

Parkinson

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Parkinson ist nach dem englischen Arzt Dr. James Parkinson benannt, der die Krankheit 1817 als Erster beschrieben hat. Die Erkrankung wird wegen einem Teil der typischen Symptome auch als „Schüttellähmung“ bezeichnet.

Parkinson beginnt schleichend, deshalb ist es schwer die Zahl der Patienten zu schätzen. Etwa 250.000 bis 280.000 Menschen in Deutschland sollen betroffen sein, die meisten sind über 60 Jahre alt. Die steigende Lebenserwartung durch den medizinischen Fortschritt wird dazu führen, dass es bis zum Jahr 2030 schätzungsweise zu einer Verdopplung der Parkinson-Erkrankungen kommen wird.

Parkinson ist eine langsam fortschreitende Erkrankung, was für Patienten sehr belastend sein kann. Medikamente und Therapien können den Verlauf der Krankheit bremsen, doch die Betroffenen wissen, dass sie den Rest ihres Lebens mit den zunehmenden Symptomen und der Therapie leben müssen.

Dieser Ratgeber möchte Betroffene und Angehörige dabei unterstützen, mit den krankheitsbedingten Veränderungen umzugehen sowie geeignete Hilfe und Unterstützung aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zu erhalten.

Die Themenauswahl des Ratgebers richtet sich danach, welche Fragen erfahrungsgemäß bei Menschen mit Parkinson aufkommen und welche Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung häufig von Bedeutung sind.

Wir hoffen Sie damit in Ihrer oftmals schwierigen Situation unterstützen zu können.

Inhalt

Vorwort	2
Parkinson	5
Formen	5
Symptome	5
Behandlung	6
Psychische Beeinträchtigungen	8
Psychotherapie	8
Leben mit Parkinson	10
Angehörige und Freunde	10
Sport und Bewegung	11
Ernährung	12
Haut	13
Schlaf	14
Sexualität	14
Autofahren und Führerschein	15
Urlaub	16
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	18
Zuzahlungsregelungen	18
Zuzahlungsbefreiung	19
Sonderregelung für chronisch Kranke	22
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	24
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	24
Krankengeld	26
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	31
Rehabilitation	33
Überblick über Reha-Leistungen	33
Zuständigkeiten der Reha-Träger	33
Medizinische Rehabilitation	35
Ambulante Reha-Maßnahmen	37
Stationäre Reha-Maßnahmen	37
Reha-Antrag	38
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	39
Anschlussheilbehandlung	41
Stufenweise Wiedereingliederung	42
Berufliche Reha-Maßnahmen	43
Übergangsgeld	44
Reha-Sport und Funktionstraining	47
Haushaltshilfe	48
Behinderung	51
Definition	51

Grad der Behinderung _____	52
Schwerbehindertenausweis _____	53
Nachteilsausgleiche _____	54
Pflege _____	55
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	55
Pflegegrade _____	58
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse _____	59
Pflegeleistungen _____	59
Leistungen für pflegende Angehörige _____	63
Hilfsmittel _____	65
Hilfsmittel für die Hände _____	65
Hilfsmittel für das Gleichgewicht _____	65
Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität _____	65
Pflegehilfsmittel _____	68
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____	69
Erwerbsminderungsrente _____	69
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	72
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	74
Wohnen _____	75
Sturzprophylaxe _____	75
Wohnumfeldverbesserung _____	77
Hausnotrufsystem _____	78
Patientenvorsorge _____	80
Vorsorgevollmacht _____	80
Betreuungsverfügung _____	80
Patientenverfügung _____	81
Adressen _____	82
Impressum _____	83

Parkinson

Die Parkinson-Erkrankung, auch „Schüttellähmung“ genannt, hat ihren Namen von dem englischen Arzt Dr. James Parkinson, der die Krankheit 1817 als Erster beschrieben hat.

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

Parkinson ist eine langsam fortschreitende Erkrankung, die bisher nicht geheilt werden kann. Es gibt jedoch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die den Krankheitsverlauf bremsen können.

