorgung von Wunden, Kompressionsverbände, Stomabehandlung usw.

Die Voraussetzungen dafür sind:

- Mind. 3-jährige Ausbildung **und** einschlägige Berufserfahrung der Pflegefachkraft
- Das Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie mit den Empfehlungen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit muss von der Pflegekraft berücksichtigt werden
- Regelmäßiger Austausch zwischen behandelndem Arzt und der Pflegekraft
- Pflegefachkraft muss sich persönlich ein Bild vom Gesundheitszustand des Patienten machen und in der Dokumentation festhalten
- Nach spätestens 3 Monaten nach einer HKP-Blankoverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden

Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Geburtstag zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe ab S. 21.

Leistungserbringer

In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch ambulante Pflegedienste, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse der versicherten Person ab.

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

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

Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege der Krankenkassen eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien > Häusliche Krankenpflege-Richtlinie* heruntergeladen werden.

Pflege

Bei Osteoporose führen Stürze häufig zu Knochenbrüchen. Diese können so schwerwiegend sein, dass es zu schweren Behinderungen, Bettlägerigkeit und somit Pflegebedürftigkeit kommen kann. Wer Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen will, muss einen Antrag bei der Pflegekasse stellen.

Pflegebedürftigkeit

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

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

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

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf, siehe S. 65.

Vorversicherungszeit

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

Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss bei erstmaligem Pflegeantrag einer versicherten Person eine kostenlose Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt anbieten.

Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

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

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

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

Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de >
Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“.

Ermittlung des Pflegegrads

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

Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle **Belege aufzubewahren**.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund der Krankenkassen (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien / Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 100 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.
- Der betaCare-Ratgeber "Pflegecheck - Vorbereitung auf den Begutachtungstermin" beinhaltet grundlegende Informationen zur Vorbereitung auf den Begutachtungstermin und kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Leistungen bei häuslicher Pflege

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

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 und 901 € monatlich**, es muss beantragt werden und ist steuerfrei. Ab 01.01.2024 erhöht sich das Pflegegeld um 5%.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 bis 2.095 € monatlich**. Ab 01.01.2024 erhöht sich die Pflegesachleistung um 5%.

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Voraussetzungen sind, dass Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**.

Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 74) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege (siehe S. 74) möglich.

Pflegekurse

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

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.

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

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

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen.

Aber auch Freunde oder Nachbarn haben grundsätzlich die Möglichkeit als Privatperson eine Zulassung für die Abrechnung eines Alltagsunterstützungsangebotes zu bekommen. Je nach Bundesland existieren ganz unterschiedliche Qualifizierungskriterien.

Bei der Pflegekasse gibt es die notwendigen Informationen dazu.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der **Wohnumfeldverbesserung** haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z. B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt **maximal 4.000 € je Maßnahme** und insgesamt bis zu 16.000 €, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von jeweils 214 € monatlich. Der Zuschlag dient der Sicherstellung des Zusammenlebens in der Wohngruppe und wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für diese bezahlt.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

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

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

Tages- oder Nachtpflege

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

Dafür erhalten Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

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

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B. wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist) kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege bzw. Ersatzpflege, siehe S. 72) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

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

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige in Abhängigkeit der Verweildauer Zuschläge, ab 01.01.2024 werden diese erhöht. Nähere Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter www.beta.net.de > Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“.

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20. Dezember 2022 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.



Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit einer angehörigen Person können Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um die 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. Ab 01.01.2024 kann das Pflegeunterstützungsgeld und damit die Freistellung in **jedem** Kalenderjahr für 10 Arbeitstage in Anspruch genommen werden. Bisher war es je pflegebedürftiger Person eine einmalige Leistung.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

Praxistipps!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Pflegekasse.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

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

Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

- **Unfallversicherung**

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

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

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

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige gefunden werden.



STURZ- PROPHYLAXE



Sturzprophylaxe

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

Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen, was wiederum die Mobilität einschränkt und die Sturzgefahr weiter erhöht. Gleichzeitig gelten Stürze in der Vergangenheit als Risikofaktor für weitere Stürze. Man sollte also nach einem Sturz jede Möglichkeit nutzen, Stürzen vorzubeugen.

Sturzrisikofaktoren

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

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

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

Testverfahren zur Sturzgefahr

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

- Der **Chair-Rising-Test** gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden fünfmal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen.
- **Timed-Up-and-Go-Test:** Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen; er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt.

- **Mobilitätstest nach Tinetti:** Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden oberen Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die anhand verschiedener Kriterien bewertet werden, z. B.: Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z. B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.
- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** (auch Romberg-Versuch oder Romberg-Test genannt) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (auch Unterberger-Tretversuch genannt).

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

Praxistipp!

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

Empfehlungen zur Sturzvermeidung

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

Personenbezogene Maßnahmen zur Sturzvorbeugung

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

Folgende Bewegungsformen helfen dagegen:

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

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

- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel abklären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z. B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z. B. Hüftprotektoren verwenden.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D und Kalzium achten, Näheres unter Ernährung ab S. 14.
- Keine Tätigkeiten verrichten, bei denen man fallen kann: Fenster putzen, Vorhänge wechseln, hohe Regal- und Schrankfächer benutzen, auf Hocker, Stühle oder Leitern steigen.

