

Wege zu Sozialleistungen

Finanzielle Hilfen nach dem Schlaganfall



Inhaltsverzeichnis

1	Im Krankenhaus	3
	Gesetzliche Betreuung	4
	Checkliste	4
2	Rehabilitation	5
	Die Phasen der Neurologischen Rehabilitation	5
	Organisation von Rehabilitation	6
	Entscheidung über Rehabilitation	6
	Die verschiedenen Rehabilitationsformen	7
	Inhalte einer umfassenden Schlaganfall-Rehabilitation	8
	Antragstellung und Kostenträger	8
	Soziale Absicherung im Krankheitsfall bei berufstätigen Patienten	10
	Ende von Rehabilitationsmaßnahmen	10
	Heilmittelverordnungen	11
	Anzahl der ambulanten Therapien	11
	Budgetierung von ambulanten Therapien	12
	Rehabilitationssport	13
	Checkliste	14
3	Pflegebedürftig – Was tun?	15
	Allgemeine Bedingungen	15
	Antragsstellung	15
	Die sechs Module der Begutachtung	16
	Pflegegeld und Pflegesachleistungen	17
	Weitere Leistungen der Pflegeversicherung	18
	Checkliste	21
4	Wichtige Sozialleistungen und Hilfemöglichkeiten	22
	Anträge auf Sozialleistungen	22
	Beratungsmöglichkeiten	22
	Sicherstellung des Lebensunterhalts nach der Erkrankung	23
	Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes – § 38 SGB V	24
	Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter	25
	Der Schwerbehindertenausweis	25
	Tipps zur Antragsstellung	26
	Nachteilsausgleiche im Arbeitsleben	27
	Wohnen und Nachteilsausgleiche	28
	Wichtige Gleichstellungsregelungen: Reform des Mietrechts	28
	Checkliste	29
5	Zuzahlungen zu Sozialleistungen	30
6	Wichtige Ansprechpartner	31

1 Im Krankenhaus

Angehörige und Partner sind in der Akutphase der Erkrankung das wichtigste Bindeglied zwischen Schlaganfall-Patienten und Krankenhaus. Für den behandelnden Arzt ist es sehr wichtig, die medizinische Vorgeschichte von Menschen zu erfahren, die dem Patienten nahestehen. Je nach Schwere bzw. Auswirkung der Erkrankung ist der Patient nicht in der Lage, seine Interessen wahrzunehmen, daher sollten dies vertraute Personen für ihn tun. In den ersten Tagen nach dem Schlaganfall ist das Gehirn aufgrund des gestörten Energiestoffwechsels oft stark geschwollen (Gehirnödem). Deshalb sind die Krankheitszeichen in der Akutphase sehr ausgeprägt. Nach dem Abschwellen des Gehirnödems und sobald alle Vitalfunktionen (Lebensfunktionen) wie Atmung, Kreislauf und Temperatur stabil

sind, können die Frühmobilisation und erste Therapien beginnen. Die Patienten erlernen mithilfe von Krankengymnasten, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und unter Anleitung des Pflegepersonals, die verloren gegangenen Fähigkeiten in sehr kleinen Schritten wieder neu.

Kein Schlaganfall ist wie der andere. Das Gehirn ist nicht nur die Steuereinheit unseres Körpers, sondern auch ein eigenständiges Organ mit vielen Funktionen. Für die Erholung des Gehirns sind das Ausmaß der Schädigung und das Alter des Patienten mit entscheidend.

Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Familie und Freunde müssen vom Tag der Aufnahme an zusammenarbeiten. Sollte der Hausarzt noch nicht Bescheid wissen, informieren sie ihn ebenfalls frühzeitig.



Gesetzliche Betreuung

Ist aufgrund der Krankheit oder der Behinderung des pflegebedürftigen Patienten die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich, wird das zuständige Amtsgericht zunächst Folgendes prüfen: Ist eine Person aus dem nahen Umfeld des Betroffenen in der Lage und bereit, gesetzlicher Betreuer zu werden?

Sind Sie für Ihren Angehörigen gesetzlicher Betreuer, können Sie sich beispielsweise bei Betreuungsvereinen über anstehende Entscheidungen und Regelungen beraten lassen. Der Betreuer regelt für den Betroffenen Dinge, die er nicht mehr alleine kann. Für einige Entscheidungen muss dabei immer die Genehmigung des Amtsgerichtes eingeholt werden.

Checkliste

Diese Liste hilft Ihnen bei der Organisation Ihrer Versorgung

	erledigt	trifft nicht zu
Hausarzt des Schlaganfall-Patienten benachrichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Arzt über die Rehabilitation sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Sozialdienst oder dem Schlaganfall-Lotsen im Krankenhaus sprechen, welche Hilfe dieser leisten kann (z. B. Unterstützung bei der Organisation von Rehabilitation oder pflegerischer Weiterversorgung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsangebote von Familie, Nachbarn und Freunden annehmen und Termine verbindlich vereinbaren. Lernen Sie, die Hilfe anzunehmen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere professionelle Hilfsangebote zur Bewältigung der kommenden Aufgaben erfragen und wahrnehmen (Informationen erhalten Sie z. B. bei den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, Pflegestützpunkten, Schlaganfall-Helfern, Selbsthilfegruppen oder den regionalen Schlaganfall-Büros der Stiftung; wichtige Adressen finden Sie am Schluss dieses Ratgebers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Rehabilitation

Die Krankenhausbehandlung nach einem Schlaganfall dauert im Schnitt 7 bis 10 Tage. So früh wie möglich sollten Sie den behandelnden Krankenhausarzt ansprechen, ob im Anschluss eine Rehabilitationsmaßnahme möglich ist.

Der Anspruch auf umfassende Hilfe zur Vermeidung einer Behinderung, auf ein selbstbestimmtes Leben mit einer Behinderung, auf Erhaltung der Erwerbsfähigkeit („Reha vor Rente!“) und die Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürfnis-

tigkeit („Reha vor Pflege!“) sind gesetzlich geregelt. Danach sollen ambulante Rehabilitation in Rehabilitationskliniken und wohnortnahe Rehabilitation durch mobile Rehabilitationsteams weiter ausgebaut werden.

Die Phasen der Neurologischen Rehabilitation

Im Bereich der Neurologischen Rehabilitation gibt es ein sogenanntes Phasenmodell. Je nach Hilfebedarf des Pati-

Übersicht

- **Phase A – Akutversorgung:** Je nach dem gesundheitlichen Zustand des Patienten wird er auf einer Stroke Unit, Intensivstation oder Normalstation versorgt.
- **Phase B – Frührehabilitation:** Hier wird eine intensive Behandlung und Rehabilitation mit ärztlichen und therapeutischen Schwerpunkten durchgeführt. Hinzu kommt die aktivierende und stimulierende Pflege.
- **Phase C – Weiterführende Rehabilitation:** Der Patient bedarf in der Alltagsbewältigung nicht mehr so viel Hilfe wie in Phase B, sodass die (Teil-)Mobilisierung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit im Vordergrund steht.
- **Phase D – Anschlussheilbehandlung:** Hier richten sich die Rehabilitationsziele nach den Maßgaben der Deutschen Rentenversicherung. Ziele sind die Minderung bestehender Behinderungen und Fehlhaltungen. Die rein medizinische Rehabilitation endet mit der Phase D.
- **Phase E – Berufliche Rehabilitation:** Sie schafft einen möglichen Übergang von der medizinischen Rehabilitation zurück in die Erwerbsfähigkeit. Sie enthält insbesondere Leistungen sowie begleitende Hilfen zur nachhaltigen Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation. Schwerpunkt der Leistungen in der Phase E ist die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.
- **Phase F – Langzeit-, Dauerbehandlungs- und Rehabilitationsphase:** Patienten, die trotz intensiver Behandlung und Rehabilitation einen andauernden und hohen Pflegebedarf haben (z. B. schweres Schädelhirntrauma, Komapatienten) fallen in die Phase F. Hier geht es schwerpunktmäßig um die aktivierende Langzeitpflege.

enten kommt für ihn eine bestimmte Rehabilitationsphase in Frage.

