

Schmerz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für Schmerzpatienten



Vorwort

Mehr als 3 Millionen Deutsche leiden unter chronischen Schmerzen. Zu den häufigsten Schmerzerkrankungen zählen Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Rheuma- und Arthroseschmerzen sowie Tumorschmerzen.

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

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

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona z.B. zu finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Chronische Schmerzen | 5 |
| Entstehung einer chronischen Schmerzstörung | 5 |
| Schmerzarten | 6 |
| Schmerz und Psyche | 8 |
| Schmerzdiagnostik | 9 |
| Schmerztherapie | 12 |
| Leben mit chronischen Schmerzen | 19 |
| Soziale Auswirkungen von chronischen Schmerzen | 19 |
| Ernährung bei Opioidanwendung | 21 |
| Sport und Bewegung | 22 |
| Autofahren bei Medikamenteneinnahme | 23 |
| Reisen | 24 |
| Schmerz und Arbeit | 26 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 27 |
| Zuzahlungsregelungen | 27 |
| Zuzahlungsbefreiung | 28 |
| Sonderregelung für chronisch Kranke | 31 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit | 33 |
| Entgeltfortzahlung | 33 |
| Krankengeld | 35 |
| Verletztengeld | 41 |
| Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit | 43 |
| Rehabilitation | 45 |
| Überblick über Reha-Leistungen | 45 |
| Kostenträger | 46 |
| Reha-Antrag | 48 |
| Medizinische Rehabilitation | 50 |
| Ambulante Reha-Maßnahmen | 50 |
| Stationäre Reha-Maßnahmen | 51 |
| Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen | 51 |
| Anschlussrehabilitation | 54 |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 56 |
| Berufliche Reha-Maßnahmen | 58 |
| Übergangsgeld | 60 |
| Reha-Sport und Funktionstraining | 61 |
| Haushaltshilfe | 64 |
| Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung | 65 |
| Erwerbsminderungsrente | 65 |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | 68 |
| Hilfe zum Lebensunterhalt | 70 |

| | |
|--|-----------|
| Behinderung | 71 |
| Definition | 71 |
| Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen | 72 |
| Schwerbehindertenausweis | 74 |
| Nachteilsausgleiche | 75 |
| Pflege | 77 |
| Pflegebedürftigkeit | 77 |
| Leistungen bei häuslicher Pflege | 78 |
| Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege | 80 |
| Leistungen für pflegende Angehörige | 81 |
| Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung | 82 |
| Patientenvorsorge | 83 |
| Vorsorgevollmacht | 83 |
| Betreuungsverfügung | 83 |
| Patientenverfügung | 84 |
| Adressen | 85 |
| Impressum | 87 |
| Anhang | 88 |

Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen nennt man Schmerzen, die länger bestehen und deren Ursache entweder nicht bekannt ist oder nicht therapiert werden kann. Es gibt verschiedene Schmerzarten. Diese haben unterschiedliche Ursachen und weisen verschiedene Symptome auf. Häufig liegen Mischformen dieser Schmerzarten vor.

Entstehung einer chronischen Schmerzstörung

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

Bleiben die Schmerzen jedoch über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen, können sie sich **chronifizieren**. Die Ursache des chronischen Schmerzes ist nicht auffindbar oder bekannt und nicht ursächlich therapierbar. Die Warnfunktion ist verloren gegangen. Der Schmerz wird zur eigenständigen Erkrankung, die als „**Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren**“ bezeichnet wird.

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

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

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

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, sollten **akute** Schmerzen ernst genommen und rechtzeitig behandelt werden. Sind die Schmerzen **chronisch**, sollte die Behandlung „multimodal“ erfolgen, Näheres siehe „Schmerztherapie“ ab S. 12.

Schmerzarten

Es gibt verschiedene Schmerzarten. Diese haben unterschiedliche Ursachen und weisen verschiedene Symptome auf. Häufig liegen Mischformen dieser Schmerzarten vor.

Nozizeptive Schmerzen

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

Nozizeptive Schmerzen werden unterteilt in somatische Schmerzen, wenn diese z.B. im Knochen, der Haut oder den Gelenken entstehen, und viszerale Schmerzen, wenn die Schmerzsignale aus den Eingeweiden kommen.

Somatische Schmerzen

Somatische Schmerzen werden abhängig vom Entstehungsort der gereizten Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren), in Oberflächen- und Tiefenschmerzen unterteilt:

- **Oberflächenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren der Haut und sind anfänglich meist stechend scharf, werden rasch schwächer und klingen häufig brennend und dumpf nach.
- **Tiefenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren der Muskeln, Gelenke, Knochen, Bänder oder des Bindegewebes und sind eher dumpf und schwer zu lokalisieren.

Zu den somatischen Schmerzen zählen z.B.:

- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Rheumaschmerzen
- Arthroseschmerzen
- Schmerzen nach Operationen
- Ischämieschmerzen (Schmerzen bei Durchblutungsstörungen)

Viszerale Schmerzen

Viszerale Schmerzen (Eingeweideschmerzen) entstehen, wenn innere Organe von Schmerzrezeptoren gereizt werden. Diese Schmerzart ist oft schwer zu lokalisieren und hat häufig einen drückenden oder ziehenden Charakter.

Zu den viszeralen Schmerzen zählen z.B.:

- Magen-/Darmschmerzen
- Schmerzen bei Nieren- oder Gallenkoliken
- Entzündungsschmerzen der Bauchspeicheldrüse

Da die Schmerzfasern der inneren Organe und die der Haut im Rückenmark in gemeinsamen Schmerzbahnen verlaufen, werden Schmerzen von inneren Organen häufig auch an den sog. „Head Zonen“ wahrgenommen. Dabei handelt es sich um Hautabschnitte, die in Verbindung mit bestimmten inneren Organen stehen. Beispielsweise verspüren manche Patienten nach einem Herzinfarkt Schmerzen im

linken Arm oder bei Erkrankungen der Gallenblase Schmerzen in der rechten Schultergegend. Dieses Phänomen wird als „**übertragener Schmerz**“ bezeichnet.

Nervenschmerzen

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

Zu den Nervenschmerzen zählen z.B.:

- Nervenwurzelschmerzen bei Ischialgie
- Nervenschmerzen bei diabetischer Neuropathie
- Gesichtsschmerzen bei Trigeminusneuralgie
- Schmerzen bei Gürtelrose (postherpetische Neuralgie)
- Phantomschmerzen nach Amputationen

Psychogene Schmerzen

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

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

Mischformen („mixed pain“)

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

Zu den gemischten Schmerzen zählen z.B.:

- Tumorschmerzen
- Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die in ein Bein ausstrahlen (Lumboischialgie)
- Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (Lumbalgie)
- Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation

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

Schmerz und Psyche

Chronische Schmerzen sind für die Betroffenen in der Regel auch psychisch sehr belastend. Zudem beeinflussen sich chronische Schmerzen, psychische Belastungen und soziale Faktoren oft gegenseitig, sodass die Therapie mehrere Behandlungsmodule (z.B. Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie) umfassen sollte.

Wechselseitige Beeinflussung

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

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

| Biologische Faktoren, z.B. | Psychische Faktoren, z.B. | Soziale Faktoren, z.B. |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Genetische Veranlagung• Verletzungen• Viren• Bakterien• Muskelschmerzen/ Verspannungen | <ul style="list-style-type: none">• Negative Einstellungen/ Erwartungen, z.B. Katastrophendenken, ständige Unzufriedenheit• Gefühle, z.B. Angst, Hilflosigkeit• Fehlende Bewältigungsstrategien• Problematische Stressverarbeitung | <ul style="list-style-type: none">• Probleme innerhalb der Familie• Fehlende Freundschaften/ soziale Unterstützung• Ständige Konflikte• Schwierige Arbeits- und/ oder Wohnverhältnisse• Fehlende finanzielle Stabilität |

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

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

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

So kann eine chronische Schmerzkrankheit durch jeden der 3 Bereiche entstehen. Zudem können sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen, sodass bei einer Schmerztherapie (siehe S. 12) immer alle 3 Bereiche berücksichtigt werden müssen.

Chronische Schmerzen und Depressionen

Viele Patienten mit Depressionen leiden auch unter körperlichen Schmerzen, z.B. Muskelschmerzen oder Kopfschmerzen. So sind es oft diese chronischen Schmerzen, die einer erfolgreichen Therapie der Depression im Weg stehen.

Denn chronische Schmerzen und Depressionen können sich gegenseitig verstärken und zu einem Teufelskreis führen:

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

Auch umgekehrt zeigt sich, dass Depressionen ein häufiges Begleitsymptom einer chronischen Schmerzerkrankung sind. Bei vielen Schmerzpatienten wird die Depression jedoch nicht erkannt, da diesen die psychischen Anteile ihrer Erkrankung oft nicht bewusst sind oder sie eine entsprechende Behandlung, z.B. Psychotherapie, aus Angst vor Stigmatisierung ablehnen und daher nur ihre körperlichen Symptome schildern.



Praxistipps!

- Nähere Informationen zum Krankheitsbild der Depression sowie umfangreiche Hinweise zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung bietet der Ratgeber „Depressionen“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Schmerzgesellschaft bietet den Flyer „Schmerzen verstehen“ zum kostenlosen Download unter www.schmerzgesellschaft.de > *Patienteninformationen* > *Informationsmaterial zu Schmerz* > *Patientenflyer*. Der Flyer informiert über die Entstehung chronischer Schmerzen, den Zusammenhang von Stress und Schmerz sowie Behandlungsmöglichkeiten.

Schmerzdiagnostik

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

Eine objektive Schmerzmessung ist schwierig, da Schmerzen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden. Ärzte sind auf die Mithilfe der Patienten angewiesen, um deren Schmerzen einschätzen zu können. Neben der körperlichen Untersuchung spielt deshalb die Anamnese, d.h. die systematische Befragung zum Gesundheitszustand und Sozialleben der Patienten, eine wichtige Rolle. Eine Schmerzmessung mit Hilfe verschiedener Skalen und Tagebücher sowie eine umfassende Diagnostik sollen helfen, frühzeitig eine geeignete Schmerztherapie einzuleiten.