Formen

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

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

Symptome

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

- **Rigor:** erhöhter Muskeltonus, der zu einer Steifigkeit führt, die auch mit Schmerzen verbunden ist. Es kann auch zu ruckartigen Bewegungen kommen (sog. Zahnradphänomen).
- **Ruhetremor:** Zittern in körperlichem Ruhezustand. Typisch sind schnelle Bewegungen der Finger (sog. Münzen zählen).
- **Posturale Instabilität:** Störung der aufrechten Körperhaltung durch eingeschränkte Halte- und

Stellreflexe.

- **Bradykinese:** Bewegungsverlangsamung. In Kombination mit dem Rigor entsteht so eine typische Körperhaltung mit nach vorne geneigtem Kopf und Rumpf.

Neben den klassischen Symptomen treten oftmals folgende **Begleitsymptome** auf:

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

Behandlung

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

Medikamente

Medikamente können auf die Symptome der Krankheit und die damit verbundenen Beeinträchtigungen einwirken, indem sie den Dopaminmangel beheben. Das wirksamste Medikament ist L-Dopa (Abkürzung für Levodopa). Es sorgt dafür, dass Nervenzellen den Botenstoff Dopamin herstellen, den das Gehirn durch die Erkrankung immer weniger bildet. Unter den vielen weiteren Medikamenten, die bei Parkinson eingesetzt werden, sind Dopamin-Agonisten die wichtigsten. Diese Wirkstoffe ähneln chemisch dem Dopamin und wirken im Körper wie der fehlende Botenstoff. Sie werden in Kombination mit L-Dopa oder auch allein eingesetzt, insbesondere am Anfang der Therapie und bei Patienten unter 70 Jahren.

Tiefe Hirnstimulation

Die Tiefe Hirnstimulation (THS), umgangssprachlich als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet, ist eine operative Behandlungsmethode, die in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Sie ist ein etabliertes Therapie-Verfahren bei Parkinson, vor allem bei Patienten unter 70 Jahren. Bei der Tiefen Hirnstimulation werden Elektroden in die symptomverursachende, überaktive Hirnregion (Basalganglien) implantiert. Unter der Haut wird ein Impulsgeber eingesetzt, der elektrische Impulse an das Gehirn sendet und dadurch die Basalganglien gezielt hemmt. Die Hirnstimulation verbessert in der Regel die Hauptsymptome von Parkinson. Die Begleitsymptome müssen zusätzlich behandelt werden.

Behandlung der Bewegungseinschränkungen

Parkinson beeinträchtigt vor allem Bewegungsfunktionen, z.B. die Körperhaltung, das Gehen und die Feinmotorik. Abhängig von den individuellen Symptomen helfen bestimmte Übungen, die Bewegungsfähigkeit wiederherzustellen und so lange wie möglich zu erhalten.

- **Physiotherapie:** Physiotherapeuten vermitteln Übungen für die Beweglichkeit, um der zuneh-

menden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Besondere Schwerpunkte sind Gangtraining, Gleichgewichtsübungen, Verbesserung der Bewegungsinitiierung und -ausführung sowie die Prävention von Stürzen (siehe S. 75). Neben individuellen Trainingsverfahren kann der Physiotherapeut auch bei der Auswahl und dem Gebrauch geeigneter Hilfsmittel (siehe S. 65) behilflich sein.

- **Ergotherapie:** Ergotherapeuten unterstützen Patienten bei der Durchführung von Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Sie trainieren u.a. die Feinmotorik, z.B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und die Selbstständigkeit der Betroffenen. Auch kognitive Ansätze zur Verbesserung spezifischer Alltagsfunktionen sind Teil der Ergotherapie.
- **Logopädie:** Im Verlauf der Erkrankung können zunehmend Probleme mit dem Sprechen auftreten, weil die Sprechmuskulatur betroffen ist. Dadurch kann die Sprache undeutlicher und oft auch leiser werden. Gezieltes logopädisches Training kann die Sprachprobleme bei Parkinson-Patienten effektiv behandeln. Logopäden helfen auch bei Schluckstörungen, die ebenfalls ein häufiges Symptom bei Parkinson sind.



Praxistipps!

- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die **Heilmittel**. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Der Patient muss in der Regel eine **Zuzahlung** leisten (Näheres auf S. 18).
- **Physiotherapeuten** vor Ort können beim Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. unter www.physio-deutschland.de > *Patienten & Interessierte* > *Patienteninformation* > *Physiotherapeutensuche* gefunden werden.
- **Ergotherapeuten** vermittelt der Deutsche Verband für Ergotherapeuten unter www.dve.info > *Ergotherapie* > *Infos für Patienten* > *Therapeutensuche*.
- **Logopäden** können beim Deutschen Bundesverband für Logopädie unter www.dbl-ev.de > *Service* > *Logopädensuche* gefunden werden.

Künstlerische Therapien

Zu den künstlerischen Therapien zählen u.a. die Musik-, Tanz-, Theater- und Kunsttherapie. Dabei handelt es sich um aktivierende Therapieformen, die die Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe und der Selbstständigkeit im Alltag zum Ziel haben.

Neben der Förderung von Körperfunktionen (z.B. der Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch Tanztherapie und musikgestütztes Gangtraining) können künstlerische Therapien auch Begleitsymptome wie eine depressive Stimmungslage, Angst, Interessenverlust und kognitive Einschränkungen lindern. Die Therapien sollen auch die Selbst- und Körperwahrnehmung sowie das Selbstwertgefühl stärken und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven unterstützen.

Psychische Beeinträchtigungen

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

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

Psychotherapie

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

Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der Patient kann eigenständig einen Termin bei einem Psychotherapeuten ausmachen. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Näheres unter „Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung“ auf S. 9.

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

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Klärung, welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen. Voraussetzung für eine weitere Therapie ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer. Hinweise zur Therapeutensuche auf S. 9.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Eine psychotherapeutische Akutbehandlung findet im Anschluss an eine Sprechstunde (siehe oben) statt. Ziel ist, den Patienten mit seinen akuten Anliegen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen gegebenenfalls einbezogen werden. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist,

müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 9) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Probatorische Sitzungen

Hat man einen Therapeuten mit freien Kapazitäten gefunden, werden zunächst 2–4 Probestunden vereinbart. Diese sog. probatorischen Sitzungen dienen dazu, sich gegenseitig kennenzulernen und zu schauen, ob man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann. Erst dann wird ein Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt.

Therapeutensuche

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

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen:** Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter www.kbv.de > *Die KBV* > *Wer wir sind* > *Kassenärztliche Vereinigungen* stehen die Internetadressen der KVen. Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen:** Unter www.kbv.de > *Service* > *Service für Patienten* > *Arztsuche* können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestellen der KV:** Die Terminservicestellen sind verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Einen Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle kann unter www.bundesgesundheitsministerium.de > *Themen* > *Krankenversicherung* > *Arzttermine finden* gefunden werden.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:** Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter www.bptk.de > *Psychotherapeutensuche* (rechte Seite).
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst:** Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter www.psychotherapiesuche.de oder Telefon: 030 209166330.

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie*.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung:** Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung, genehmigen. Die Krankenkasse prüft dann, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten.

Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Es kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten* > *Faltblätter & Broschüren* > *Kostenerstattung* heruntergeladen werden.

Leben mit Parkinson

Angehörige und Freunde

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

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

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

Umgekehrt sollten Freunde und Familie den Patienten zu all diesen Verhaltensweisen ermutigen und ihn dabei unterstützen.

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

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

Informationen

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

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

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



Praxistipps!

- Über den Bundesverband der Deutschen Parkinson Vereinigung können unter www.parkinson-vereinigung.de > Regionalgruppensuche Adressen von Selbsthilfegruppen in der Nähe

gefunden werden. Die Vereinigung vermittelt auch Adressen für spezielle Schulungsprogramme vor Ort.

- Ausführliche Informationen für interessierte Patienten und Angehörige bietet die medizinische Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“. Sie kann unter www.awmf.org > Suchbegriff: „Parkinson-Syndrom, idiopathisch“ gefunden werden.

Sport und Bewegung

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

Betroffene können zu Hause, in Sportgruppen oder unter Anleitung von Physio- bzw. Ergotherapeuten trainieren und gezielte Übungen machen. Besonders gut geeignet sind Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern oder Nordic Walking, weil dabei Beweglichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Kraft, Körperhaltung und Koordination trainiert werden. Vereine oder Volkshochschulen bieten zum Teil spezielle Angebote. Eher vermieden werden sollten Sportarten, die mit einem hohen Sturzrisiko verbunden sind, z.B. durch schnelle Drehbewegungen. Näheres zur Vorbeugung von Stürzen auf S. 75.