Organisation von Rehabilitation

Sind Gesamtzustand und Vitalwerte des Patienten stabil, erfolgt die weitere Behandlung in einer neurologischen Rehabilitationsklinik. Die Beantragung der Rehabilitation und die Organisation der Verlegung erfolgt durch das Akutkrankenhaus. Patient und Angehörige müssen sich nicht um Einzelheiten kümmern. Lediglich der Antrag muss vom Antragsteller/Bevollmächtigten unterschrieben werden, damit er weitergeleitet werden kann.

Je nach Grad der Beeinträchtigung erfolgt die Rehabilitation ambulant oder

stationär. Hat das Akutkrankenhaus keine neurologische Abteilung, ist die frühe Verlegung in eine neurologische Rehabilitationsklinik besonders wichtig. Zwischen der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik sollten nicht mehr als zwei Wochen verstreichen.

Entscheidung über Rehabilitation

Eine wirkungsvolle Rehabilitation muss zum passenden Zeitpunkt einsetzen. Wichtig ist daher die frühzeitige Planung. Sprechen Sie bereits wenige Tage nach Beginn des Krankenhausaufenthaltes mit dem behandelnden Arzt, ob eine Rehabilitation



in Frage kommt. Die Entscheidung darüber fällt je nach Arzt, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationszielen.

Die verschiedenen Rehabilitationsformen

Grundsätzlich empfehlen Experten, Schlaganfall-Patienten sollten ihre Rehabilitation immer in einer neurologischen Klinik erhalten. Ältere Patienten werden häufiger in die geriatrische Reha überwiesen, manche Akutkrankenhäuser halten eigene geriatrische Angebote im Haus vor. Dies hat den augenscheinlichen Vorteil, dass der Patient nicht verlegt werden muss. Allerdings ist die Therapiedichte in der geriatrischen Reha deutlich geringer als in der neurologischen. Die Sorge vor einer Überforderung der Patienten ist in der Regel unbegründet. Neue Studien beweisen, dass selbst hochbetagte Patienten von der spezifischen neurologischen Rehabilitation profitieren. Pflegebedürftigkeit oder Begleiterkrankungen des Patienten können eine geriatrische Rehabilitation rechtfertigen. Sie sollten dies aber in jedem Fall mit den behandelnden Ärzten besprechen.

Die häufigste und bekannteste Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist die Anschlussheilbehandlung (AHB). Diese dauert in der Regel drei Wochen und steht im engen zeitlichen Zusammenhang mit der vorherigen stationären Behandlung (Akutkrankenhaus oder Neurologische Rehabilitation Phase C).

Spätestens 14 Tage nach Ende der Krankenhausbehandlung muss die Anschlussheilbehandlung beginnen, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Wird von den Krankenhausärzten eine Rehabilitation empfohlen und ist der Patient bereits weitestgehend selbst-



ständig, kommt ggf. eine teilstationäre Rehabilitation in Frage, auch ambulante Rehabilitation genannt. Der Patient wird tagsüber ca. drei bis sechs Stunden in einer Tagesklinik therapiert und betreut. Die Behandlung entspricht der vollstationären Rehabilitation in vollem Umfang. Die Nacht sowie die Wochen-

enden und Feiertage verbringt der Patient in seinem gewohnten sozialen Umfeld. Hier muss gewährleistet sein, dass der Patient abends und an den Wochenenden bei seiner Familie bzw. bei seinen Angehörigen leben kann und die häusliche Versorgung sichergestellt ist.

Ist nach einem Schlaganfall eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt, hat aber der Patient die AHB-Fähigkeit noch nicht erreicht, kommen die früheren Phasen der Neurologischen Rehabilitation in Frage (siehe auch Seite 5). Abhängig davon, welchen Hilfebedarf der Patient hat und ob er noch intensivmedizinisch weiter überwacht werden muss, ist die Rehabilitation in Phase B (Neurologische Frührehabilitation) oder Phase C (Weiterführende Neurologische Rehabilitation) möglich. Ziel in der jeweiligen Rehabilitationsphase ist es, zunehmende Selbstständigkeit zu errei-

chen und den Wechsel in die nächste Rehabilitationsphase zu schaffen.

Inhalte einer umfassenden Schlaganfall-Rehabilitation

Die verschiedenen Rehabilitationsmöglichkeiten beinhalten unterschiedliche Angebote im Therapiebereich. Im Bereich der Rehabilitation für noch hilfebedürftige Patienten ist z. B. die aktivierende Pflege durch das Pflegepersonal Bestandteil der Therapie. Der behandelnde Arzt legt den individuellen Behandlungsplan für den einzelnen Patienten fest. Im Verlauf der Rehabilitation wird dieser den Möglichkeiten des Patienten immer wieder neu angepasst.

Antragstellung und Kostenträger

Die Zuständigkeit der Kostenträger für medizinische und berufliche Rehabilitation ist nicht immer klar geregelt.

Therapiemöglichkeiten während der Rehabilitation

- Physiotherapie
- Logopädie (Sprach- und Sprechtherapie)
- Ergotherapie (alltagspraktisches Handeln), Versorgung mit Hilfsmitteln
- Neuropsychologie
- Kunsttherapie und Musiktherapie (werden in einigen Kliniken angeboten)
- berufsfördernde und Wiedereingliederungsmaßnahmen

Weitere Hilfen und Angebote während der Rehabilitation

- Ernährungsberatung
- Sozialdienst
- Seelsorge
- Schlaganfall-Helfer
- Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten

Selbsthilfegruppen und Schlaganfall-Helfer:

1. Schlaganfall-Selbsthilfegruppen

Idee der Selbsthilfe ist es, dass sich Gleichbetroffene gegenseitig unterstützen. Im Gespräch können gemeinsam Lösungsansätze zur Bewältigung von Krankheit und Krisen entwickelt werden und der Austausch von Erfahrungen kann viele Fragen klären. Die Gruppe fördert Lebensfreude und Motivation und schützt vor Isolation, in die viele Schlaganfall-Patienten fallen.

2. Schlaganfall-Helfer

Der Schlaganfall-Helfer ist ein Ehrenamtlicher, der in der Nachsorge aktiv wird und dem Betroffenen bzw. den Familien zur Seite steht. Er hilft bei den ersten Schritten nach der Reha oder bei Fragen, die das alltägliche Leben betreffen. Sei es die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises oder die Vermittlung eines behindertengerechten Umbaus der Wohnung. Viele Schlaganfall-Betroffene und Angehörige fühlen sich in diesen Lebenssituationen überfordert. Hier kann der Schlaganfall-Helfer unterstützen.