Anamnese

Für die Schmerzanalyse sind folgende Angaben wichtig:

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

Schmerzdokumentation

Schmerzskalen

Mit Hilfe von **Schmerzskalen** kann die Intensität der Schmerzen gemessen werden. Folgende Skalen kommen in der Praxis zum Einsatz:

- **Numerische Rating-Skala (NRS)**
Auf der NRS kann der Patient seine Schmerzen anhand einer Zahl von 0–10 einordnen. Dabei steht die 0 für keinen Schmerz und die 10 für den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die NRS kommt am häufigsten zum Einsatz.
- **Visuelle Analog-Skala (VAS)**
Die VAS wird z.B. als farbiger Balken oder anhand von Smileys („lachender Smiley = keine Schmerzen“ bis „trauriger Smiley = stärkste vorstellbare Schmerzen“) dargestellt. Der Patient kann seine Schmerzen auf dieser Skala individuell zuordnen.
- **Verbale Rating-Skala (VRS)**
Bei der verbalen Ratingskala wird der Patient auf einem Fragebogen oder mündlich befragt, welches Wort seine Schmerzen am besten beschreibt, z.B.: nicht vorhanden, leicht, mittel, stark oder sehr stark.

Schmerzfragebogen

Um möglichst viele für die Schmerzdiagnostik und -therapie relevante Aspekte zu erfassen, werden häufig ergänzend zum ärztlichen Gespräch standardisierte **Schmerzfragebögen** eingesetzt. Ein Schmerzfragebogen erfasst die subjektive Beschreibung der Schmerzen und Erkrankungen der Patienten. Er kann vom Patienten allein ausgefüllt werden (auch bereits im Vorfeld eines Arztgesprächs) oder von Arzt und Patient gemeinsam. Anhand der erfassten Informationen kann der Arzt die Schmerzart und mögliche Auslöser näher bestimmen und die Therapie entsprechend planen und anpassen.

Einen Schmerzfragebogen finden Sie im Anhang auf S. 88.

Schmerztagebuch

Es kann sinnvoll sein, in einem **Schmerztagebuch** regelmäßig zu notieren, wo und wann die Schmerzen aufgetreten sind und welche Therapien durchgeführt wurden. Dadurch kann der Verlauf und Erfolg der Schmerzbehandlung dokumentiert werden. Ein Schmerztagebuch führt ein Patient über mehrere Tage,

Wochen oder Monate. Er vermerkt darin alle für die Behandlung wichtigen Informationen, z.B. Medikamenteneinnahme, Schmerzstärke, Aussagen über Wohlbefinden und Aktivitäten. In der Regel werden die Daten für vier Tageszeiten (morgens, mittags, abends, nachts) erfasst.

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

Es gibt zunehmend Schmerztagebücher als Apps für das Smartphone. Näheres siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitale Gesundheits-Apps“.

Neurophysiologische und neurologische Diagnostik

Wenn die Anamnese und die körperliche Untersuchung keinen Aufschluss über die Schmerzursache geben oder ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vorliegt, dienen neurophysiologische Tests oder bildgebende Verfahren zur weiteren Diagnostik. Die nachfolgende Aufzählung enthält Untersuchungsmethoden, die dabei häufig zur Anwendung kommen.

Elektromyografie (EMG)

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

Elektroneurografie (ENG)

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

Evozierte Potenziale (EP)

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

Quantitative Sensorische Testung (QST)

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

Bildgebende Verfahren

Zu den bildgebenden Verfahren gehören:

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



Praxistipps!

- Ein Schmerztagebuch, eine Schmerzskala und Broschüren können Sie bei der Deutschen Schmerzliga kostenlos herunterladen unter <https://schmerzliga.de> > Medien > Broschüren.
- Die Deutsche Schmerzgesellschaft bietet umfangreiche Patienteninformationen zur Schmerzdiagnostik unter www.schmerzgesellschaft.de > Patienteninformationen > Schmerzdiagnostik sowie nützliche Links z.B. zu Patientenseiten von Fachgesellschaften oder Betroffenenverbänden unter www.schmerzgesellschaft.de > Patienteninformationen > Nützliche Bücher-Links-Filme > Nützliche Links.

Schmerztherapie

Die Behandlung chronischer Schmerzen besteht aus mehreren Bausteinen und wird „multimodale Therapie“ oder „spezielle Schmerztherapie“ genannt. Dazu zählen z.B. medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie sowie minimal-invasive und operative Verfahren. Wichtig sind zudem aktive Bewältigungsstrategien und die Aufklärung des Patienten über die Bedeutung psychosozialer Faktoren.

Medikamentöse Schmerztherapie

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

Abhängig von der Schmerzart können verschiedene Medikamente eingesetzt werden:

- **Schmerzmittel (Analgetika)**
 - **Nicht-opioide Schmerzmittel** hemmen die Botenstoffe, die bei Gewebeschädigungen oder Entzündungen entstehen und werden vor allem bei leichten bis mittelstarken Schmerzen angewandt. Viele dieser Medikamente wirken zusätzlich fiebersenkend und entzündungshemmend. Hierzu zählen z.B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol oder Naproxen.
 - **Opioide** haben eine stärkere Wirkung als nicht-opioide Substanzen, weil sie die Weiterleitung der Schmerzimpulse hemmen. Es gibt schwach wirksame Opioide, z.B. Tramadol oder Tilidin, und stark wirksame Opioide, z.B. Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Tapentadol, Buprenorphin oder Fentanyl.
- **Antidepressiva**
können das Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe wieder ins Gleichgewicht bringen und haben eine schmerzlindernde Wirkung. Sie werden häufig mit anderen Medikamenten kombiniert. Zu den Antidepressiva zählen z.B. Duloxetin oder Amitriptylin.
- **Antiepileptika/Antikonvulsiva**
verringern das Anfallsrisiko, indem sie die neuronale Erregbarkeit senken. Auf diese Weise können auch krampfartige Nervenschmerzen unterdrückt werden. Zu den Antiepileptika/Antikonvulsiva zählen z.B. Gabapentin, Carbamazepin, Pregabalin oder Valproinsäure.

- **Pflanzliche Schmerzmittel**

werden teilweise ergänzend zu anderen Schmerzmitteln eingesetzt, um deren Dosis zu senken und dadurch Nebenwirkungen zu verringern.

Die Krankenkasse übernimmt bei verordnungspflichtigen Medikamenten in der Regel die Kosten. Bei vielen Medikamenten müssen jedoch Zuzahlungen geleistet werden (siehe S. 27).

Hinweise zum Umgang mit Opioiden

- Opioide können als **Retardpräparate** verabreicht werden. Das sind Medikamente, die ihren Wirkstoff langsam über einen längeren Zeitraum freisetzen. Sie müssen nach einem **festen Zeitplan** eingenommen werden, um eine gleichmäßige Wirkung zu erreichen.
- Opioide können verschiedene **Nebenwirkungen** haben. Dazu zählen z.B. Verstopfung, Atemdepression (Abflachung/Herabsetzung der Atmung), Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen. Einer Verstopfung können geeignete Abführpräparate sowie eine Ernährungsumstellung entgegenwirken. Näheres zur Ernährung bei Opioidanwendung siehe S. 21.
- Zu den Gefahren von Opioiden zählen auch der **Missbrauch** und die **Abhängigkeit** von den Medikamenten. Opioide haben ein unterschiedliches Abhängigkeitspotenzial und auch jeder Patient ist anders. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt genau über die Risiken des Medikaments aufklärt und auch das Missbrauchspotenzial des Patienten (z.B. früherer Drogenmissbrauch) abklärt. Nach einer ausführlichen Beratung und bei richtiger Anwendung ist die Gefahr einer Abhängigkeit jedoch sehr gering. Zudem sind Opioide bei starken Schmerzen oft die einzig wirksame Therapie.
- Um **Entzugssymptome**, wie z.B. Schwitzen oder Übelkeit zu vermeiden, dürfen die Medikamente nicht abrupt abgesetzt werden, sondern müssen **schrittweise reduziert** werden.
- Eine Opioidaufnahme in der **Schwangerschaft** kann zu Entzugssymptomen beim neugeborenen Kind führen. Deshalb sollte jede Einnahme von Opioiden, auch von freiverkäuflichen Schmerzmitteln, bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft vorher mit dem Arzt geklärt werden. Hilfreiche Informationen bietet auch das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, das unabhängig über die Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit informiert, unter www.embryotox.de > *Erkrankungen* > *Suchbegriff: „Schmerztherapie“*.
- Opioide können zudem das **sexuelle Verlangen** mindern. Bei Problemen können sich Betroffene an ihren behandelnden Arzt oder eine Beratungsstelle von Pro Familia (www.profamilia.de) wenden.

Praxistipps!

- Opioide werden auf einem speziellen Rezept, dem sog. **Betäubungsmittelrezept**, verordnet. Es ist gelb und besteht aus 3 Seiten: eine Seite bleibt beim Arzt, 2 Seiten werden in der Apotheke abgegeben, eine Seite davon geht von der Apotheke an die Krankenkasse. Die Betäubungsmittelrezepte sind nur maximal 8 Tage inklusive Verschreibungsdatum gültig, müssen also schnell eingelöst werden.
- Um die medizinische Notwendigkeit der Opioidaufnahme z.B. bei Verkehrskontrollen oder gegenüber anderen Ärzten nachweisen zu können, sollte ein sog. **Opioid-Ausweis** mitgeführt werden. In diesem Dokument sind die Medikamente, die Dosierung und Einnahmedaten vermerkt. Einen Opioid-Ausweis finden Sie im Anhang auf S. 89 oder können ihn kostenlos unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Opioid-Ausweis“* herunterladen.

Cannabinoide

Wenn gängige Schmerzmittel nicht ausreichend helfen, kann der Einsatz von Medikamenten aus Cannabis in Erwägung gezogen werden. Cannabinoide finden zunehmend Anwendung bei chronischen Schmerzen und können seit März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich verordnet werden. Verordnungsfähig sind getrocknete Blüten, Extrakte und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon.