Spezifische Übungen bei Parkinson

Gangbild

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

Freezing-Phänomene

Als Freezing-Phänomen wird das plötzliche Verharren in einer Bewegung bezeichnet. Folgende Verhaltenstipps können helfen, das „Einfrieren“ zu überwinden:

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

Mimik

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

Folgende Übungen können dabei helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:

- Stirn runzeln

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

Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

Entspannung

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

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

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

Ernährung

Grundsätzlich gilt: Jeder Mensch benötigt eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Parkinson-Patienten sollten zudem folgende Hinweise beachten:

Obstipation (Verstopfung)

Parkinson-Patienten leiden oft unter Obstipation und Völlegefühl. Ursache dafür ist eine verminderte Beweglichkeit der Magen-Darm-Muskulatur. Deswegen sollten Erkrankte auf eine ballaststoffreiche Ernährung achten, z.B. mit Getreide, Hülsenfrüchten, Obst und Gemüse. Zudem sollten sie viel trinken (mind. 2 bis 3 Liter am Tag, da Parkinson-Medikamente den Körper austrocknen lassen) und sich ausreichend bewegen.

Eine aktive Magen-Darm-Muskulatur fördert zudem die Aufnahme des Medikaments L-Dopa.

Alkohol

Alkohol ist bei Parkinson sehr individuell zu betrachten. Bei manchen Patienten reduziert Alkohol das Zittern. Dennoch sollte er nicht als Selbsttherapie eingesetzt werden, da dies zur Abhängigkeit führen kann.

Alkohol führt auch bei gesunden Menschen zu verlangsamten Reaktionen, schlechterer Koordination und undeutlicher Sprache. Parkinson-Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung bereits solche Symptome haben, sollten Alkohol besser meiden.

Kaffee, Tee

Wenn Kaffee, Tee oder andere anregende Getränke das Zittern verstärken, sollten sie nicht mehr konsumiert werden.

Einnahme von L-Dopa

L-Dopa wirkt auf nüchternen Magen besser und sollte mindestens 30 Minuten vor dem Essen eingenommen werden. Eiweiß verringert die Aufnahme von L-Dopa in den Körper. Bei hoher Dosierung von L-Dopa sollte der Eiweißgehalt der Nahrung reduziert oder eiweißreiche Kost zeitlich versetzt zur Medikamenteneinnahme gegessen werden. L-Dopa sollte eine halbe bis eine Stunde vor oder eineinhalb Stunden nach eiweißhaltiger Nahrung eingenommen werden. Eine eiweißarme Diät kann die Wirkung von L-Dopa erhöhen.

Wenn L-Dopa Übelkeit verursacht, kann es helfen bei der Medikamenteneinnahme ein Stück trockenes Brot zu essen. Gegen extreme Übelkeit kann der Arzt zusätzliche Medikamente verordnen.

Dysphagie (Schluckbeschwerden)

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

Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden:

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



Praxistipp!

Bei Patienten mit Dysphagie kann eine Logopädie dazu beitragen, den normalen Schluckablauf wiederherzustellen oder zu verbessern, Näheres auf S. 7.

Haut

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

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

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

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

Schlaf

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

Folgende Hinweise können helfen, einen gesunden Schlafrhythmus zu entwickeln:

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

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

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



Praxistipp!

Es gibt spezielle Matratzen für Parkinson-Patienten, die sich den Bewegungsabläufen des Körpers besser anpassen. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob diese ein solches „Bewegungsbett“ finanziert.



Wer hilft weiter?

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) bietet unter www.dgsm.de viele Informationen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen und führt eine Adressliste mit Schlaflaboren und Selbsthilfegruppen.

Sexualität

Parkinson kann zu Veränderungen des sexuellen Empfindens führen. Auch einige Medikamente können Probleme bei der Sexualität hervorrufen.