Maßnahmen zur Sturzvorbeugung im Lebensumfeld

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

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

Um in Notfällen schnell Hilfe holen zu können, kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 90) installiert werden.

Praxistipps!



- Pflegebedürftige Menschen können für Umbaumaßnahmen bis zu 4.000 € bei der Pflegekasse beantragen, siehe „Wohnumfeldverbesserung“ ab S. 87.
- Die KfW-Gruppe legt regelmäßig Programme zum Immobilienkauf oder alten- oder behindertengerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de, oben Suchbegriff eingeben, z. B. „Umbau“ oder „Immobilie barrierefrei“.
- Die Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro pflegebedürftiger Person mit bis zu 2.500 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.000 €.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohnen im Alter“.

Hilfsmittel

Im fortgeschrittenen Stadium einer Osteoporose-Erkrankung können alltägliche Dinge wie Einkaufen, Hausarbeit, An- und Ausziehen zum Problem werden und ohne fremde Hilfe nur noch schwer durchführbar sein. Eine Reihe von Hilfsmitteln können die Mobilität und die Selbstständigkeit erhöhen.

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

Folgende Hilfsmittel können bei Osteoporose sinnvoll sein:

- **Hüftprotektoren** (Schutzpolster) werden zusammen mit sog. Hüftschutzhosen getragen. Dies sind spezielle Unterhosen, in deren Seitentaschen die Hüftprotektoren eingesteckt werden. Sie sollen Knochenbrüche bei einem Sturz verhindern.
- **Orthesen oder elastische Bandagen** stützen die Wirbelsäule, wirken Fehlhaltungen entgegen und können den Körper bei Schmerzen entlasten. Es gibt aktive und passive Orthesen. Die passive stützt und entlastet nur. Die aktive unterstützt eine aufrechtere Haltung und stärkt die Muskulatur.
- **Adaptionshilfen** wie z. B. Schuhanzieher, Strumpfanzieher, rutschfeste Unterlagen für den Tisch und Greifzangen.
- **Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags** wie z. B. spezielle Griffe im Bad, Toilettensitzerhöhung, Badewannenbrett, Duschstuhl und speziell angepasste Werkzeuge (Dosen- und Flaschenöffner, Besteck).
- **Geh-, Sitz- und Stehhilfen** wie z. B. Gehstöcke, Rollator, Keilkissen zum Aufrechtsitzen.
- **Hausnotrufsysteme** (siehe S. 90) ermöglichen pflegebedürftigen Menschen per Knopfdruck Hilfe anzufordern.

Kostenübernahme von Hilfsmitteln

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten von Hilfsmitteln mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel und/oder Heilmittel verordnen.

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

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Sanitäts- und Reha-fachgeschäfte, die einen Vertrag mit der Krankenkasse abgeschlossen haben.

Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Hilfsmittel bei einem Anbieter, der keinen Vertrag mit der Krankenkasse hat, muss er die Mehrkosten selbst tragen. Wer dies vermeiden möchte, sollte sich vorab die Vertragspartner von der Krankenkasse benennen lassen.

Festbeträge

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

Die Zuzahlung richtet sich nur nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel wird der Patient also dann Eigenanteil plus Zuzahlung leisten.

Zuzahlung

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

- **Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** können mehrmals von einem Versicherten oder im Wiedereinsatz von verschiedenen Versicherten verwendet werden, z. B. Rollstuhl, Beatmungsgerät, Absauggerät. Der Versicherte zahlt 10% des Abgabepreises zu, jedoch mindestens 5 und maximal 10 €.
- **Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z. B. Vorlagen bei Inkontinenz (Produktgruppe 15), saugende Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe (Produktgruppe 19). 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.

Gibt es für das Hilfsmittel einen **Festbetrag** (siehe oben), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem. Eine **Zuzahlungsbefreiung** (siehe S. 24) ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich.

- 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. Eine für Laien besser verständliche und nutzbare Übersicht bietet Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de.
- Sanitätshäuser oder z. B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über detailliertes und praxisnahes Wissen zu Hilfsmitteln und auch zu individuellen Sonderanfertigungen. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Pflegefachkräfte können seit 01.01.2022 Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel empfehlen, das ersetzt eine ärztliche Verordnung. Näheres unter „Empfehlung durch Pflegekräfte“, siehe S. 86.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, z. B. weil es nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Näheres unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.

Pflegehilfsmittel

Ist ein Patient mit Osteoporose pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 69), bezahlt die Pflegekasse bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise.

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

Kosten

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse, meist Sanitätshäuser oder Apotheken. Beziehen Versicherte auf eigenen Wunsch Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, müssen die Mehrkosten selbst getragen werden. Um dies zu vermeiden, sollten sich Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 83).

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.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen für technische Hilfen, z.B. Pflegebetten und Rollatoren, 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. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, müssen sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zahlen.

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 24).