Voraussetzungen

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

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

Bei welchen Erkrankungen Cannabis verordnet werden kann wird nicht näher festgelegt. Es müssen jedoch **schwerwiegende Symptome** vorliegen.

Wirkung

Cannabinoide können die Wirkung bestimmter Schmerzmittel (z.B. von Opioiden) verstärken, die Übertragung von Schmerzreizen hemmen und haben gleichzeitig eine stimmungsaufhellende, schlaffördernde und angstlösende Wirkung. Die aktuelle Studienlage nach klinischen Standards ist bisher allerdings noch unzureichend. Am ehesten wissenschaftlich belegt ist die Wirkung bei chronischen und neuropathischen Schmerzen (Nervenschmerzen), Übelkeit und Erbrechen durch Zytostatika (Chemotherapie) und für die begleitende Behandlung von Spastiken. Der verschreibende Arzt sollte den Patienten umfassend über mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufklären.

Verordnung und Kostenübernahme

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

Erfolgt die Verordnung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), muss die Krankenkasse innerhalb von **3 Tagen** über den Antrag entscheiden. Die Frist von 3 Tagen gilt auch, wenn eine Therapie mit Cannabis bereits stationär begonnen wurde und bei Entlassung ambulant fortgeführt werden soll. In allen anderen Fällen gilt der Entscheidungszeitraum von **3 Wochen**, bei gutachterlicher Stellungnahme durch den MD verlängert sich der Zeitraum auf **5 Wochen**. Liegt die Genehmigung der Krankenkasse vor, kann das Cannabis unter Vorlage des **Betäubungsmittelrezepts** in einer Apotheke abgeholt werden.



Praxistipp!

Weitere Informationen zur medizinischen Anwendung von Cannabis bietet die Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Versorgung > Suchtmedizin > Illegale Drogen > FAQ Liste zum Einsatz von Cannabis in der Medizin.

Physiotherapie

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

Zu den physiotherapeutischen Verfahren zählen z.B.:

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

Bei dem chronischen Schmerzsyndrom beinhaltet eine Verordnung 6 Einheiten, insgesamt in der Regel bis zu einer Gesamtverordnung von 18 Einheiten (orientierende Behandlungsmenge), davon bis zu 12 Einheiten für Massageeinheiten.

Vielen Schmerzpatienten hilft auch ein gezieltes Training der Muskulatur durch Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 61). Dadurch können Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden.

Ergotherapie

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

Die Maßnahmen der Physiotherapie und Ergotherapie sind anerkannte **Heilmittel** und können vom Arzt verordnet werden. Der Patient muss 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung zuzahlen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich (Näheres ab S. 28).

Akupunktur

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

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

- Chronische Schmerzen der **Lendenwirbelsäule**, die ggf. nicht-segmental bis zum Kniegelenk ausstrahlen
- Chronische Schmerzen des **Kniegelenks** durch Gonarthrose

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

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

Psychotherapie

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

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

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

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

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. **psychotherapeutische Sprechstunde**. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

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

Zudem ist es möglich, 2–4 **Probestunden** bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will. Steht die Entscheidung fest, muss der Patient zusammen mit seinem Therapeuten einen **Antrag** auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Der Antrag wird zusammen mit einem anonymisierten Bericht (dieser befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer) an die Krankenkasse des Patienten geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, eine Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter weiter (sofern der Antrag gutachterpflichtig ist), der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über den Patienten.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen über einzelne Therapieverfahren und deren Dauer finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Psychotherapie“.
- Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten.
- Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen ist verpflichtet, Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter www.kvb.de > Service > Patienten > Terminservicestelle > Terminservicestelle Psychotherapie.

- Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) finden Sie eine Auswahl von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), z.B. Apps, die vom BfArM gemäß § 139e SGB V bewertet wurden. Digitale Gesundheitsanwendungen sind von den Krankenkassen erstattungsfähig. Sie bieten einen flexiblen Zugang zu fachgerechter Unterstützung und können z.B. auch als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen. Unter www.diga.bfarm.de > *DIGA-Verzeichnis öffnen* können entsprechende Angebote und Informationen gesucht werden.

Alternative Behandlungsverfahren

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

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

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Gezieltes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen.
- **Autogenes Training:** Methode, durch die man sich in einen Zustand einer veränderten, vertieften Wahrnehmung des eigenen Körpers versetzen kann. Ein Patient stellt sich etwas vor, z.B. „Ich fühle mich ganz warm“, und der Körper folgt der Vorstellung.
- **Yoga:** Ganzheitliche Körperübungen, Atem- und Meditationstechniken entspannen und dehnen die Muskulatur.
- **Biofeedback-Verfahren:** Unbewusst ablaufende Körperprozesse werden Patienten bewusst gemacht, um zu lernen, diese zu beeinflussen.
- **Stressbewältigung durch Achtsamkeit** (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR): Achtsamkeitsübungen für den Alltag, um Stress zu reduzieren.

Eingesetzt werden auch **Hypnose, Tai-Chi, Qigong, Feldenkrais** oder **Imaginations- und Meditations-techniken**. Mit diesen Methoden gehen Patienten „auf Abstand“ zu ihren Schmerzen.

Von diesen Entspannungsmethoden werden die **Progressive Muskelentspannung** nach Jacobson und das **Autogene Training** von der **Krankenkasse** übernommen, wenn es von entsprechend qualifizierten Leistungserbringern angeboten wird. Darüber hinaus bieten viele Krankenkassen im Rahmen ihrer Bonusprogramme und Präventionskurse eine teilweise oder komplette **Kostenerstattung** für Entspannungskurse an, die z.B. an Volkshochschulen oder in Physiotherapiepraxen angeboten werden.

Minimal-invasive Verfahren

Bei chronischen Schmerzen können minimal-invasive Verfahren durchgeführt werden. Im Unterschied zu herkömmlichen Operationen greifen minimal-invasive Verfahren sehr gering in den Körper ein und können deshalb ambulant durchgeführt werden. Zu den minimal-invasiven Verfahren zählen z.B.:

- **Injektionstherapie**
Schmerz- und entzündungshemmende Medikamente werden gezielt an der schmerzenden Körperstelle, z.B. in Muskeln oder Nervenwurzeln, injiziert. Da nur eine geringe Medikamentenmenge erforderlich ist, können Nebenwirkungen auf den gesamten Körper minimiert werden.
- **Schmerzmittelpumpen**
Schmerzmittel werden über eine automatische PCA-Pumpe (patient-controlled analgesia) gleichmäßig abgegeben. Dies geschieht z.B. über einen dauerhaften Zugang von außen in eine Vene (Portkatheter). Vorteil ist, dass Patienten die Möglichkeit haben, die Schmerztherapie selbst zu steuern. Bei

Schmerzspritzen können zusätzliche Dosen abgegeben werden. Eine Sperrvorrichtung in der Pumpe verhindert eine Überdosierung. Eine weitere Möglichkeit ist eine implantierte Pumpe, die Medikamente in das Nervenwasser des Rückenmarks (intrathekal) abgibt.

- **Nervenstimulation (Neurostimulation)**

Bei der Nervenstimulation werden elektrische Impulse über Elektroden auf einen Nerv abgegeben, um die Schmerzübertragung zu blockieren. Ein Neurostimulationsgerät kann auch unter die Haut implantiert und mit einer Sonde nahe am Rückenmark verbunden werden. Die Sonde sendet elektrische Impulse, diese „überlagern“ die körpereigenen Schmerzsignale im Rückenmark und verhindern deren Weiterleitung ans Gehirn. Dadurch werden die Schmerzen kaum oder nur noch abgeschwächt wahrgenommen.

Operationen

Eine Operation kann in bestimmten Situationen chronische Schmerzen langfristig lindern. Sie birgt aber auch Risiken. Eine Beschwerdefreiheit kann nicht garantiert werden.

Zu den konventionell-operativen Verfahren bei chronischen Schmerzen zählt z.B. die **Bandscheibenoperation**. Dabei wird meist Bandscheibengewebe entfernt, um gereizte Nerven zu entlasten.

Bandscheiben-Operationen werden in der Regel erst dann durchgeführt, wenn konservative Methoden, z.B. physiotherapeutische Maßnahmen, keine ausreichende Wirkung erzielen oder ein schneller Eingriff unumgänglich ist, z.B. bei einer vollständigen Unterbrechung von Nervenbahnen.

Ein weiteres operatives Verfahren zur Schmerzlinderung ist die **Endoprothetik**. Dabei wird ein durch Krankheit oder Unfall zerstörtes oder durch natürlichen Verschleiß abgenutztes Gelenk durch ein künstliches Gelenk (Endoprothese) ersetzt. Zu den häufig eingesetzten Endoprothesen zählen z.B. Hüft- und Knieprothesen. Häufige Gründe für das Einsetzen eines Gelenkersatzes sind Arthrose und rheumatoide Arthritis. Operative Eingriffe können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Im Anschluss kann eine **medizinische Reha** (siehe S. 50) sinnvoll sein.

Leben mit chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen sind sehr belastend und können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben. Studien belegen, dass soziale Beziehungen Schmerzen positiv oder negativ beeinflussen können. Eine umfassende Schmerztherapie sollte deshalb auch soziale Aspekte im Blick haben. Patienten, Angehörige und das nähere Umfeld können mit ihrem Verhalten schmerzlindernd wirken. Konflikte oder sozialer Rückzug können Schmerzen verstärken.

Soziale Auswirkungen von chronischen Schmerzen

Auswirkungen auf den Patienten

Chronische Schmerzpatienten geraten ohne schmerzlindernde Therapie leicht in einen Kreislauf von Angst, Hoffnungslosigkeit und Depressionen. Dies kann z.B. folgende Auswirkungen auf das tägliche Leben und soziale Kontakte haben:

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

Auswirkungen auf Angehörige und Freunde

Eine chronische Schmerzerkrankung beeinflusst das gesamte Umfeld. Die Familie des Patienten leidet oft unter der Situation. Gesunde Menschen können sich kaum in die Lage des Schmerzpatienten hineinversetzen – das kann zu Konflikten führen. Aber auch die eigene Hilflosigkeit angesichts der Schmerzen des Angehörigen ist schwer zu ertragen.