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

Auch Scham oder Versagensängste können das Sexualleben stark belasten. Die Bewegungseinschrän-

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

Autofahren und Führerschein

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

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

Fahrerlaubnis bei Parkinson

Die Begutachtungsrichtlinien der Bundesanstalt für Straßenwesen weisen darauf hin, dass Parkinson-Patienten ein Kfz dann nicht sicher führen können, wenn aufgrund des individuellen körperlichen oder geistigen Zustands eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist.

In dieser Richtlinie ist ebenso festgelegt, dass die Fähigkeit, ein Kfz sicher zu führen, nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichten Fällen der Erkrankung gegeben ist.

Deshalb sind Ärzte verpflichtet, Patienten über die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren. Verhält sich ein Patient trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt unvernünftig, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörde oder Polizei zu benachrichtigen.

Die Begutachtungsrichtlinien können unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* eingesehen werden. Die speziellen Bestimmungen für die Fahrtauglichkeit bei Parkinson sind in Kapitel 3.9.3 aufgeführt.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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



Praxistipp!

Patienten können ihre Fahrtauglichkeit anhand einiger Fragen selbst überprüfen, z.B.:

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

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Das Gutachten sollte nicht vom behandelnden Arzt, sondern einem anderen Facharzt erstellt werden.

Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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



Wer hilft weiter?

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

Urlaub

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

Folgendes ist für einen erholsamen Urlaub zu beachten:

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

Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhandenkommen.

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

Krankenversicherungsschutz im Ausland

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

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

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



Praxistipps!

- Ab etwa 10 € im Jahr kann bereits eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** abgeschlossen werden. Anbieter sind z.B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.
- Parkinson-Patienten sollten als Informationshinweis einen **Notfallausweis** anfertigen, der im Notfall auf die Einnahme von L-Dopa hinweist. Im Internet können verschiedene Vordrucke dafür gefunden werden, z.B. unter www.parkinson-leverkusen-opladen.de > *Parkinson Notfallausweis*.



Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Zur Behandlung von Parkinson sind häufig verschiedene medizinische Leistungen erforderlich, z.B. regelmäßige Arztbesuche oder Medikamente. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

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

Verbandmittel

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

Heilmittel

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

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z.B. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, Krücken oder Rollstühle). Näheres zu Hilfsmitteln auf S. 65.

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 48).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errech-

net sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige des Versicherten sind:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

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

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.607 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.738 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.620 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.810 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.620 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

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

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 101,76 €, bei chronisch Kranken 50,88 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

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

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

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.607 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.240 € (2 x 7.620 €)

davon 2 % = Belastungsgrenze: 183,06 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 183,06 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

➔ Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Parkinson-Patienten sind auf regelmäßige Besuche beim Neurologen sowie die Einnahme von Medikamenten angewiesen. Um chronisch kranke Patienten in Dauerbehandlung zu entlasten, gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

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

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am **allgemeinen Gesundheitscheck** zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

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

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

Richtlinie

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



Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

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

Zweifel am Krankenstand

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

Dauer

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

Höhe

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

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

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



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 74) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht unter: 030 221911004, Mo-Do von 8-20 Uhr.

Krankengeld

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

Voraussetzungen

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer **nicht**.

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 44).
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 24).

Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach der letzten Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag ein Arzt aufzusuchen.

Hinweis: Es tritt voraussichtlich am 1.5.2019 eine Gesetzesänderung in Kraft, wonach der Anspruch auf Krankengeld nicht verfällt, wenn die Folgebescheinigung innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 105,88 € täglich.

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

Krankengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Bemessungszeitraum

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

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

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2019 ein Betrag von 151,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 54.450 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 105,88 €** täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld I

gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,075 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,325 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,075 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €. Der Patient erhält also 47,48 € Krankengeld täglich.

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 69) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen

durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Parkinson-Patient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 31).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.



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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate

(= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.

- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 69), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 43) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 35) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend Übergangsgeld (siehe S. 44) gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählt z.B. die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 42).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 44), Haushaltshilfe (siehe S. 48), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

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

Kostenträger

Folgende Kostenträger können für die Reha-Leistungen bei Parkinson zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche

Leistungen erbringen.