Lassen Sie sich dadurch nicht beirren! In keinem Fall darf die Frage der Zuständigkeit die Einleitung einer erforderlichen Rehabilitationsmaßnahme gefährden oder verhindern. Für unklare Fälle sind in der Regel die Krankenkassen vorleistungspflichtig. Im Kranken-



haus oder später in der Rehabilitationsklinik wird in der Regel bekannt sein, welche Rehabilitationsmaßnahme wie und wann bei welchem Kostenträger zu beantragen ist. Fragen Sie im Krankenhaus nach, welche Stelle sich um die Antragstellung kümmert. Häufig ist es der Sozialdienst. Haben Sie Fragen zu Zuständigkeit, Antrag und Kostenübernahme, wird man Ihnen dort Auskünfte über den Verfahrensweg und mögliche Schwierigkeiten geben.

Im Bereich der Neurologischen Rehabilitation wird zwischen weiteren Krankenhausbehandlungen § 39 SGB V (Frührehabilitation Phase B, Akutgeriatrie) und Rehabilitation § 40 SGB V (Anschlussheilbehandlung, Geriatrische Rehabilitation) unterschieden. Die meisten Rehabilitationsmaßnahmen müssen vorher beantragt und genehmigt werden. Handelt es sich

bei der Rehabilitation formal um eine „weitere Krankenhausbehandlung“ (§ 39 SGB V), kann der Patient unter Umständen ohne einen vorherigen Antrag beim Kostenträger vorgelegt werden. Als Regel gilt: für Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Krankenhausbehandlung sind die Krankenkassen zuständig. Ist der Patient berufstätig, so muss zum Teil bereits im Bereich der Phase C, regelmäßig aber für eine Anschlussheilbehandlung, ein Antrag bei der zuständigen Rentenversicherung gestellt werden.

Mögliche Kostenträger für eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall sind:

- alle gesetzlichen Krankenkassen; einige haben spezielle Regelungen, wie z. B. Vertragskliniken.
- die Deutsche Rentenversicherung und private Krankenkassen mit und ohne Beihilfeberechtigung.

Besonderheit für privat versicherte Patienten: Steht der Patient im Berufsleben und hat er gesetzliche Rentenversicherungsansprüche bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (BfA) erworben, muss eine sogenannte Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM) eingeleitet werden. Auch wenn laufend nicht mehr in das Rentenkonto eingezahlt wird, ist die Deutsche Rentenversicherung Bund voraussichtlich Kostenträger. Die AGM ist direkt in Berlin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beantragen und die Entscheidung muss abgewartet werden.

Soziale Absicherung im Krankheitsfall bei berufstätigen Patienten

Als Arbeitnehmer haben Sie zunächst Anrecht auf die gesetzliche Lohnfortzahlung (bei Selbstständigen oder Beamten gelten andere Regelungen). Im Anschluss daran erhalten sie auf Antrag Krankengeld von der Krankenkasse. Befinden Sie sich in einer Rehabilitation mit dem Kostenträger Rentenversicherung und die Lohnfortzahlung endet oder Sie erhielten bereits Krankengeld, so bekommen Sie in dieser Zeit Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger. Sind Sie nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme über den RV-Träger weiter krankgeschrieben, haben Sie wieder Anspruch auf Krankengeld. Für die Rückkehr ins Berufsleben gibt es im Anschluss an die AHB verschiedene Möglichkeiten.

Möglichkeiten für die Rückkehr ins Berufsleben:

- stundenweise Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz
- Umsetzung am Arbeitsplatz
- Teilnahme an einer medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase E), beispielsweise in einem Berufsförderungswerk

Ende von Rehabilitationsmaßnahmen

Für Schlaganfall-Patienten gibt es keine lebenslange rehabilitative Begleitung. Kehrt der Patient nach Hause zurück, übernimmt der behandelnde Arzt die Verantwortung für die möglichst

lückenlose Weiterführung der rehabilitativen Maßnahmen. Jeder Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik enthält Empfehlungen zur Fortführung der Rehabilitation, deren Umsetzung für den nachhaltigen Rehabilitationserfolg von großer Bedeutung ist. Das in der stationären Rehabilitation Erreichte soll erhalten und in gewohnter Umgebung weiter ausgebaut werden. Eine Möglichkeit ist, dass der Patient regelmäßig eine Tagesklinik in seiner Nähe aufsucht. Vorteil solcher Einrichtungen ist, dass sich das Therapieteam an einem Ort befindet. Alternativ sucht der Patient regelmäßig seine verschiedenen Therapeuten auf.

Bei schwerer Pflegebedürftigkeit suchen die Therapeuten den Patienten zu Hause auf (ärztliche Verordnung erforderlich!).

Heilmittelverordnungen

Die Heilmittelrichtlinien betreffen nur Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen. Diese haben als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SBB V). Um diese Ziele zu erreichen, können Versicherte Sach- und Dienstleistungen erhalten. Diese werden von Dienstleistern, z. B. Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, erbracht. Der Arzt verordnet diese Therapien nach Richtlinien, die er im Heilmittelkatalog findet. Dieser gibt darüber Auskunft, mit welchen Heilmitteln in welcher Verordnungsmenge bzw. Gesamtverordnungsmenge die Therapieziele im Regelfall zu erreichen sind.

Was darf wie oft verordnet werden?

Die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen beträgt in den meisten Fällen für

- physikalische Therapie bis zu 10 Einheiten pro Rezept (neu seit dem 01.01.2017),
- Logopädie bis zu 10 Einheiten pro Rezept,
- Ergotherapie bis zu 10 Einheiten pro Rezept.

Anzahl der ambulanten Therapien

Jeder Arzt kann und darf Heilmittel verordnen (ein Rezept ausstellen). Für Schlaganfall-Patienten sind es überwiegend Allgemeinmediziner (Hausärzte), Internisten oder Neurologen. Die Häufigkeit, Dauer und Anzahl der Therapien bestimmt der verordnende Arzt. Innerhalb des Regelfalles erhält der Patient eine Erstverordnung. Danach muss er wieder beim Arzt vorstellig werden, dieser verordnet ihm dann weitere Therapien. Nach diesem Rezept muss der Arzt erneut konsultiert werden, um die zweite Folgeverordnung zu erhalten. Dies geschieht, da der Arzt sich ein Bild über den Erfolg der Therapie machen muss. Nach diesen Einheiten ist das vorgeschriebene Kontingent für den Regelfall laut Heilmittelrichtlinien für den Patienten ausgeschöpft. Danach ist gesetzlich eine Therapiepause von zwölf Wochen vorgesehen. Doch Achtung: Wenn die gestellten Therapieziele nicht erreicht werden konnten,

kann der Arzt in diesem individuellen Einzelfall durch zusätzliche Rezepte weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalles erteilen. Diese muss er begründen und erläutern, warum eine kontinuierliche Weiterführung der ambulanten Therapie für den Patienten sinnvoll ist. Die Entscheidung ist vom Schweregrad der Erkrankung und von der Therapieform abhängig. Die Verordnungsmenge richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen in diesem Einzelfall. Doch muss der Patient innerhalb von zwölf Wochen mindestens eine ärztliche Untersuchung durchführen lassen.

Bei Therapien außerhalb des Regelfalles ist darauf zu achten, dass der Patient seine Krankenkasse darüber informiert, da sie vor Beginn der weiterführenden Therapien diese genehmigen muss. Erhält der Patient keine Therapien außerhalb des Regelfalles, muss er die zwölfwöchige Therapiepause einhalten. Sollte in dieser Zeit eine Krankheitsverschlechterung oder ein erneuter Schlaganfall eintreten, der sich auf die Handicaps negativ auswirkt, so kann der Arzt innerhalb der zwölfwöchigen Therapiepause erneut Verordnungen ausstellen, diese dann aber außerhalb des Regelfalles.