- **Überforderung der Angehörigen**
Wenn sich Familienangehörige um die Probleme und Sorgen des Schmerzpatienten kümmern, kann das dazu führen, dass ihnen nur noch wenig Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse und Angelegenheiten bleibt.
- **Wegfall gemeinsamer Aktivitäten**
Häufig ziehen sich die Betroffenen zurück und meiden soziale Kontakte. Sind langes Gehen oder Sitzen nicht mehr möglich, können Aktivitäten mit Partner oder Familie, z.B. Konzert- und Restaurantbesuche oder Hobbys, nur noch sehr eingeschränkt wahrgenommen werden. Das kann zu Spannungen führen.

- **Finanzielle Probleme**

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

- **Familiäre Konflikte**

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

Tipps für Patienten

- Den behandelnden **Arzt** bezüglich der Schmerzen **ansprechen**. Nahezu alle Schmerzen können mit der richtigen Behandlung gelindert werden. Wenn erste Therapieansätze nicht greifen, frühzeitig nach einem spezialisierten Schmerztherapeuten fragen.
- Den **Arzt informieren**, wenn eine eingeleitete Schmerztherapie nicht ausreichend wirksam ist oder störende Nebenwirkungen auftreten. Möglicherweise gibt es ein besser verträgliches Medikament.
- **Schmerztagebuch** führen: Das hilft, die Wirksamkeit der Schmerztherapie einzuschätzen und diese richtig anzupassen.
- Besuch einer **Selbsthilfegruppe** für Schmerzpatienten: Oft können diese vom Austausch mit anderen Betroffenen und deren Erfahrungen profitieren.
- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf unser Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend verstärken oder abschwächen können, ist **Ablenkung** eine wichtige Verhaltensstrategie gegen den Schmerz. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern. Schonen und Leiden können dagegen zu einer Verstärkung der Schmerzen beitragen.
- Die **Beschäftigung mit Tieren** oder das **Engagement in einer Gruppe** (Selbsthilfe, Kirche, Verein, Kurse etc.) kann die Lebensfreude fördern und vor Isolation und Vereinsamung schützen.
- **Körperliche Übungen**, die individuell abgestimmt sind, lindern Schmerzen und erhöhen die Lebensqualität. Das können bei einem Patienten Entspannungsübungen, bei einem anderen Bewegungsübungen sein. Näheres siehe S. 22.

Tipps für schmerzkranken Eltern

- Benötigt ein chronisch schmerzkranker Elternteil Unterstützung bei der Kinderbetreuung, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine **Haushaltshilfe** (siehe S. 64) beantragt werden.
- Im Bedarfsfall können auch **Leistungen des Jugendamts**, z.B. eine ambulante Familienpflege, eine Tagespflege (Betreuung durch eine Tagesmutter/einen Tagesvater) oder eine sozialpädagogische Familienhilfe, in Frage kommen.

Tipps für Angehörige und Freunde

- Familienangehörige sollten **keinen Erwartungsdruck** auf den Schmerzpatienten ausüben. Viele Patienten ziehen sich gerade deshalb zurück, um diesem Druck sowie der Angst, als Simulant angesehen zu werden, aus dem Weg zu gehen.
- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf das Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend verstärken oder abschwächen können, ist die **Ablenkung von den Schmerzen** eine wichtige Strategie. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern.

- Ist der Schmerzpatient sehr oft gereizt, sollten sich Angehörige bewusst machen, dass diese „Lauenen“ keine Böswilligkeit sind, sondern **Ausdruck des Leidens**. Dennoch ist es schwer, dies auf Dauer auszuhalten. Hilfreich ist, sich ausgleichende Ansprechpartner im Umfeld oder in Selbsthilfegruppen für Angehörige zu suchen.
- **Anteilnahme verbunden mit Motivation** wirkt sich günstig aus. Dagegen können übermäßige Bemitleidung und Schonung das Schmerzempfinden des Patienten verstärken.
- Bei Konflikten sollte sich eine Familie nicht scheuen, sich **fachmännische Hilfe** zu holen, z.B. in einer Familienberatungsstelle oder einer Paar- oder Familientherapie.
- Falls der Schmerzpatient an Krebs leidet, sind auch psychosoziale Krebsberatungsstellen eine hilfreiche Anlaufstelle bei **familiären Problemen**. Das Deutsche Krebsforschungszentrum bietet unter www.krebsinformationsdienst.de > Service > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen Adressen regionaler Anlaufstellen.
- Bei **sexuellen Problemen** können sich Betroffene auch an die deutschlandweit vertretenen Beratungsstellen von Pro Familia wenden. Adressen unter www.profamilia.de.

Ernährung bei Opioidanwendung

Patienten, die Opioide einnehmen, leiden als Nebenwirkung häufig unter Verstopfung. Grund dafür ist die Wirkungsweise der Opioide: Sie verhindern bestimmte Signalweiterleitungen im Nervensystem. Das hat den erwünschten Effekt, dass z.B. Schmerzen nicht mehr gespürt werden. Die Nebenwirkung ist, dass der Darm träger wird. Mangelnde Bewegung und ungünstige Ernährung können die Verstopfung verstärken.

Um einer Verstopfung entgegenzuwirken, sollten Schmerzpatienten besonders auf eine **reichliche Flüssigkeitszufuhr** achten. Mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag sind empfehlenswert, am besten eignen sich Wasser und ungesüßte Tees. Patienten, die Schwierigkeiten haben, ihre tägliche Trinkmenge einzuschätzen, sollten sich die Tagesration am Morgen bereitstellen oder einen Trinkplan erstellen. Es gibt auch kostenlose Apps, die den Nutzer regelmäßig an das Trinken erinnern.

Patienten unter Opioidanwendung sollten eine **ausgewogene Vollwerternährung** mit reichlich Obst und Gemüse anstreben. Wasserreiches Gemüse, z.B. Melonen, Gurken, Tomaten, helfen dabei, genügend Flüssigkeit aufzunehmen. Lebensmittel, die Verstopfung begünstigen, sollten durch ballaststoffreiche Speisen ersetzt werden, z.B. Vollkornbrot statt Weißbrot. Zusätzlich bringen eingeweichte Trockenfrüchte oder Leinsamen einen trägen Darm in Schwung.

Opioide und Alkohol verstärken sich gegenseitig in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen. Deshalb sollte grundsätzlich **auf alkoholische Getränke verzichtet** werden.



Praxistipps!

- Viele Krankenkassen bezuschussen eine **Ernährungsberatung** für eine gesunde Ernährung im Allgemeinen und im Besonderen für ernährungsbedingte oder durch die Ernährung zu beeinflussende Krankheiten.
- Wenn Opioide verschrieben werden, sollte der Arzt immer überprüfen, ob er – auf demselben Rezept – vorbeugend leichte Abführmittel mit dem Opioid zusammen verordnet.

Sport und Bewegung

Sport und Bewegung können Schmerzen verursachen, aber ebenso Schmerzen lindern, Verspannungen lösen, Kraft und Lebensqualität zurückbringen und Schmerzen vorbeugen. Welche Bewegungsart geeignet ist, hängt von der Art der Schmerzen und der betroffenen Körperregion ab.

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

Regelmäßige, gezielte Bewegungen können Schmerzen lindern, da der Körper bei sportlicher Betätigung **Dopamin und Endorphine** (Glückshormone) ausschüttet, die, ähnlich wie Opioide, schmerzstillend wirken. Da Schmerzen individuell sehr verschieden sind, können keine pauschalen Empfehlungen zum Bewegungstraining gegeben werden. Patienten sollten lernen, auf ihren Körper zu hören und ihr Training dementsprechend anpassen. Auch Übungen unter physiotherapeutischer Anleitung können sinnvoll sein. Hierbei werden individuelle Übungen erarbeitet, die der Patient dann auch zu Hause regelmäßig umsetzen sollte. Grundsätzlich muss vor Beginn des Trainings eine Beratung durch einen Arzt oder Therapeuten erfolgen, da sich falsches Training ungünstig auswirken kann.

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

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

Bei der Teilnahme an Kursen und Gruppenstunden sollte der Übungsleiter vor Stundenbeginn über die akute Schmerzsituation informiert werden.

Praxistipps!

- Wichtig ist, sich regelmäßig zum empfohlenen Training zu motivieren, auch wenn ein therapeutisch angeleitetes Training (das oft befristet ist) ausläuft. Dreimal pro Woche Training werden in der Regel empfohlen, aber es gibt auch Übungen, die man täglich oder mehrmals täglich ausführen sollte.
- Unter bestimmten Voraussetzungen können Reha-Sport und Funktionstraining vom Arzt verordnet werden, Näheres siehe S. 61.

Autofahren bei Medikamenteneinnahme

Schmerzmedikamente können, z.B. durch Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit oder durch Konzentrationsstörungen, die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr verringern. Das Autofahren bei Einnahme von Medikamenten ist laut Straßenverkehrsordnung erlaubt, wenn die Medikamente zur Behandlung einer Krankheit notwendig und – ganz wichtig – vom Arzt verordnet sind. Darüber hinaus muss der behandelnde Arzt die Fahrtauglichkeit des Patienten beurteilen und den Patienten über die Regelungen informieren.

Pflicht bei Medikamenteneinnahme: Fahrtüchtigkeit selbst prüfen

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

Die folgenden berauschenden Mittel und Substanzen sind im Straßenverkehrsgesetz ausdrücklich nicht zugelassen: Amfetamin, Designer-Amfetamin, Benzoyllecgonin, Cannabis, Cocain, Heroin, Metamfetamin, Methylenedioxyamfetamin (MDA), Methylenedioxyethylamfetamin (MDE), Methylenedioxyamfetamin (MDMA), Morphin, Tetrahydrocannabinol (THC). Sie dürfen nur bestimmungsgemäß für einen konkreten Krankheitsfall eingenommen werden und müssen vom Arzt verschrieben werden.