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

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

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

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

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

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

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

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

unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.integrationsaemter.de > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, kann die unabhängige Teilhabeberatung helfen. Sie bietet Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Medizinische Rehabilitation

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

Voraussetzungen

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

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

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

Wartezeit

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

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

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

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

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. **Ausnahme:** Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter, pflegende Angehörige und bei Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 48) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre Medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt.

Reha-Antrag

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkasse eine Reha verordnen.

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“ verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

Bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen sollte der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründen. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherung) den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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



Praxistipps!

- Häufig lehnen die Kostenträger die Reha-Maßnahme zunächst ab. Daher lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Bei der Formulierung des Widerspruchs kann gegebenenfalls der behandelnde Arzt helfen. Gibt der Träger dem Widerspruch nicht statt, kann innerhalb eines Monats eine Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Weitere Informationen zu Widerspruch und Klage unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

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

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



Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de

gefunden werden.

- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht.*

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

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

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 24
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 26
- Verletztengeld von der Unfallversicherung (ähnelt dem Krankengeld der Krankenkasse)
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 44

Zuzahlungen

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 18.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.247 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2019 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.247 €	keine
ab 1.247 €	5 €
ab 1.370,60 €	6 €
ab 1.495,20 €	7 €
ab 1.619,80 €	8 €
ab 1.744,40 €	9 €
ab 1.869 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und gegebenenfalls weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Services* > *Broschüren & mehr* > *Rehabilitation – Broschüren* > *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger, in der Regel der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.
- Informationen über Zuständigkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung gibt die unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

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

Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (siehe unten) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen

- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven (hierunter fallen auch Patienten mit Parkinson)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Krankheit, die in der Indikationsliste für Anschlussheilbehandlungen aufgeführt ist (siehe oben).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.

- Patient muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Kliniken, die eine AHB anbieten, können unter www.kurklinikverzeichnis.de oder www.rehakliniken.de gefunden werden.



Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich, d.h. meist bei der Krankenkasse oder dem Rentenversicherungsträger.

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Betroffene noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Kostenträger

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

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Schwerbehinderte und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer (siehe S. 51) haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen **Anspruch** auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenwei-

sen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Sicherung

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

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



Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

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

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur Beruflichen Reha. Dies umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder

weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft.

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

Wichtig: Da vor allem ältere Menschen von Parkinson betroffen sind, kann es sein, dass ihnen die Kostenübernahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht mehr gewährt werden.

Wer hilft weiter?

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.

Übergangsgeld

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

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

Voraussetzungen

Bei beiden Kostenträgern gilt:

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

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

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

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

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

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

Arbeitslosigkeit

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

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden u.a. angerechnet:

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

Übergangsgeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Dauer

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe oben „Arbeitslosigkeit“).
- Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld für diesen Zeitraum.

Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

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

Zum **Reha-Sport** zählen Sport und sportliche Spiele, aber auch gezielte bewegungstherapeutische Übungen. Ziele sind die Stärkung von Ausdauer und Kraft, die Verbesserung von Koordination und Flexibilität, die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Eigenverantwortung, damit die Betroffenen motiviert sind, auch nach dem verordneten Reha-Sport regelmäßige Bewegung in ihren Alltag zu integrieren.

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

Funktionstraining ist immer organorientiert, d.h.: Es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder dem Verringern von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Funktionstraining umfasst vor allem Übungen aus Krankengymnastik und Ergotherapie und wird von Krankengymnasten/Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Funktionstraining gelten u.a. Trocken- und Wassergymnastik.

Voraussetzungen

Reha-Sport oder Funktionstraining wird als ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen vom zuständigen Träger übernommen:

- Ärztliche Verordnung bzw. Antragstellung durch den Arzt
- Bei der Krankenkasse ist z.B. die „Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56) von einem Arzt auszufüllen, der das Leiden und dessen Folgen behandelt. Sie soll enthalten:
 - Diagnose und gegebenenfalls Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit nehmen
 - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist
 - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten
 - Empfehlung zur Auswahl der geeigneten Sportart
- Durchführung in Gruppen
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung
- Antragstellung mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

Zuständigkeit

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

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

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

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

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

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



Wer hilft weiter?

Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

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

Krankenversicherung

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

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der

Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, kann die Haushaltshilfe seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Außerdem müssen die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation erfüllt sein.