Ein erneuter Therapiebeginn nach der zwölfwöchigen Therapiepause hat zur Voraussetzung, dass sich die Handicaps so verschlechtern haben, dass sie nur mit fachtherapeutischer Behandlung verbessert werden können. Sollte dies der Fall sein, so gilt hier wieder das

Prinzip: Erstverordnung, erste und zweite Folgeverordnung.

Budgetierung von ambulanten Therapien

Einige Schlaganfall-Patienten haben Probleme, notwendige rehabilitative Maßnahmen genehmigt zu bekommen. Es gibt Ärzte, die in sehr beschränktem Umfang Rezepte bzw. Verordnungen für Therapien ausstellen. Anerkannte Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie) sind Heilmittel und unterliegen der Budgetierung. Falls Ihr Arzt die Verordnung notwendiger Leistungen mit Hinweis auf sein Budget ablehnt, sollten Sie auf jeden Fall zunächst die Übungen nach Absprache mit Ihrem Therapeuten soweit möglich selbstständig zu Hause weiterführen und mit Ihrem Arzt und Ihrem Therapeuten eventuelle Alternativen erörtern.

Tipp:

Sind Sie bisher bei Ihrem Hausarzt in Behandlung, ist möglicherweise die Überweisung zu einem Facharzt, beispielsweise einem Neurologen, bereits hilfreich. Fachärzte haben in der Regel bessere Möglichkeiten, Therapien zu verordnen.

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse kann bestehen, wenn ein Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, Krankheiten zu verhüten, deren

Verschlimmerung oder gar Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Der Arzt rezeptiert das gewünschte Hilfsmittel, wie z. B. Rollstuhl, Gehhilfe oder Rollator. Dieses Rezept muss bei der Krankenkasse eingereicht werden, die die Kosten für das Hilfsmittel nach eingehender Prüfung übernimmt. Häufig ist es so, dass Krankenkassen Verträge mit den ortsansässigen Sanitätshäusern haben, sodass dort die entsprechenden Hilfen bestellt werden müssen. Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Krankenkasse ist, dass ein Hilfsmittel im Hilfsmittelkatalog gelistet ist.

Hilfsmittel

„Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware ... von den Leistungserbringern (Krankenkassen) abgegeben werden ... Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehören zu den Hilfsmitteln

- Sehhilfen,
- Hörhilfen,
- orthopädische und andere Hilfsmittel,
- Körperersatzstücke.“

(Gemeinsamer Bundesausschuss, Stand 21.12.2012)

Rehabilitationssport

Rehasport in Sportvereinen und -gemeinschaften ergänzt Rehabilitation und Therapie auf ideale Weise. Unter Anleitung qualifizierter Fachübungsleiter wird in Mitgliedsvereinen des Deutschen Behin-



dertensportverbandes (DBS) Sport für Schlaganfall-Betroffene angeboten. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele etc. dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und der psychischen Stabilisierung.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe unterstützt in enger Kooperation mit dem DBS Vereine und Gruppen, die Rehabilitationssport in ihrer Gemeinde oder Stadt anbieten wollen. Laut SGB IX, § 44 sind die Krankenkassen Träger von „ergänzenden Leistungen“ (ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung). Die ärztliche Verordnung unterliegt nicht der Budgetierung.

Checkliste

Diese Liste hilft Ihnen bei der Organisation Ihrer Versorgung

	erledigt	trifft nicht zu
frühzeitig mit dem Arzt über Rehabilitation und Klinik sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitliche Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation mit dem Arzt abklären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der im Krankenhaus für die Einleitung der Rehabilitation zuständigen Stelle sprechen, welche Dinge von den Angehörigen geklärt werden müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Rehabilitationsklinik vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme Kontakt aufnehmen und nachfragen, was der Patient mitbringen sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls die Rehabilitationsklinik weiter entfernt ist, klären, welche Übernachtungsmöglichkeiten es für Angehörige gibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkundigung über das Angehörigen-Schulungsprogramm der Klinik bzw. Vereinbarung von Terminen mit Therapeuten zur Therapiebegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Krankenkasse, Volkshochschule oder örtlichen Pflegediensten etc. nach Pflegekursen fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
um Hilfe zur Bewältigung der kommenden Aufgaben bitten (Freunde und Verwandte helfen gern – nur Mut!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Pflegebedürftig – Was tun?

Allgemeine Bedingungen

Seit dem 01.01.2017 ist das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) in Kraft, das das Pflegestärkungsgesetz vom 01.01.2015 ersetzt hat. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II sind umfassende Neuerungen im Bereich der Pflege beschlossen worden. Neben der Erweiterung der Definition der „Pflegebedürftigkeit“ sind auch die alten Pflegestufen durch ein neues System von Pflegegraden ersetzt worden. Das neue Pflegestärkungsgesetz soll den Menschen mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt des neuen Begutachtungssystems stellen: „Pflegebedürftig im Sinne des SGB IX sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“ „Pflegebedürftig ist, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbstständig kompensieren kann.“

Zentraler Maßstab ist der Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen und nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten bei der Begutachtung durch Pflegepersonen. Als Selbstständigkeit gilt bei der Begutachtung jetzt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine, also ohne Unterstützung eines anderen, ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem



Hilfsmittel umsetzen kann, z. B. sich mithilfe eines Rollators in der Wohnung fortbewegen kann und keine Unterstützung durch eine andere Person benötigt.

Antragstellung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu bekommen, muss ein Antrag gestellt werden, der bei der Pflegeversicherung erhältlich ist. Dieser muss vom Pflegebedürftigen selbst, einer bevollmächtigten Person oder vom gesetzlichen Betreuer unterschrieben werden. Als Antragsdatum wird aber jede Erklärung, auch ein Anruf bei Ihrer Pflegekasse, gewertet. Bei nicht schriftlichen Anträgen müssen Sie einen schriftlichen Antrag nachreichen, das Antragsformular wird Ihnen auf Wunsch zugeschickt. Grundsätzlich gilt: Befindet man sich zum Zeitpunkt der Antragstellung noch in stationärer Behandlung, können Leistungen erst ab dem Entlassungstag gewährt werden. War man schon länger pflegebedürftig und hat den Antrag erst später gestellt, können Leistungen erst ab Beginn des Monats der Antragstellung beansprucht werden.

Module der Begutachtung

Im neuen Begutachtungssystem wurden Kriterien aufgenommen, die bei den vorangegangenen Pflegegesetzen kaum berücksichtigt worden sind.

Die Beurteilung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die Gestaltung von Alltagsleben und soziale Kontakte sind die neuen Begutachtungsbereiche im PSG II.

Die einzelnen Module 1-6

- **Modul 1** Mobilität
- **Modul 2** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- **Modul 3** Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- **Modul 4** Selbstversorgung
- **Modul 5** Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- **Modul 6** Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Im **Modul 1** „Mobilität“ wird z. B. das selbstständige Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, das Treppensteigen oder das Halten einer stabilen Sitzposition beurteilt.

Im **Modul 2**, „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ werden z. B. die örtliche und zeitliche Orientierung, das Erkennen von Risiken und Gefahren, das Mitteilen von elementaren Bedürfnissen oder das Verstehen von Aufforderungen geprüft.