Wenn ein Patient trotz dieser Medikamente Autofahren darf, sollte er sich dies vom Arzt schriftlich bestätigen lassen. Diese Bestätigung gibt es in der Regel nur, wenn der Patient seine Medikamente regelmäßig nach Vorgabe einnimmt und einen guten, stabilen Allgemeinzustand hat, und wenn die Therapie wirkt.

Medikamente dürfen **keinesfalls plötzlich abgesetzt** werden, weil sowohl das Absetzen an sich als auch das Fehlen der Medikamente fahrtauglich machen können. Veränderungen sollten immer in Absprache mit dem Arzt erfolgen.

Besonders aufmerksam sollte man bei Beginn einer Arzneimittelbehandlung sein. Aber auch später und insbesondere bei chronischen und schweren Krankheiten muss der Arzt die Therapie führen und regelmäßig überwachen.

Grundsätzlich gilt: Auch wenn der Arzt die grundsätzliche Erlaubnis zum Autofahren gibt, muss der Patient **vor jeder Fahrt** seine Fahrtauglichkeit selbst kritisch einschätzen. Bei Bedenken bezüglich der Fahrtauglichkeit sollte der Patient besser ein Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen.

Fahrtauglichkeit bei Opioidanwendung

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

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

- Fahrtüchtige Patienten sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen. Darin vermerkt der Arzt, dass der Betroffene auf diese Medikamente angewiesen ist. Einen Opioid-Ausweis finden Sie im Anhang auf S. 89 oder können ihn unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Opioid-Ausweis“ herunterladen.

- Während der **Einstellungsphase**, z.B. von Morphin, wird das Führen eines Fahrzeugs wahrscheinlich nicht möglich sein, da in den ersten 14 Tagen sowie nach jeder Dosiserhöhung aufmerksamkeits- und sehschwächende Nebenwirkungen häufig sind. Bei gut eingestellten Patienten, die nicht mehr unter Sehstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindel leiden, steht dem Autofahren nichts entgegen.

Fahrtauglichkeit bei Anwendung von medizinischem Cannabis

Für den Großteil der Patienten, die über die genehmigte Einnahme von Cannabinoiden verfügen, kommt Autofahren, z.B. wegen eines sehr schlechten körperlichen Allgemeinzustands, von vornherein nicht in Frage. Nach Angaben des Deutschen Bundestags (www.bundestag.de > *Suchbegriff: 18/11701*) ist das Autofahren jedoch grundsätzlich möglich, denn bei bestimmungsgerechter Einnahme fahren die Patienten nicht im Rauschzustand. Im Gegenteil: Erst der Einsatz des medizinischen Cannabis befähigt sie zur Teilnahme am Straßenverkehr. Während der Einstellungsphase kann die Fahrtüchtigkeit wegen der beginnenden Medikation jedoch beeinträchtigt sein. Von dieser Regelung kann es je nach Bundesland Abweichungen geben.



Praxistipp!

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

Reisen

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

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

- Medizinische Notwendigkeit der Medikamente nachweisbar machen – mit Beipackzettel, Attest, Bescheinigungen etc.
- Informationen übersetzen lassen.
- Mengenlimitierung beachten.
- Zeitverschiebung, veränderte Klimabedingungen und Komplikationen (Durchfall, Erbrechen) mit einkalkulieren.
- Rechtzeitig planen.

Bescheinigungen bei Auslandsreisen

Schmerz- und Betäubungsmittel können bei der Einreise in andere Länder beschlagnahmt werden. Patienten, die auf diese Medikamente angewiesen sind, können ihre Medikamente nach ärztlicher Verschreibung auf Reisen von bis zu 30 Tagen mit einer entsprechenden Bescheinigung (siehe S. 25) ausführen. Die Medikamente sollten in ihrer Originalverpackung und mit Beipackzettel transportiert werden.

Der Patient darf die **Menge** an Schmerzmitteln mit sich führen, die er wegen seines Gesundheitsproblems für die Zeit des Aufenthalts benötigt. Bei der Zollerklärung müssen diese Medikamente angegeben werden. Es ist ratsam, bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die **genauen Richtlinien** des jeweiligen Landes zu erfragen.

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

- Für Schengen-Länder ist die „Bescheinigung nach Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ erforderlich. Sie kann beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de > *Bundesopiumstelle* > *Betäubungsmittel* > *Reisen mit Betäubungsmitteln* heruntergeladen werden.
- Für andere Länder kann dort ein „Muster für eine solche Bescheinigung“ heruntergeladen werden.

Die Bescheinigung muss von der Gesundheitsbehörde beglaubigt werden. Patienten, die auf Opioide angewiesen sind, sollten immer ihren Opioid-Ausweis mit sich führen.

Transport der Medikamente

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

Gefahr: Durchfall

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

Tipps für eine erholsame Reise

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

- Ausreichend Pausen einplanen.
- Eventuell muss die medikamentöse Therapie **höher dosiert** (nach vorheriger Absprache mit dem behandelnden Arzt) werden als zu Hause, weil
 - die An- und Abreise für viele Patienten besonders belastend ist (z.B. langes, unbequemes Sitzen im Flugzeug).
 - im Urlaub oft ein Teil des Therapiespektrums wie Akupunktur, Physio- oder Psychotherapie wegfällt.
- Für **Migräne-Patienten** kann der **Jetlag** problematisch werden. Deshalb sollte auch im Urlaub der normale Tagesrhythmus eingehalten werden.

- **Opioid-Patienten** sollten sich bei **Zeitverschiebung** sofort auf den Tagesrhythmus vor Ort einstellen und Übergangsprobleme mit niedriger dosierten Präparaten, z.B. Tropfen, überbrücken.
- Die Anwendung von **Schmerzplastern** kann in heißen Ländern problematisch werden, da schweißfeuchte Haut eine höhere Dosis aus dem Pflaster schwemmt. Eventuell auf niedriger dosierte Pflaster ausweichen.
- Patienten, die **TENS-Geräte** benutzen, kommen in heißen Ländern mit einer geringeren Stromintensität aus als zu Hause, da schweißfeuchte Haut besser leitet als trockene. Am Flughafen gibt es keine Probleme mit dem Gerät, wenn der Patient die Gebrauchsanweisung vorlegen kann.

Reisen mit Behinderung

Haben Schmerz-Patienten durch eine Grunderkrankung schwerwiegende Einschränkungen, ist es unter Umständen stressfreier und erholsamer, die Reise von einem – mit den Belangen von Menschen mit Behinderungen vertrauten – Reiseveranstalter organisieren zu lassen oder sich einer entsprechenden Reisegruppe anzuschließen.

Die BSK-Reisen GmbH, eine gemeinnützige Tochtergesellschaft des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., bietet auf ihrer Internetseite www.bsk-reisen.org Reiseangebote und vermittelt Reiseassistenten (gegen Gebühr).

Schmerz und Arbeit

Starke Schmerzen, die z.B. durch einen Bandscheibenvorfall oder durch den Verschleiß von Gelenkknorpeln entstehen, gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit.

Verschiedene **Reha-Maßnahmen** (siehe ab S. 45) können die Arbeitsfähigkeit von Schmerzpatienten wiederherstellen oder möglichst langfristig erhalten. Zudem stehen den Betroffenen je nach Voraussetzungen bestimmte **finanzielle Leistungen** zu. Bei andauernder Erwerbsunfähigkeit kann die Erwerbsminderungsrente (siehe S. 65) beantragt werden, Menschen mit Schwerbehinderung können die Altersrente früher beantragen.

Führen die chronischen Schmerzen zu **dauerhaften Einschränkungen**, kann unter bestimmten Voraussetzungen vom Versorgungsamt ein **Grad der Behinderung** (siehe S. 72) festgestellt werden.

Arbeitsunfähigkeit bei chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen können je nach Schwere zu einer zeitweisen oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Auch bei der Einnahme stark wirksamer Opioide kann es zu Beginn bzw. bei Absetzen der Medikamente zu starken Nebenwirkungen und dadurch zu Arbeitsunfähigkeit kommen. Bei Berufen, in denen ein Patient sich selbst oder andere durch mögliche Nebenwirkungen gefährden könnte, muss generell die Arbeitsfähigkeit unter Opioid-Einnahme geprüft werden.

Frühzeitige Schmerztherapien können dazu beitragen, lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Gelingt dies nicht, erhält der Arbeitnehmer in den ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit in der Regel eine **Entgeltfortzahlung** durch den Arbeitgeber (siehe S. 33). Besteht die Arbeitsunfähigkeit fort, können finanzielle Leistungen wie **Krankengeld** (siehe S. 35), **Verletztengeld** oder **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** (siehe S. 43) beantragt werden.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Betroffene mit chronischen Schmerzen benötigen in der Regel verschiedene medizinische Leistungen, z.B. Schmerzmedikamente oder Physiotherapie. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Patienten eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese 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 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

| Kosten | Zuzahlung | Beispiel |
|--------------|--------------------|--|
| bis 5 € | Kosten = Zuzahlung | Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 € |
| 5 € – 50 € | 5 € | Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 € |
| 50 € – 100 € | 10 % der Kosten | Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 € |
| ab 100 € | 10 € | Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 € |

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Arzneimittel können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 64).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

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

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere 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. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1 %.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als **Familienbruttoeinkommen** zu verstehen. Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende **Angehörige**:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 der Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

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

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach § 7 Abs. 2 KVLG: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

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

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

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 aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- 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 nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Ren-

ten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)

- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- 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 (2022: 449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 29), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)

ergibt: 7.302 €, **davon** 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € 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 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, 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.
- Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMPs werden von den Krankenkassen z.B. für Chronische Rückenschmerzen, Osteoporose und Depressionen angeboten.

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

Vorsorge

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

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

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



Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Chronische Schmerzen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Kranken-, Verletzten- oder Arbeitslosengeld.

Entgeltfortzahlung

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

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 sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

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 kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung 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.

- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- 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 von dessen Krankenkasse verlangen, dass diese ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn die AU sich eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 35.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.

- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden.

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

Praxistipp!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Schmerzpatienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz) besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit **noch** keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt. Weitere Voraussetzungen sind:

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

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 58) sowie zur Berufsfindung und Arbeits-erprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 60)

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

Krankengeld für Selbstständige

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

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. 33).