Praxistipps!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

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

Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe, d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungs-

träger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

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

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Der zuständige Träger kann die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad erstatten.

Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

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

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 19).



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

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

Definition

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

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

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

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

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

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

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ eingesehen werden.

Beim Parkinson-Syndrom gibt es folgende Richtwerte:

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

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

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

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

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

Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- Bei **nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen** wird der Ausweis maximal bis zum Ablauf der Gültigkeit des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung ausgestellt.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen gibt es unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

Nachteilsausgleiche

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

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



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Pflege

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

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



Praxistipp!

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

Antrags- und Begutachtungsverfahren

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

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

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 56).

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

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



Praxistipps!

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

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages-

oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:** Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig:** Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernahmen von Teilleistungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation, auch während der Aktivität, kann notwendig sein.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

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

Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

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

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

Widerspruch

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

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

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MDK sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

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

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs kann eine **Klage beim Sozialgericht** erhoben werden. Dabei fallen keine Gerichtskosten an und es besteht keine Anwaltpflicht. Näheres unter www.betnat.de > *Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“*.



Praxistipp!

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuch kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse normalerweise innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung

und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung (siehe S. 77) 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 bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

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

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

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

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

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

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

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatz-

pflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.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* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Februar 2018 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, 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 zum/vom Pflegebedürftigen.
- **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 Pflegenden, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Praxistipps!

- 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.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

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



Praxistipp!

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

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

Hilfsmittel

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

Hilfsmittel für die Hände

Im Laufe der Parkinson-Erkrankung kommt es zu Einschränkungen der Beweglichkeit der Finger und Hände. Fehlende Kraft und Beweglichkeit können durch verschiedene Hilfsmittel oder besonders geformte Haushaltsgegenstände ausgeglichen werden:

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

Hilfsmittel für das Gleichgewicht

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

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

Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

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

- Ein Anti-Freezing-Stock hilft bei Bewegungshemmungen.
- Ein Dreirad gibt Mobilität, wenn Fahrradfahren zu unsicher wird.
- Gehhilfen bzw. Rollatoren geben höhere Sicherheit beim Gehen. Es gibt sie in einer Bandbreite von Gehgestellen über Gehwägen und Gehstützen bis hin zu Gehbarren. Die Ausführung sollte individuell nach den Bedürfnissen des Patienten ausgesucht werden:

- Benutzung im Innenbereich (Vollgummiräder), kombiniert für die Benutzung im Innen- und Außenbereich oder ohne Spezialisierung auf bestimmte Anwendungsorte.
- Zu beachten sind Stabilität, Beweglichkeit und Bremsausstattung.
- Die Bremsen müssen gut erreichbar sein. Jeder Bremszug sollte beidseitig wirken, da Parkinson-Patienten oft in einer Hand weniger Kraft haben.
- Mit separaten Feststellvorrichtungen („Parkbremse“) und Sitz eignet sich der Rollator bei Pausen auch zum Sitzen.
- Transportrollatoren sind eine Mischung aus Gehhilfe und rollendem Tablett.
- Rollstühle gibt es in ebenso zahlreichen Ausführungen wie Gehhilfen.

Wer hilft weiter?

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

Kosten

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

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

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

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

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

Festbeträge

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.

Zuzahlung

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

Gibt es für das Hilfsmittel einen Festbetrag (siehe S. 66), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

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

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

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

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich (Näheres auf S. 19).

Umfang

Die Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für

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

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

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



Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.



Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist in 33 Produktgruppen gegliedert. Es ist nicht abschließend, d.h.: Es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Apotheken, Sanitätshäuser oder z.B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über einen (Auszug aus dem) Hilfsmittelkatalog. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

Pflegehilfsmittel

Ist ein Parkinson-Patient pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 55), übernimmt die Pflegekasse die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Kosten

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

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 65).

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.

Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen für technische Hilfen, z.B. Rollatoren oder Hausnotrufgeräte (siehe S. 78), folgende Zuzahlung leisten:

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

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

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 19).



Praxistipps!

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

Den Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss der Patient an den Rentenversicherungsträger stellen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

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

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

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein. Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedin-

gungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

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

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

Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.