Empfehlung durch Pflegekräfte

Pflegefachkräfte können seit 01.01.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

Die **Empfehlung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 2 Wochen** sein und wird von der pflegebedürftigen Person **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, **zusammen mit** dem formlosen, schriftlichen **Antrag** weitergeleitet. Vertragspartner können bei der Kranken- oder Pflegekasse vorab erfragt werden. In Ausnahmefällen kann der Antrag der pflegebedürftigen Person oder der Pflegefachkraft auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse weitergeleitet werden. Vor der Genehmigung prüft die Kranken- bzw. Pflegekasse zügig, spätestens innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die Richtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft und die Wirtschaftlichkeit.

Empfohlen werden dürfen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 04, 18, 19, 20, 22, 33 und 50–54 sowie Zubehör zum Basisprodukt des empfehlungsfähigen Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels aus dem Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands. Die detaillierte Auflistung der Produktgruppen bildet Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“, Download unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Richtlinien und Empfehlungen* > *Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte*.

In dieser Richtlinie wurden auch die Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen konkretisiert. Der Anhang der Richtlinie beschreibt den Ablauf des Antragsverfahrens und enthält ein Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft.

Wohnumfeldverbesserung

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

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

Voraussetzungen

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

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

Des Weiteren muss es sich um Maßnahmen **in der Wohnung** der pflegebedürftigen Person handeln oder um Maßnahmen **in dem Haushalt**, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen und gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld der pflegebedürftigen Person verbessern, zusammen als **eine Maßnahme** betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können in Ausnahmefällen weitere Maßnahmen beantragt werden.

Begutachtung

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

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

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

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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

Antrag

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

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

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

- Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen** über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden.
Weitere Informationen unter www.betanet.de >
Suchbegriff: „Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“.
 - Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf 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 > *Suchbegriff: „159“.*
 - Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei **KfW-Wohneigentumsprogrammen** für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > *Suchbegriff „124“* für selbst genutztes Wohneigentum oder *Suchbegriff: „134“* für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen.
 - Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das **Einverständnis des Vermieters** eingeholt werden.
-
- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kann die Beratung auch in der Wohnung der pflegebedürftigen Person stattfinden, um vor Ort zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.
Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.
 - Der Verein Barrierefrei Leben e.V. informiert über Ansprechpartner und Adressen nach Bundesländern sortiert unter www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen > Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren > Wohnberatungsstellen.*



Hausnotrufsysteme

Bei Patienten mit Osteoporose besteht eine erhöhte Gefahr, dass sie sich bei einem Sturz verletzen. Hier kann ein Hausnotrufsystem sinnvoll sein, denn das ermöglicht Betroffenen bei Hilflosigkeit schnell Unterstützung zu erhalten. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Hausnotrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden.

Funktionsweise

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

Folgende Zusatzfunktionen sind möglich:

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen zu festgesetzten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter der Hausnotrufzentrale nach, ob etwas passiert ist.
- Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z. B. im Keller oder im Garten.
- Als ein weiterreichendes (Haus-)Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern lassen.

Kosten

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

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

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1),
- allein oder überwiegend allein lebend,
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann,
- durch die aktuelle gesundheitliche Situation muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden.

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.

-
- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen gibt es im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52, unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Produktgruppe 52.
 - Es ist sinnvoll, mit dem behandelnden Arzt zu beraten, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.
 - Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel soziale Hilfsorganisationen, z. B.: Arbeiter-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz, Volkssolidarität.
 - Eine Vermittlung zu Anbietern vor Ort ist aber auch über ambulante Pflegedienste, Pflegekassen und Pflegestützpunkte möglich.

 **Praxistipps!**

 **Wer hilft weiter?**



Adressen

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

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)

Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Telefon 0211 301314-0 (Mo–Do von 7.30–16 Uhr, Fr von 7.30–13 Uhr)
Telefax 0211 301314-10
E-Mail: info@osteoporose-deutschland.de
www.osteoporose-deutschland.de

Netzwerk–Osteoporose e.V.

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

Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. (OSD)

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

Hypophosphatasie Deutschland e.V. (HPP)

c/o Gerald Brandt
Rottendorfer Straße 1, 97072 Würzburg
Telefon 07242 9534640
E-Mail: verwaltung@hpp-ev.de
www.hpp-ev.de

DVO Dachverband Osteologie e.V.

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

Deutsche Seniorenliga e.V.

Heilsbachstraße 32, 53123 Bonn
Telefon 0228 36793-0
E-Mail: info@deutsche-seniorenliga.de
www.dsl-osteoporose.de

International Osteoporosis Foundation

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

Anhang

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

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

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

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

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> 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)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	<ul style="list-style-type: none"> blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

G	GI	H	RF
erheblich gebehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG) Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV) Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	TBI
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	taubblind
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
			Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
			Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

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

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	–
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	–
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

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

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: Janina Del Giudice

Redaktionsteam: Claudia Gottstein, Maria Kästle, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2023

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist

ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere

für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung,

Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder

Datenverarbeitungsanlagen.

16. Auflage, Juni 2023

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

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

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

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

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

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

beta pharm