Praxistipp!

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

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 112,88 € täglich.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen (z.B. Weihnachtsgeld) 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. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

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 besonderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld vom 03.12.2020“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2022 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 112,88 € täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,20 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Berechnungsbeispiel

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

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

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

Der Patient erhält also **47,51 €** 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**. Diese 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. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 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. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Krankengelds bei fehlender Mitwirkung

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 65) umwandelt.



Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 43).

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 Rentenversiche-

Träger. 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 aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird, also nach der Bewilligung des Krankengelds.



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung (**sog. Aussteuerung**). Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.



Praxistipps!

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

Die zuständige Krankenkasse.

Verletztengeld

Wenn ein Schmerzpatient aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig ist, erhält er Verletztengeld von der Unfallversicherung. Das Verletztengeld ist eine ähnliche Leistung wie das Krankengeld der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder** eine ganztägige Erwerbstätigkeit kann wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden **und**
- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Mutterschaftsgeld.

Verletztengeld wird auch gezahlt,

- wenn berufliche Reha-Maßnahmen (siehe S. 58) erforderlich sind, die aufgrund vom Versicherten nicht zu vertretenden Gründen nicht direkt nach der Heilbehandlung erfolgen können. Voraussetzung ist, dass unmittelbar zuvor eine der oben genannten Geldleistungen bezogen wurde und der Versicherte zwischenzeitlich seinen bisherigen Beruf nicht wieder aufnehmen kann bzw. eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt oder aus wichtigem Grund nicht ausgeübt werden kann. Das Verletztengeld wird dann bis zum Beginn der beruflichen Reha-Maßnahmen erbracht, während der Maßnahmen wird Übergangsgeld gezahlt.
- an Schüler und Studenten, wenn sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit einer bezahlten Beschäftigung nachgegangen sind.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

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

Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Abgezogen werden davon 50 % der Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Leistungsträger voll übernommen. Sofern der Versicherte den Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung (0,35 %) entrichten muss, ist dieser von ihm alleine zu zahlen.

Berechnungsbeispiel

| Arbeitnehmer mit Kind |
|---|
| Monatlich brutto 2.000 € 2.000 € : 30 pro Kalendertag = 66,67 € davon 80 % = 53,33 € |
| Monatlich netto 1.500 € 1.500 € : 30 pro Kalendertag = 50 € abzüglich Beiträge zur Arbeitslosen- (1,2 %) und Rentenversicherung (9,3 %) = 5,25 €. |
| folgt: Das Verletztengeld beträgt 44,75 € netto täglich. |

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

Sonderregelung

Bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Kurzarbeitergeld wird Verletztengeld in Höhe des Krankengelds gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder anderen Leistungen des SGB II wird Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengelds II (Hartz IV) gezahlt. Tritt der Versicherungsfall im Strafvollzug ein oder ist der Betroffene freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen. Dazu informieren die Unfallversicherungsträger.

Anrechnung

Auf das Verletztengeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt (z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld)
- Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, langfristig bezogenes Arbeitslosengeld II (Hartz IV)

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

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

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme **oder**
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs (z.B. bei Beginn einer Maßnahme zur beruflichen Reha) **oder**
- wenn eine Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass eine zumutbare, zur Verfügung stehende Erwerbstätigkeit aufgenommen werden kann **oder**
- nach der **78. Woche** ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit (außer der Betroffene befindet sich in stationärer Behandlung z.B. im Krankenhaus, dann wird das Verletztengeld bis zum Abschluss der stationären Behandlung weitergezahlt) **oder**

- wenn Rente wegen voller Erwerbsminderung, Renten wegen Alters, Ruhegehalt, Vorruhestandsgeld oder andere Leistungen nach § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgezahlt werden.

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Schmerzpatient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragen. 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 noch formal fortbesteht.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig)
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. 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. 65) oder Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 58) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 50) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 60) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



Praxistipp!

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

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



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

Chronische Schmerzen können das (Arbeits-)Leben der Betroffenen stark einschränken. Ziele von Reha-Maßnahmen sind daher die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und soziale Leben.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Schmerzpatienten in Frage kommen:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Leistungen zur beruflichen Rehabilitation:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 60), Haushaltshilfe (siehe S. 64), Reisekosten oder Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:** Sie werden auch als „Soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern.

Kostenträger

Reha-Leistungen können von verschiedenen Trägern übernommen werden, aber die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Patient nicht zu lange warten muss.

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

Bei einem Betroffenen können verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Reha-Leistungen und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. leistenden Rehabilitationsträger. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er für diesen zuständig ist. Die „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 Wei-

terleitung 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.

Fristen

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird. In einer Teilhabekonferenz wird der Bedarf eines Menschen mit Behinderung besprochen, wenn dieser verschiedene Teilhabeleistungen von einem oder mehreren Trägern benötigt.

Der Antragsteller muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Kann der leistende Reha-Träger nicht innerhalb von 2 Monaten über den Antrag entscheiden, muss er dem Antragsteller auf den Tag genau mitteilen, wann dieser die Entscheidung bekommt. Zudem muss er die Fristverlängerung begründen. Es sind nur folgende Gründe zulässig:

- Fristverlängerung um max. 2 Wochen zur Beauftragung eines Gutachters, wenn nachweislich früher kein Gutachter verfügbar ist.
- Fristverlängerung um max. 4 Wochen, wenn der Gutachter schriftlich bestätigt, dass er so lange braucht.
- Fristverlängerung um die Zeit der „fehlenden Mitwirkung“ beim Antragsteller, also wenn er z.B. Unterlagen nicht einreicht oder Termine nicht wahrnimmt.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, gilt der Antrag als genehmigt. Der Antragsteller kann sich dann die Leistung selbst beschaffen und der Reha-Träger muss zahlen. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum **Reha-Prozess** unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.

- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Unter www.reha-zustaendigenavigator.de informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich **zuständig** ist.

Reha-Antrag

Möchte ein Patient eine medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkassen eine Rehabilitation verordnen.

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha

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

Der Arzt verordnet die medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation **ausführlich** begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. In Stichproben werden die Reha-Anträge durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft. Reichen die Unterlagen zur Beurteilung nicht aus, kann der MD im Einzelfall eine weitere ärztliche Untersuchung (Gutachten) veranlassen, 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.

Kostenträger Rentenversicherung

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

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt wer-

den. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden:

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Auch den Antrag „Schritt für Schritt“ finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.

Kostenträger Unfallversicherung

Ein Unfallversicherungsträger ist zuständig, wenn die medizinische Reha infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig wird oder wenn eine Berufskrankheit droht. Die Betroffenen stellen in der Regel keinen Antrag, da die zuständige Unfallversicherung „von Amts wegen“ tätig wird. In der Regel melden Unternehmen Unfälle und Ärzte Berufskrankheiten an die Unfallversicherung.



Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Informationen dazu finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- **Kostenträger Krankenkasse:** Der Patient kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst 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 mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.
- **Kostenträger Rentenversicherung:** Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. 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 Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.
- **Kostenträger Unfallversicherung:** Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit etwa 150 Reha-Kliniken in Deutschland und Polen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur bestimmte Kliniken für die Reha in Frage.



Praxistipp!

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

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 Rehas müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der medizinischen Reha übernehmen. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger.

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.

Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind 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, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter sowie für pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine ambulante Reha-Maßnahme vorliegen:

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortna-

hen 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

Folgende Voraussetzungen müssen für eine stationäre Reha-Maßnahme vorliegen:

- 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. Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag dauern die Reha-Maßnahmen 4–6 Wochen.



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 64) 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. Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

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. 33
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 35
- Verletztengeld von der Unfallversicherung, siehe S. 41
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 60

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten. Reha-Leistungen und Anschlussheilbehandlungen der **Unfallversicherung** sind **zuzahlungsfrei**.

Zuzahlungen 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. 27.

Zuzahlungen 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
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.317 €** 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.

Für diese Personen kann die Zuzahlung bei Antragstellung 2022 entsprechend der folgenden Tabelle ermäßigt werden:

| Monatliches Nettoeinkommen | Zuzahlung |
|----------------------------|-----------|
| unter 1.317 € | keine |
| ab 1.317 € | 5 € |
| ab 1.447,60 € | 6 € |
| ab 1.579,20 € | 7 € |
| ab 1.710,80 € | 8 € |
| ab 1.842,40 € | 9 € |
| ab 1.974 € | 10 € |

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall beantragt werden. Dem Antrag sind **eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers** oder **eine behördliche Bescheinigung** (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.

Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha? > Zuzahlung.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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 > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussrehabilitation

Die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussreha, Anschlussheilbehandlung oder kurz AHB genannt) ist eine Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen und kommt nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht.

Die AHB ist eine Leistung zur medizinischen Reha und kann ambulant oder stationär erbracht werden. Für die Finanzierung einer AHB kommen verschiedene **Kostenträger** in Frage. Für Erwerbstätige ist dies in der Regel die Rentenversicherung, ein weiterer wichtiger Kostenträger für eine AHB ist die Krankenversicherung.

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

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der **AHB-Indikationsliste** (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen

Die AHB-Indikationsgruppen der **Rentenversicherung** sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Zustand nach Behandlungen/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
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen
- Organtransplantationen und Organ-Unterstützungssysteme

Beim Antrag der **Krankenkassen** sind folgende Indikationen vorgegeben:

- Muskuloskelettale Erkrankungen
- Kardiologie
- Neurologie
- Geriatrie
- Sonstige

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

Diese Voraussetzungen gelten bei Krankenversicherung und Rentenversicherung:

- Indikation nach der AHB-Indikationsliste.
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig 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.

Antrag

In der Regel veranlasst ein Arzt des letzten behandelnden Krankenhauses die AHB, in enger Zusammenarbeit mit der Sozialberatung (Sozialdienst) des Krankenhauses. Die Sozialberatung kümmert sich dann zusammen mit dem Patienten um die Antragstellung. Eine direkte Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Reha-Klinik ist möglich, wenn die Sozialberatung das sowohl mit der aufnehmenden Reha-Klinik als auch mit dem verantwortlichen Träger entsprechend koordinieren kann. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.