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

Höhe

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

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist. Die altersgrenzenabhängigen Abschläge müssen allerdings in Kauf genommen werden. Für jeden Monat, den Sie früher in Rente gehen, beträgt dieser 0,3 %, maximal jedoch 10,8 %.

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (siehe S. 72) beantragt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausbezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Selbstständigkeit

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

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

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

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe und sichert den Lebensunterhalt von Menschen mit Parkinson, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente), **oder** Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Höhe

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

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 424 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 382 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 339 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 322 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 302 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 245 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt le-

benden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).

- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden.
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

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

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

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

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.

Wer hilft weiter?

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberech-

tigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 72).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht.

Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

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

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



Praxistipp!

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

Wohnen

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

Sturzprophylaxe

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

Risikofaktoren

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

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

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

Sturzrisiko-Tests

Zur Einschätzung der Sturzgefahr wurden verschiedene Tests entwickelt:

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

nen maximal 28 Punkte erreicht werden, unter 20 Punkten besteht ein erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkten ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die unter verschiedenen Kriterien bewertet werden, z.B. Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z.B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.

- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** (Romberg-Versuch oder Romberg-Test) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (Unterberger-Tretversuch).

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

Sturzprophylaxe

Folgende Tipps helfen, Stürze zu vermeiden:

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel klären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z.B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen. Näheres auch unter Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 47.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten. Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z.B. Hüftprotektoren verwenden.

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 78) angeschafft werden.

Neben der Beseitigung von Gefahrenquellen im Alltag hilft vor allem ein regelmäßiges, körperliches Training, Stürze zu verhindern (näheres unter Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 47).

Wohnumfeldverbesserung

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

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 des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von einer Pflegeperson verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Die Maßnahmen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

Begutachtung

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

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

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

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

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 Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist in diesem Fall auf 16.000 € begrenzt und wird bei mehr als 4 Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.



Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII nicht überschritten werden.

- **Antrag:** Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst danach mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- 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“. Der Antrag muss gestellt werden, bevor die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > *Suchbegriff* „124“ für Wohneigentümergeinschaften oder *Suchbegriff:* „134“ für Genossenschaftsanteile.

Wer hilft weiter?

Viele Städte und Gemeinden haben sog. Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Der Verein Barrierefrei Leben e.V. hat auf seiner Seite Ansprechpartner und Adressen nach Bundesländern sortiert: www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen > Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren > Wohnberatungsstellen.*

Hausnotrufsystem

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

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). Benötigt wird ein Telefonanschluss, denn die Basisstation ist ein Telefonwahlgerät, in das die Rufnummer der Hausnotrufzentrale einprogrammiert wird. 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 Rettungsdienst oder Notarzt. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüssel hinterlegung an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

Zusatzfunktionen

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

- Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z.B. im Keller oder im Garten.
- Als ein weiterreichendes Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden und 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 €.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK meist einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren maximal 23 €. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.



Wer hilft weiter?

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



Praxistipps!

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

Patientenvorsorge

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

genheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 80) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge sowie alle notwendigen Formulare des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband

Moselstr. 31, 41464 Neuss
Telefon: 02131 740270
Fax: 02131 45445
E-Mail: bundesverband@parkinson-mail.de
www.parkinson-vereinigung.de

Kompetenznetz Parkinson

Struthweg 1, 35112 Fronhausen-Bellnhausen
Telefon: 06426 81959-42
Fax: 06426 81959-52
E-Mail: info@kompetenznetz-parkinson.de
www.kompetenznetz-parkinson.de

Deutsche Parkinson Hilfe e.V.

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

Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.

Reinhardtstr. 27 c, 10117 Berlin
Postanschrift: Prof. Dr. Rüdiger Hilker-Roggendorf
c/o Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Klinikum Vest
Dorstener Str. 151, 45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 563701
www.parkinson-gesellschaft.de

Jung und Parkinson - Die Selbsthilfe e.V.

Langenbachweg 6, 65520 Bad Camberg
E-Mail: info@jung-und-parkinson.de
www.jung-und-parkinson.de

Impressum

Herausgeber

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
www.betanet.de

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© ink drop – stock.adobe.com – ID 123568633

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2019

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.

10. vollständig überarbeitete Auflage, April 2019