Bei den „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ im **Modul 3** wird z. B. festgestellt, inwieweit psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, Ängste oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage vorliegen. Die zu begutachtenden Bereiche im **Modul 4** der „Selbstversorgung“ sind u. a. die Körperpflege, das An- und Auskleiden oder Essen und Trinken. Die „Bewältigung von und der selbstständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ werden im **Modul 5** festgestellt, z. B. inwieweit die Pflegeperson in der Lage ist, selbstständig Medikamente einzunehmen, den Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln

beherrscht, selbstständig Arztbesuche vornehmen oder andere medizinische und therapeutische Einrichtungen aufsuchen kann. Im letzten Bereich (**Modul 6**) werden u. a. die „Gestaltung des Alltagslebens und die sozialen Kontakte“ beurteilt. Hierzu gehören z. B., dass sich die Pflegeperson selbst beschäftigen, seinen Tagesablauf an Veränderungen anpassen kann oder auch außerhalb seines direkten Umfeldes soziale Kontakte pflegt und aufrechterhält.

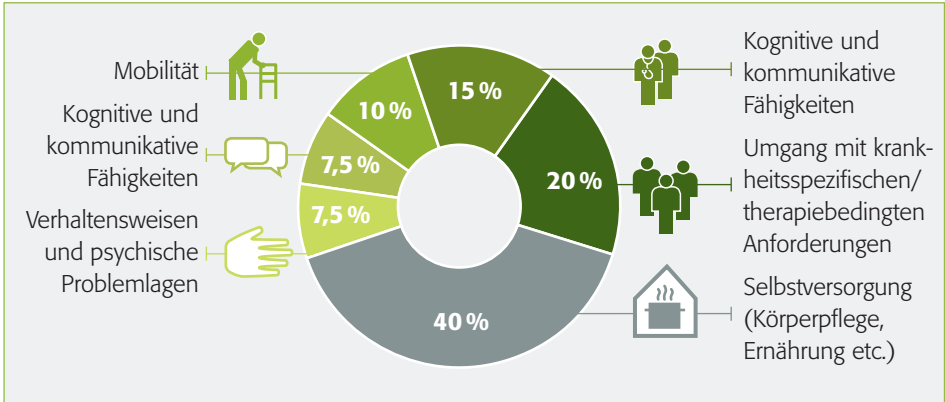
Darüber hinaus werden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten (z. B. Fortbewegung außerhalb der Wohnung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz oder Werkstatt für behinderte Menschen) und Haushaltsführung (Einkauf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Umgang mit Behörden) begutachtet. Diese Faktoren gehen nicht in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit mit ein, sondern dienen dazu, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und die sachgerechte Hilfeleistung bei der Haushaltsführung zu ermöglichen.

Die Gewichtung der Module

In die Auswertung des Gutachters wird die Gewichtung der einzelnen Module mit einbezogen. An der folgenden Darstellung wird deutlich, dass der Selbst-

versorgung mit einem Anteil von 40 Prozent bei der Beurteilung der Selbstständigkeit eine große Bedeutung beigemessen wird.

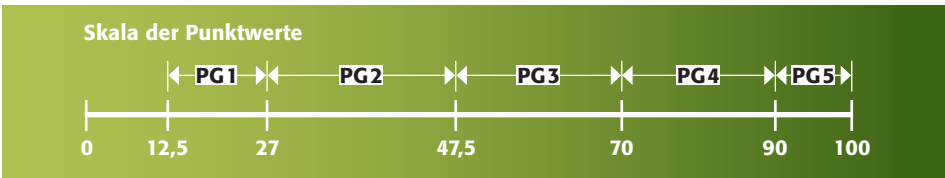
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff



Die Auswertung der Begutachtung

Jede Tätigkeit oder Fähigkeit in den einzelnen Modulen wird vom Gutachter mit Punkten bewertet, die er adiiert. Die Ergebnisse werden mithilfe einer festgelegten Skala gewichtet. Aus den gewichteten Punkten aller Module

wird dann durch Addition die Gesamtsumme gebildet. Die Gesamtsumme bestimmt schließlich den Pflegegrad. Zur Berechnung können Sie verschiedene Pflegegrad-Rechner im Internet finden.



Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Spätestens fünf Wochen nach der Begutachtung muss die Pflegekasse dem Antragsteller schriftlich Bescheid geben, wie der medizinische Dienst der Kran-

kenversicherung (MDK) ihn eingestuft hat. Folgende Geldleistungen stehen dem Pflegebedürftigen ab dem 01.01.2017 zur Verfügung:

Geldleistungen der sozialen Pflegeversicherung			
Pflegegrad	Pflegegeld pro Monat	Pflegesachleistung pro Monat	Zusätzlicher Entlastungsbeitrag pro Monat
1			125,- EUR
2	316,- EUR	689,- EUR	125,- EUR
3	545,- EUR	1.268,- EUR	125,- EUR
4	728,- EUR	1.612,- EUR	125,- EUR
5	901,- EUR	1.995,- EUR	125,- EUR

Hat der Gutachter eine Pflegebedürftigkeit anerkannt, kann ab Pflegegrad 2 zwischen Pflegegeld und Sachleistung oder einer Kombination aus beiden gewählt werden. Das Pflegegeld erhalten pflegebedürftige Menschen, die privat von Angehörigen oder Freunden gepflegt oder betreut werden. Sie erhalten das Geld, um ihren Aufwand für die tägliche Pflege und Betreuung abzugelten. Bei den Pflegesachleistungen werden die Betroffenen von professionellen Pflegekräften unterstützt, die sogenannte „ambulante Pflege“, die ins Haus kommen. Der Betrag der Pflegesachleistungen ist höher veranschlagt, sodass der Pflegebedürftige bis zu 40 Prozent der Sachleistungen für häusliche Betreuungsleistungen wie Spazierengehen, Begleitung zum Arzt oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen (z. B. Beschäftigung einer Putzhilfe) davon finanzieren kann.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

Teilstationäre Pflege

Auch diese Form wird von der Pflege-

versicherung übernommen und die Mittel richten sich hier ebenfalls nach den Pflegegraden. Teilstationär bedeutet, dass der Betroffene die Pflege entweder nur tagsüber oder nachts stationär benötigt und die restliche Zeit zu Hause gepflegt wird. Dies könnte z. B. zutreffen, wenn die Angehörigen berufstätig sind und der Patient in dieser Zeit nicht allein bleiben kann.

Stationäre Pflege

Die stationäre Pflege wird auch Heimunterbringung genannt. Sie ist Bestandteil des Leistungskataloges der Pflegeversicherung und abhängig vom Pflegegrad. Die Pflegekasse zahlt hier direkt einen Pauschalbetrag an das Heim.

Verhinderungspflege

Wenn der pflegende Angehörige erkrankt oder Urlaub benötigt, können die Kosten für eine Ersatzkraft im Rahmen der Verhinderungspflege bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden. Dies gilt nur einmal im Jahr und über einen Zeitraum von sechs Wochen, wenn es sich um häusliche Pflege handelt. Die Pflegeversicherung

bezahlt für die Verhinderungspflege maximal 1.612 Euro und das Pflegegeld wird in dieser Zeit zu 50 Prozent weitergezahlt. Wenn Familienangehörige für diese Zeit die Ersatzpflege übernehmen, zahlt die Pflegeversicherung in den sechs Wochen das 1,5-fache Pflegegeld. Wer mehr Verhinderungshilfe bedarf, kann die Mittel zur Kurzzeitpflege bis zur Hälfte, also 806 Euro, nutzen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege übernimmt die pflegebedingten Kosten für einen stationären Aufenthalt für bis zu acht Wochen im Jahr. Die Pflegeversicherung bezahlt bis zu 1.612 Euro pro Jahr und das Pflegegeld wird mit 50 Prozent weitergezahlt. Sollte mehr Zeit für die Kurzzeitpflege benötigt werden, kann zusätzlich die Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

Tages- und Nachtpflege

Die Tages- und Nachtpflege kann seit dem 1. Januar 2017 neben dem Pflegegeld voll beansprucht werden. Der monatliche Zuschuss richtet sich nach dem Pflegegrad.