Praxistipps!

- 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.
- Erkrankte Elternteile können ihre Kinder nur in wenige Häuser mitnehmen. Geht das nicht, ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 64) möglich.
- Bei einem krebserkrankten Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 50).

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die Stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird die Möglichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig durch einen Arzt überprüft. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Voraussetzungen

Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Arzt oder Versicherungsträger können eine Stufenweise Wiedereingliederung anregen. Dazu sind bestimmte Formulare notwendig.

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.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen 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.

Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines **Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)** stattfindet, darf der Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: ein Arzt, ein Sozialberater, der Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer den Wiedereinzugliedernden mit sog. **Entgeltersatzleistungen** finanziell absichert:

- Findet die Wiedereingliederung 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 und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld. Die Zeit der Stufenweisen Wiedereingliederung zählt zum Krankengeldbezug.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, sofern noch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

Zusätzlich können im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen fällig werden, z.B. ergänzende Reha-Leistungen oder berufliche Reha-Leistungen. Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber. Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Chronische Schmerzen haben in der Regel auch auf das Berufsleben der Betroffenen negative Auswirkungen. Berufliche Reha-Maßnahmen, die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) fördern die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen.

Die Leistungen werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungs- oder Unfallversicherungsträger.

Leistungen

Zu den beruflichen Reha-Maßnahmen zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderungen für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung. Hier ist Voraussetzung, dass Ausrüstungsbeihilfe wegen der Art oder Schwere einer Behinderung erforderlich ist, um eine Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und eine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz sowie eine Geldleistung an den Arbeitgeber, sog. Lohnkostenzuschuss.
- **Budget für Ausbildung**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule sowie Erstattung der Ausbildungsvergütung.
- **Kraftfahrzeughilfe**: Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderungen erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung oder Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose.

Berufliche und schulische Bildung

Zur beruflichen Bildung zählen Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses. **Nicht** dazu zählen allgemeinbildende Maßnahmen.

Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht geleistet, z.B.:

- Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.
- Maßnahmen, um die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und bei anderen Leistungsanbietern

Die Agentur für Arbeit, die Unfall- und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- **In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate** in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im **Eingangsverfahren**.
- **Bis zu 2 Jahre im Berufsbildungsbereich** als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, **aber** nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Bei Bedarf sind über **Unterstützte Beschäftigung** Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren oder Arbeitskleidung.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Die **Gewährung eines Zuschusses** kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse oder Zuschüsse für Arbeitshilfen, Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.



Praxistipps!

- Leistungsberechtigte und Arbeitgeber können sich bei Fragen an die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe wenden. Adressen unter www.ansprechstellen.de.
- Menschen mit Behinderungen erhalten Beratung und Informationen auch von der unabhängigen Teilhabeberatung. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Übergangsgeld

Nehmen Patienten mit chronischen Schmerzen an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. an Maßnahmen zur beruflichen Orientierung teil, kann Übergangsgeld einkommenslose Zeiten überbrücken. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht.

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

Bei allen 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, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Die jeweiligen Voraussetzungen der einzelnen Kostenträger sind im Detail unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Übergangsgeld“* nachzulesen.

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt:

- 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.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an berufliche Reha-Leistungen **beträgt das Übergangsgeld 67 % bzw. 60 %** der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. **angerechnet**:

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

- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der **Unfallversicherung** gezahlt wird

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

Sozialversicherungsbeiträge

Empfänger von Übergangsgeld sind sozialversicherungspflichtig. Die Beiträge zu Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung zahlt der Träger, der das Übergangsgeld zahlt.

Dauer

Die 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 abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht: sog. Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.
- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

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 des **Rentenversicherungsträgers** und der **Agentur für Arbeit** für diesen Zeitraum.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

Reha-Sport und Funktionstraining

Durch gezieltes Training können Schmerzen, die z.B. durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden. Der Arzt kann dafür Reha-Sport und Funktionstraining verordnen.

Reha-Sport

Zum Reha-Sport zählen **Sport, sportliche Spiele** und gezielte **bewegungstherapeutische Übungen**. Möglich sind auch Entspannungsübungen oder Gebrauchsübungen für technische Hilfen. Die Maßnahmen sind abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer.

Ziele von Reha-Sport sind:

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

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

Funktionstraining

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen und wird als **Trocken- und/oder Wassergymnastik** angeboten. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (z.B. Muskel- und Gelenkschmerzen), insbesondere bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen wie Rheuma und Osteoporose.

Ziele von Funktionstraining sind:

- Körperliche Funktionen erhalten oder verbessern
- Funktionsverluste von Organen/Körperteilen verzögern
- Schmerzen lindern
- Beweglichkeit verbessern
- Krankheitsbewältigung unterstützen
- Selbsthilfepotentiale aktivieren, um die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu stärken und langfristig zu körperlichem Training zu motivieren

Kostenträger und Zuständigkeit

Reha-Sport und Funktionstraining sind sog. ergänzende Leistungen zur Reha.

Stellt ein Arzt fest, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die **Antragstellung** erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56).

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

Wenn Reha-Sport oder Funktionstraining aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig sind, übernimmt die Unfallversicherung die Kosten.

Unter bestimmten Voraussetzungen und wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist, können Reha-Sport und Funktionstraining im Rahmen einer beruflichen Reha auch von der Agentur für Arbeit übernommen werden.

Privatpatienten müssen in der Regel einen Vertrag über die Reha-Sport- bzw. Funktionstrainings-Leistungen mit dem Leistungserbringer abschließen und erhalten eine Rechnung. Diese Rechnung können sie dann bei ihrer Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe die Kosten erstattet werden, sollten Privatpatienten deshalb immer **im Voraus** mit ihrer Krankenversicherung klären.

Verordnung

Reha-Sport und Funktionstraining werden bei medizinischer Notwendigkeit vom behandelnden Arzt verordnet. Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, kann die Verordnung auch durch den Arzt einer Reha-Einrichtung verordnet werden.

In der Verordnung stehen

- die Diagnose nach ICD 10 und ggf. Nebendiagnosen,
- die Gründe und Ziele, warum Reha-Sport/Funktionstraining (weiterhin) notwendig ist,
- die Dauer des Reha-Sports bzw. des Funktionstrainings sowie
- eine Empfehlung für die Auswahl der geeigneten Reha-Sportart, bzw. des geeigneten Funktionstrainings.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining kann je nach Kostenträger und Schwere der Erkrankung unterschiedlich lange in Anspruch genommen werden:

| Kostenträger | Dauer |
|---------------------|--|
| Rentenversicherung | In der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate. |
| Unfallversicherung | Die Anspruchsdauer ist nicht begrenzt, sodass Reha-Sport/Funktionstraining wiederholt gewährt werden kann. |
| 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 durch bestimmte chronische Erkrankungen etwa 24 Monate. |

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Bei welchen Erkrankungen Reha-Sport bzw. Funktionstraining von den Trägern länger bezahlt wird, ist in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ geregelt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellt diese unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha Vereinbarungen zum Download zur Verfügung.

Praxistipps!

- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-301 bzw. 02234 6000-306, www.dbs-npc.de > Schnellzugriff > Rehasportgruppen.
- Bei dem gemeinnützigen Rehasport e.V. können unter www.rehasport-finder.de Anbieter von Reha-Sportmaßnahmen nach PLZ gesucht werden.

Wer hilft weiter?

Der jeweilige Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Agentur für Arbeit). Bei der Krankenkasse können auch die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Nähe erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der 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. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder **unter 12 Jahren** oder Kinder mit einer **Behinderung** zu versorgen sind.

Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden.

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder **unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- 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.

Wer hilft weiter?

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Wenn Betroffene mit chronischen Schmerzen dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten, kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** gestellt werden. Erhält der Schmerzpatient eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (siehe S. 68).

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann ein Antrag auf **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 70) gestellt werden.

Erwerbsminderungsrente

Wenn die Beeinträchtigungen durch die chronische Schmerzerkrankung so groß sind, dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, ist es möglich Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

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

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Rente* > *Allgemeine Informationen zur Rente* > *Rentenarten & Leistungen* > *Erwerbsminderungsrenten*.

Medizinische Voraussetzungen

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

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

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

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die wegen verschlossenem Arbeitsmarkt gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenantrages einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein kann, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Voraussetzungen bei Menschen mit Behinderungen

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und** wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

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, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt

der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenantrag muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

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

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch 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. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um 1 Monat, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

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

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente nicht ausreicht, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 68) beantragt werden.

- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfszuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundrente“.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Eine chronische Schmerzerkrankung kann durch längeren krankheitsbedingten Einkommensausfall auch zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Betroffene, die wegen Alters oder aufgrund einer vollen Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen, können Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beantragen.

Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen werden 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 der Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
- 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.
- Keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Höhe

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

| Anspruchsberechtigte Personen | Höhe |
|--|-------|
| Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende | 449 € |
| Volljährige Ehe- oder Lebenspartner in einer Bedarfsgemeinschaft jeweils | 404 € |
| Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern jeweils | 360 € |
| Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils | 376 € |
| Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils | 311 € |
| Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils | 285 € |

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle S. 69).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

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

Erhält ein Mensch mit Behinderung neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung. Ausführliche Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfänger, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- 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 langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann durch die 2021 neu eingeführte Grundrente einen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Grundrente muss nicht beantragt werden, die Rentenversicherung prüft durch Datenabgleich mit den Finanzbehörden die Anspruchsberechtigung.

Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z.B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen.

Wenn ein Schmerzpatient seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln bestreiten kann, dann kann er „Hilfe zum Lebensunterhalt“ beim Sozialamt beantragen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 69) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Behinderung

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

Definition

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 wird durch einen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen, 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.

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

Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen

Bei chronischen Schmerzen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Er richtet sich in der Regel nach der Grunderkrankung und beziffert die Schwere der Behinderungen.

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

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

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

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

Beispiele für die Begutachtung von chronischen, schmerzhaften Erkrankungen:

| Echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen) | GdB/GdS |
|---|----------------|
| leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) | 0–10 |
| mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) | 20–40 |
| schwere Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) | 50–60 |

| Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule (z.B. Bechterew-Krankheit) | GdB/GdS |
|--|----------------|
| ... ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden | 10 |
| ... mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität) | 20–40 |
| ... mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) | 50–70 |
| ... mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) | 80–100 |
| Auswirkungen über sechs Monate anhaltender aggressiver Therapien sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen. | |

| Gesichtsneuralgien (z.B. Trigeminusneuralgie) | GdB/GdS |
|--|---------|
| leicht (seltene, leichte Schmerzen) | 0-10 |
| mittelgradig (häufigere, leichte bis mittelgradige Schmerzen, schon durch geringe Reize auslösbar) | 20-40 |
| schwer (häufige, mehrmals im Monat auftretende starke Schmerzen bzw. Schmerzattacken) | 50-60 |
| besonders schwer (starker Dauerschmerz oder Schmerzattacken mehrmals wöchentlich) | 70-80 |

| Gefäßkrankheiten: Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) | GdB/GdS |
|--|---------|
| ... mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig | 0-10 |
| ... mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II: | |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m | 20 |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100-500 m | 30-40 |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50-100 m | 50-60 |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von weniger als 50 m ohne Ruheschmerz | 70-80 |
| ... Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer Störungen (Stadium IV) | |
| einseitig | 80 |
| beidseitig | 90-100 |

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderungen und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen (sog. Nachteilsausgleiche) beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

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

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

Folgende 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 unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt 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 der Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab dem 10. Geburtstag notwendig). Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

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:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- Bei **schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zum 10. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- Bei **schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zum 20. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

- **Bei ausländischen, schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Es gibt folgende Merkzeichen:

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

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

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. **Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen**, z.B. **Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen 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 finden Sie im Anhang ab S. 90.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderungen“ des beta Instituts, kostenloser Download unter www.betanet.de > Ratgeber.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 22191100-6, Mo-Do 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 (z.B. zu 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**. Adressen unter www.arbeitsagentur.de > *Dienststelle finden*.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises. Adressen finden Sie bei der Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > *Themen* > *Schwerbehinderung* > *Schwerbehindertenausweis* > *Versorgungsamt*.

Pflege

Chronische Schmerzen schränken das tägliche Leben meist nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn jedoch eine schwere Grunderkrankung besteht, kann es zu einer Pflegebedürftigkeit kommen.

Allgemeines zur Pflegeversicherung

Grundsätzlich ist die **Pflegeversicherung**, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, **keine Vollversicherung**. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Eine **private Pflegezusatzversicherung** kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Ist die Kostendeckung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht möglich, können Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der **Hilfe zur Pflege** erbracht werden.

Pflegebedürftigkeit

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

Vorversicherungszeit

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

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.

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

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.

Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt zugänglich machen. Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden vom Versicherten, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse beauftragt den **Medizinischen Dienst (MD)** oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherer – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest. Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“*.

Ermittlung des Pflegegrads

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



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung 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.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter www.mds-ev.de > *Richtlinien / Publikationen* > *Richtlinien / Grundlagen der Begutachtung* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 92 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* heruntergeladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient zu Hause erhält.

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. Das **Pflegegeld** beträgt je nach Pflegegrad **zwischen 316 € und 901 € monatlich**.

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist der Pflegebedürftige 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. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. 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.

Pflegekurse

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

Entlastungsbetrag

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

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

Digitale Pflegeanwendungen (DIPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € für die Nutzung von DIPAs und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DIPAs sollen die Selbstständigkeit fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in **ambulant betreuten Wohngruppen** haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von **214 € monatlich**. Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient teilweise oder ganz in einer stationären Pflegeeinrichtung erhält.

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

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt wird und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhält der Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

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 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € 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.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 € bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige in Abhängigkeit der Verweildauer Zuschläge.

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.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 92 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit 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 > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

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

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.
- Informationen für pflegende Angehörige z.B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.

Patientenvorsorge

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht kann man für den Fall, dass man nicht mehr in der Lage ist seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen. Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenkreise beschränken.

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheitssorge, Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Hier können auch Bestimmungen zum digitalen Nachlass getroffen werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitaler Nachlass“.

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter untersteht – im Gegensatz zum Betreuer – keiner staatlichen Kontrolle durch das Betreuungsgericht.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn der Vorschlag dem Wohl des Betroffenen zuwiderläuft oder dieser erkennbar nicht mehr an der Person festhalten möchte. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der aktuelle Wunsch entscheidend.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für Krankheitssituationen oder die letzte Lebensphase. In der Verfügung beschreibt der Verfasser möglichst genau die gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung für Situationen, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „**Garantenpflicht**“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation zu, muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d.h. enthält die Patientenverfügung eine Entscheidung über die Einwilligung/Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe etc., die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, ist eine Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten nicht erforderlich, da der Betreute/Vollmachtgeber (= Patient) diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat und diese für den Betreuer/Bevollmächtigten bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation **nicht zu oder** gibt es keine Patientenverfügung, muss der Betreuer/Bevollmächtigte den **mutmaßlichen Patientenwillen** ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.

Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann 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 Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Adressen

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

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

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Christiane Hermann (Präsidentin)
Justus-Liebig-Universität – Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Otto-Behaghel-Str. 10f, 35394 Gießen
Telefon: 0641 9926081
Fax: 0641 9926099
E-Mail: praesident@dgpsf.de
www.dgpsf-verein.de > Für Patienten

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Lennéstr. 9, 10785 Berlin
Telefon: 030 85621880 (Di und Do von 10–12 Uhr)
Fax: 030 22185342
E-Mail: info@dgschmerzmedizin.de
www.dgschmerzmedizin.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Rüsselsheimer Str. 22 – Haus A, 60326 Frankfurt am Main
Telefon: 069 20019019 (Mo bis Fr von 9–12 Uhr) und 06201 6049415 (Mo und Mi von 18–20 Uhr)
E-Mail: info@schmerzliga.de
<https://schmerzliga.de>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

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

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

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

Aktion Gesunder Rücken (AGR) e.V.

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

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) e.V.

Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt
Telefon: 09721 22033
Telefax: 09721 22955
E-Mail: dvmb@bechterew.de
www.bechterew.de

Bundesselbsthilfverband für Osteoporose (BfO) e.V.

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

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

Ölmühlweg 31, 61462 Königstein im Taunus
Telefon: 06174 29040
E-Mail: info@dmkg.de
www.dmkg.de

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

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

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

Ziegelstr. 25a, 23556 Lübeck
Telefon: 0451 58544625
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de
www.uvsd-schmerzlos.de

Impressum

Herausgeber

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

Stets aktualisierte Inhalte und Ratgeber finden Sie unter *www.betanet.de* – dem größten Portal für sozialrechtliche und psychosoziale Informationen im Gesundheitswesen.

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Claudia Gottstein, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© C. Schüßler – stock.adobe.com – ID 78577149

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

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.

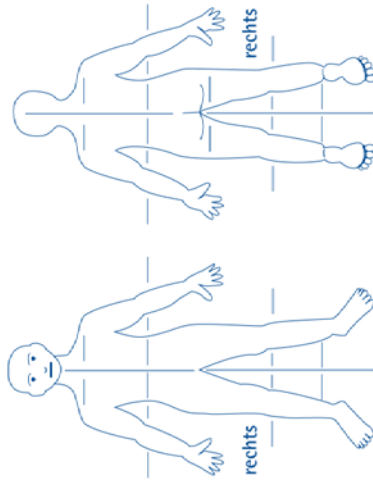
17. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2022

Häufig ist es schwierig, seine Schmerzen Dritten gegenüber zu beschreiben. Der vorliegende Schmerzfragebogen kann Ihnen die Dokumentation erleichtern. Bitte sprechen Sie ggfs. mit Ihrem behandelnden Arzt, ob für ihn diese Art der Dokumentation hilfreich ist.

Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____
 Datum _____ Woche vom _____

1. Bitte zeichnen Sie in der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben.



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

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

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

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

Persönliche Bemerkungen:

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

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

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

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

😊 gut 😊 mäßig 😐 schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

| Datum | Medikament | Früh | Mittag | Abend | Nacht |
|-------|------------|------|--------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB. Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

| 20 | 30/40 | 50 | 60 | 80 | 90 | 100 |
|---|---|--|--|---|---|---|
| Eine Funktions-einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung. | | | | | | |
| Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz (EStG)) | Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX) Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG) Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX) Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX) Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) | Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz) Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz) | Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG) Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV) Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen | Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG) Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz) | Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG) Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder Gl: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates. | Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG) Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz) Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter) Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz) In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB |
| | 30/40 | | 70 | | | |
| Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX) | Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX) | Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen) | Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG) | | | |
| Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX) | Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX) Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich | Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG) | Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG) | | | |
| Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG) | Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AVD (Satzungen der Clubs) | Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen Hi: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG) | Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV) Ermäßigte BahnCard | | | |

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

| aG | B | BI | G | GI | H | RF |
|--|---|---|--|--|---|---|
| außergewöhnlich gehbehindert | Notwendigkeit ständiger Begleitung | blind | erheblich gehbehindert | gehörlos | hilflos | Ermäßigung des Rundfunkbeitrags |
| Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) | Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) | Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX) | Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG) | Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) | Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX) | Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV) |
| | | | | | | |
| Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) | Begleitperson von Kurttaxe befreit (örtliche Verordnungen) | Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV) | Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG) | Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat | Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG) | Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates |
| | | | | | | |
| Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen | Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG) | Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG) | Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII) | Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für taubblinde Menschen Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) | In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde | taubblind |
| | | | | | | |
| Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII) | Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO) | Blinderhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld | Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO) | In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde | Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V) | Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV) |
| | | | | | | |
| Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Begleitperson von Kurttaxe befreit (örtliche Verordnungen) | Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V) | Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) |
| | | | | | | |
| Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Begleitperson von Kurttaxe befreit (örtliche Verordnungen) | Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V) | Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) |
| | | | | | | |
| Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Begleitperson von Kurttaxe befreit (örtliche Verordnungen) | Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V) | Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG) | Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) | Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) |
| | | | | | | |