Wichtige Informationen

Für alle von der Pflegeversicherung erhaltenen Leistungen, deren Kosten den Festbetrag übersteigen, müssen Patienten die Differenz selbst bezahlen. Sollten sie dazu nicht in der Lage sein, kann das Sozialamt diese übernehmen. „Im akuten Pflegefall haben Beschäftigte das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage freustellen zu lassen, um für einen

nahen Angehörigen eine gute Pflege zu organisieren (...). Eine kurzzeitige Freistellung können alle Arbeitnehmer in Anspruch nehmen, unabhängig von der Betriebsgröße.“ (BMGa)

Als Angestellte in einem Betrieb mit mehr als 15 Beschäftigten kann der Pfegende eines nahen Angehörigen, bei dem mindestens die Pflegestufe 1 genehmigt wurde, bis zu sechs Monate Freistellung ohne Lohnfortzahlung in Anspruch nehmen.

„Als Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.“ (BMGa) In dieser Pflegezeit werden die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung in der Regel von der Pflegeversicherung übernommen.

Das Führen eines Pflegetagebuches

Sollte sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtern und er somit einen höheren Pflegebedarf aufweisen, wird bei der Pflegeversicherung ein Antrag auf Höherstufung gestellt. Dafür ist es sehr wichtig, dass der Pfegende für zwei Wochen ein Pflegetagebuch führt, in dem er alle Verrichtungen und Tätigkeiten, die er über den Tag und eventuell auch in der Nacht für den Betroffenen ausübt, minutengenau einträgt. Dieses Pflegetagebuch sollte er bei der Begutachtung dem MDK in einer Kopie aushändigen. Pflegetagebücher erhält man bei der jeweiligen Krankenkasse.

Zeugen bei der persönlichen Begutachtung

Während der persönlichen Begutachtung ist es sehr wichtig, dass neben dem Pflegebedürftigen die Hauptpflegeperson, eine Vertrauensperson oder auch ein Mitarbeiter des Pflegedienstes, der den Patienten betreut, anwesend ist. Viele Patienten fühlen sich durch die Fragen des MDK verunsichert oder können bestimmte Abläufe nicht korrekt beantworten.

Freie Wahl der Pflegedienste

Jeder Versicherte hat die freie Wahl eines Pflegedienstes, sollte er diesen im Rahmen der Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Sie sollten sich Angebote von den ortansässigen Pflegediensten zukommen lassen und sich dann für einen entscheiden. Profitieren Sie auch hier von den Erfahrungen anderer, die in ähnlichen Situationen sind. Fragen Sie nach bei Nachbarn oder Bekannten, mit welchen Diensten diese gute Erfahrungen gemacht haben.

Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit / Unterhaltspflicht der Angehörigen

Wenn das eigene Einkommen und Vermögen des Schlaganfall-Betroffenen nicht ausreicht, besteht die Möglichkeit, Sozialhilfe zu beantragen (SGB IX in Kombination mit SGB XII). Gibt es Angehörige, wird vom zuständigen Sozialamt geprüft, inwieweit diese unterhaltspflichtig sind. Welche Einkommensgrenzen gelten und was die Angehörigen dazuzahlen müssen, ist von Bundesland zu Bundesland und

auch innerhalb der Länder unterschiedlich. Lassen Sie sich über die genauen Regelungen bei Ihrem Sozialamt beraten. Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig sind, müssen die Versicherten künftig keinen gesonderten Antrag stellen und keine ärztliche Verordnung bei der Krankenkasse einreichen, wenn der MDK dies in seinem Pflegegutachten empfiehlt.

Dies können z. B. präventive Maßnahmen wie Dekubitusprophylaxe, Kursangebote zur Sturzprävention oder Kurse zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung sein. Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation, um für den Alltag relevante Ziele zu erreichen, kann der Gutachter ebenfalls aussprechen, sodass ein Rehabilitationsantrag bei der Krankenkasse entfällt, sofern der Versicherte zustimmt.

Beiträge zur Rentenversicherung einer Pflegeperson werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad von 2–5 vorliegt und die pflegende Person regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Seit dem 01.01.2017 werden pflegende Personen nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert. Hierbei ist nach § 26 SGB III grundsätzlich erforderlich, dass unmittelbar vor der Pfl egetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat oder eine Leistung nach dem SGB III (z. B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde.

Checkliste

Diese Liste hilft Ihnen bei der Organisation Ihrer Versorgung

	erledigt	trifft nicht zu
den Hausarzt in die Entscheidungsfindung miteinbeziehen, nach einer Empfehlung für Pflegedienst oder Pflegeheim fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde, Bekannte oder Nachbarn nach ihren Erfahrungen mit Pflegediensten befragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeiten vor Ort erkunden: Welche Versorgungsangebote gibt es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adressen und Empfehlungen von ambulanten Pflegediensten sammeln bzw. die Pflegeberatung der Gemeinden oder Hilfsorganisationen darum bitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Ihnen wichtigen Eigenschaften des Pflegedienstes festlegen und vergleichen, schriftlichen Pflegevertrag nach Ihren Prioritäten prüfen (siehe Bestandteile des Vertrags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Bedarf an Hilfsmitteln für zu Hause klären und vor der Entlassung organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegetagebuch führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin des MDK der Pflegeperson bzw. dem Pflegedienst mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen an den MDK notieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pläne für Wohnumfeldverbesserungen bereitlegen und mit dem Gutachter besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit der Wohnraumberatung aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit der Pflegekasse (Kostenträger) für die pflege- und behindertengerechte Anpassung der Wohnung aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigung für einen Wohnungsumbau beim Vermieter einholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adressen von Pflegeheimen sammeln, Kostenvergleiche einholen und die Einrichtungen ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wichtige Sozialleistungen und Hilfemöglichkeiten

Anträge auf Sozialleistungen

Grundsätzlich werden in Deutschland Sozialleistungen nur auf Antrag gewährt. Es gilt stets das Antragsdatum, d. h., eine Leistung wird ab dem Datum der Antragstellung und nicht mit Eintritt der Krankheit erteilt. Eine Ausnahme ist der Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis, dieser kann rückwirkend gestellt werden. Angehörige sollten sich also frühzeitig kundig machen, welche Sozialleistungen sie in der jeweiligen Situation in Anspruch nehmen können. Anträge, die bei einem nicht zuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, müssen unverzüglich von der Antragsbehörde an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden. Die Leistungsträger sind verpflichtet, die Antragsteller zu unterstützen, damit unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

Beratungsmöglichkeiten

Bei der Beantragung von Hilfen und Leistungen können Sie sich nach Eintritt des Schlaganfalls zunächst u. a. an den Sozialdienst des Krankenhauses oder der Rehabilitationsklinik wenden. Empfehlenswert sind daneben frühzeitige Kon-

takte zu Selbsthilfegruppen, zur Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und bei Bedarf zu ehrenamtlichen Beratern der Sozialverbände des VdK und des Sozialverbandes Deutschland. Weitere Auskunftstellen sind die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger, die Beratungsstellen der AWO, Caritas, Diakonie,



des Deutschen Roten Kreuzes oder des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Sicherstellung des Lebensunterhalts nach der Erkrankung

Erkrankt eine bisher berufstätige Person, so hat sie zunächst Anspruch auf Lohnfortzahlung.

Bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis wird das Gehalt in der Regel für die Dauer von sechs Wochen weitergezahlt. Ausnahme: Der Arbeitsvertrag sieht eine andere Dauer vor.

Krankengeld erhalten versicherte Patienten, wenn Sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Die Arbeitsunfähigkeit muss der Krankenkasse gemeldet werden, sonst wird kein Krankengeld gezahlt.

Voraussetzung:

- Versicherung bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehaeinrichtung, wobei die Krankenkasse Kostenträger ist (bei Kostenträger Rentenversicherung: siehe unter „Übergangsgeld“)

Der Anspruch auf Krankengeld ruht in folgenden Fällen:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (mehr als ein Gehalt/Lohn); das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu sechs Wochen. Ist das Arbeitsentgelt niedriger als das Krankengeld, wird

die Differenz als Krankengeld geleistet. Nicht darunter fallen Zuschüsse zum Krankengeld, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.

- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit (Erziehungsurlaub) nach dem Bundeserziehungsgeld-Gesetz bis zum dritten 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, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld; auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit: Ist das Krankengeld höher als diese Leistungen, wird die Differenz als Krankengeld ausgezahlt.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld, Verletztengeld, Arbeitslosengeld; Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von
 - Vollrente aus der Rentenversicherung,
 - Rente aufgrund voller Erwerbsminderung,
 - Berufsunfähigkeitsrente aus der Rentenversicherung (nur bei gesetzlicher Versicherung),
 - Pension nach beamtenrechtlichen Grundsätzen sowie
 - Vorruhestandsgeld.



Die Zahlung des Krankengeldes für den Patienten wird unterbrochen, wechselt er aus einer Leistung der Krankenkasse in die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Patient nach der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation in die Anschlussheilbehandlung wechselt. Ist der Kostenträger für die Anschlussheilbehandlung eine gesetzliche Rentenversicherung, so wird diese während der Rehabilitation das sogenannte Übergangsgeld zahlen. Dieses entspricht in der Höhe in etwa dem Krankengeld. Es muss beim jeweiligen Rentenversicherungsträger beantragt werden. Nach Ende der Leistung durch den Rentenversicherungsträger wird bei weiterer Arbeitsunfähigkeit wieder die Krankenkasse zuständig.

Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes – § 38 SGB V

Versicherte erhalten eine Haushaltshilfe, wenn ihnen oder ihren Ehegatten wegen eines Krankenhausaufenthaltes

oder einer Rehabilitationsmaßnahme eine Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Dasselbe gilt, wenn zu Beginn der Maßnahme im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für Personen ohne jüngere Kinder ist daher in der Regel eine Finanzierung der Haushaltshilfe über die Krankenkasse nicht möglich.



Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter

Der Schwerbehindertenausweis

Schlaganfall-Patienten können einen Antrag auf Schwerbehinderung und/oder Nachteilsausgleich bei den jeweiligen Ämtern der Städte oder Kreise stellen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX sind Menschen,

- bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt und die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches (BRD) haben (§ 2 Abs. 2 SGB IX) oder
- deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Für die Antragsstellung ist es immer von Vorteil, den amtlichen Antragsvordruck zu verwenden, den es kostenlos bei den Städten, kreisfreien Städten, Sozialämtern der Gemeinden, bei den Behindertenverbänden oder auch bei den Schwerbehindertenvertretungen in den Betrieben gibt. Die Merkzeichen werden anhand von Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozia-

len Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht berechnet.

Merkzeichen „G“

Der Patient ist erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr und kann eine Gehstrecke von 2 km bei einer Gehdauer von einer halben Stunde nicht mehr bewältigen. Es wird auch gewährt, wenn der Patient unter Anfällen oder Störungen der Orientierungsfähigkeit leidet. Für das Merkzeichen „G“ muss ein GdB von mindestens 50 vorliegen.

Wenn das Merkzeichen „G“ anerkannt wurde, hat der Schlaganfall-Patient entweder das Recht auf eine Halbierung der Kraftfahrzeugsteuer auf das von ihm zugelassene Fahrzeug oder den Erwerb einer Wertmarke für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Für diese Wertmarke zahlt der behinderte Mensch einmalig pro Jahr 80 Euro und darf alle Strecken der DB (Nahverkehrszüge, Regionalbahnen, S-Bahnen) sowie alle öffentlichen Verkehrsmittel wie Straßenbahn, Busse, U-Bahnen ohne Kilometerbegrenzung in Deutschland benutzen. Folgende freifahrtberechtigte Personen erhalten eine für ein Jahr gültige Wertmarke auf Antrag unentgeltlich: Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen H (hilflose Personen), Personen, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) erhalten oder Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei

Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Sozialhilfe) oder entsprechende Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz erhalten.

Merkzeichen „aG“

Das Merkzeichen „aG“ erhalten Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gebehinderung, d. h., sie können sich nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres PKWs bewegen. Hier muss ein GdB von 80 vorliegen.

Betroffene, die das Merkzeichen „aG“ erhalten, können bei der Stadt und/oder beim Kreis den Schwerbehindertenausweis beantragen, der das Parken auf den Schwerbehindertensparkplätzen erlaubt. Darüber hinaus darf auch im eingeschränkten Halteverbot, in Fußgängerzonen während der Ladenöffnungszeiten, an Parkuhren und -automaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt geparkt werden. Wenn er Halter eines Kraftfahrzeuges ist, hat der Patient das Recht auf völlige Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer.



Merkzeichen „RF“

Menschen, denen das Merkzeichen „RF“ zuerkannt wurde, können eine Ermäßigung oder Befreiung des Rundfunkbeitrages beantragen.

Nach § 6 Abs. 1 Nummern 7 und 8 des Rundfunkgebührenstaatsvertrages werden auf Antrag behinderte Menschen mit einem nicht nur vorübergehenden Grad der Behinderung von wenigstens 80 und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können, von der Rundfunkgebührenpflicht befreit oder erhalten Ermäßigung.

Auch ohne das Merkzeichen „RF“ können behinderte Menschen eine Ermäßigung oder Befreiung erhalten, wenn sie Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter, Erwerbsminderungsrente, ALG II, Hilfe zur Pflege vom Grundsicherungsamt erhalten oder in einer stationären Einrichtung leben.

Das Antragsformular erhält man bei Städten und Gemeinden. Dieses muss ausgefüllt mit den erforderlichen beglaubigten Nachweisen (z. B. mit einem aktuellen Bescheid über die Bewilligung der Sozialleistungen oder dem Schwerbehindertenausweis) an den Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio in Köln gesendet werden.

Tipps zur Antragsstellung

Da die Ämter sich immer mit den vom Patienten angegebenen Ärzten schriftlich in Verbindung setzen, um die Korrektheit der Angaben zu prüfen, sollten

neben dem Antrag auch Kopien der ärztlichen Unterlagen abgegeben werden. Dies kann die Bearbeitung des Antrages beschleunigen.

Außerdem sollten Sie den Hausarzt informieren, dass Sie einen Antrag gestellt haben. So kann dieser schnell reagieren.

Nachteilsausgleiche im Arbeitsleben

War der Betroffene vor seiner Erkrankung berufs- oder erwerbstätig und liegen nach der Erkrankung keine medizinischen Einwände gegen eine erneute Beschäftigung vor, bietet das Sozialgesetzbuch IX besondere Hilfen im Arbeitsleben:

Stufenweise Wiedereingliederung:

Durch eine zeitlich gestaffelte Wiederaufnahme der Tätigkeit soll der Arbeitnehmer langsam an die Belastungen seines Arbeitsplatzes herangeführt werden. Das SGB IX hat die berufliche Wiedereingliederung auf alle Leistungsträger erweitert. Während dieser Zeit wird vom jeweils zuständigen Leistungsträger Übergangsgeld gewährt.

Voraussetzung:

Der Arbeitnehmer kann nach ärztlicher Feststellung seine bisherige Tätigkeit teilweise wieder verrichten und hat sich mit der stufenweisen Wiedereingliederung einverstanden erklärt. Die Arbeitsunfähigkeit bleibt dabei bestehen! Der behandelnde Arzt benennt auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Art der möglichen Tätigkeiten sowie die täglich verantwortbare Arbeitszeit.

Der Arbeitnehmer hat jedoch keinen Rechtsanspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung gegenüber seinem Arbeitgeber und keinen Anspruch auf Arbeitsentgelt. Eine Wiedereingliederung ist nicht durchführbar, wenn der Arbeitgeber erklärt, den Arbeitnehmer unter den jeweiligen Bedingungen nicht beschäftigen zu können.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer können jedoch eine Vergütung für die im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung erbrachte Tätigkeit vereinbaren.

Für eine behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes kann der Arbeitgeber über das örtliche Integrationsamt finanzielle Zuwendungen erhalten.



Literaturtipp:

Bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) können Sie kostenlos verschiedene Informationsmaterialien bestellen (Adresse im Anhang).

Bei erfolgter Wiedereingliederung helfen dem Schlaganfall-Betroffenen die Kündigungsschutzregelungen (SGB IX §§ 85 – 92), die ihm den Erhalt seines Arbeitsplatzes ermöglichen.

Wohnen und Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderte haben einen erhöhten Anspruch auf Wohngeld. Abhängig vom GdB wird ihnen ein zusätzlicher Freibetrag bei der Ermittlung des Familienjahreseinkommens gewährt. Der Anspruch auf Wohngeld ist von drei Faktoren abhängig:

- von der Zahl der im Haushalt lebenden Angehörigen
- von der Höhe der zuschussfähigen Miete/Belastung
- von der Höhe des Familieneinkommens (abhängig vom GdB wird ein Freibetrag gewährt)

Schwerbehinderte Mieter, die durch die Kündigung der Wohnung stark beeinträchtigt wären und bei denen negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf die Folge sein könnten, genießen einen besonderen Mietkündigungsschutz. Die Kündigung des Vermieters würde vom Gericht abgewiesen, wenn

die betroffene Person ein hohes Alter hat und zugleich einer nicht unerheblichen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt wäre.

Die kommunale Wohnberatung für behinderte Menschen bietet kostenlose Beratung zu baulichen und finanziellen Fragen in der Wohnung an. Die Beratung erfolgt unabhängig von der Höhe des Einkommens und dem Grad der Schwerbehinderung. Es gilt, Gefahrenquellen zu beheben und Mängel zu beseitigen, z. B. durch Anbringen von Handläufen im Treppenhaus und in der Wohnung, Ersetzen von Schwellen durch Rampen, Verbreiterung von Türen, Austausch der Badewanne gegen eine behindertengerechte Dusche. Ist eine Anpassung der bisherigen Wohnung nicht möglich, wird Hilfe bei der Suche nach einer behindertengerechten Wohnung angeboten.

Wichtige Gleichstellungsregelungen: Reform des Mietrechts

Behinderte Mieter haben nach dem Mietrechtsänderungsgesetz einen Anspruch darauf, ihre Wohnung, das Treppenhaus oder den Eingangsbereich barrierefrei umzugestalten, z. B. durch Einbau eines Treppenlifts oder die Verbreiterung von Türrahmen. Behinderte Menschen sollten, wenn möglich, mithilfe baulicher Anpassungen in der vertrauten Umgebung bleiben können. Selbstverständlich muss dabei auch das berechnete Interesse des Vermieters berücksichtigt werden.

Checkliste

Mit der folgenden Checkliste haben Sie die Möglichkeit, Ihre weiteren Schritte zu planen

	erledigt	trifft nicht zu
mit dem Arzt über die Pflegebedürftigkeit sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebedürftigkeitsantrag stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordner für Schriftverkehr in der Sache anlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachteilsausgleiche, wie z. B. im Arbeitsleben, beim Arbeitgeber, beim Arbeits- und beim Integrationsamt beantragen; evtl. Broschüre bestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anträge bei der Stadt- bzw. Kreisverwaltung für Nachteilsausgleiche beim Wohnen stellen; evtl. Broschüre bestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachteilsausgleiche durch Steuerermäßigungen beim Finanzamt beantragen; evtl. Broschüre bestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anträge für die Nachteilsausgleiche im öffentlichen Verkehr und für das eigene Auto stellen; evtl. Broschüre bestellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Zusatzzahlungen zu Sozialleistungen

Jeder Mensch, der Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmt, ist zu Zuzahlungen und Eigenleistungen verpflichtet. Dies gilt für stationäre und ambulante Aufenthalte in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, bei Hilfs-, Arznei-, Verbands- und Heilmitteln.

Eigenleistung, also 100 Euro. Alle Zuzahlungen im laufenden Jahr, die 100 Euro übersteigen, entfallen dann für ihn. Sollten sich keine gesundheitlichen Verbesserungen einstellen, muss dieser Antrag bei chronisch kranken Patienten bei der zuständigen Krankenkasse meist nur einmal gestellt werden.

Höhe der Eigenleistungen

Stationärer Krankenhausaufenthalt / Anschlussheilbehandlung stationär und ambulant	10 EUR pro Tag für maximal 28 Tage/Jahr
Hilfsmittel / Arznei- und Verbandsmittel	mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Heilmittel (Physio-, Ergotherapie, Logopädie)	10 % pro Therapieeinheit 10 EUR pro Rezept (Rezeptgebühr)

Aber auch hier hat der Gesetzgeber eine Möglichkeit geschaffen, sich von den Zuzahlungen befreien zu lassen. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind auf 2 Prozent der Familienbruttoeinnahmen im Kalenderjahr für die Versicherten begrenzt. Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke liegt bei 1 Prozent pro Kalenderjahr. Der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen wird bei der zuständigen Krankenkasse gestellt. Hierfür ist es wichtig, dass chronisch Erkrankte alle Rechnungen und Quittungen über das Jahr sammeln und diese dann bei der Krankenkasse einreichen.

Ein Berechnungsbeispiel: Hat ein chronisch erkrankter Patient ein Jahreseinkommen von 10.000 Euro, so berechnet die Krankenkasse davon 1 Prozent

Für Sozialhilfe-/Hartz-IV-Empfänger oder auch Patienten mit Erwerbsminderungsrente gelten andere Richtlinien. Sie sind bei den entsprechenden Ämtern zu erfragen.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Pflegebedürftige und ihre sie pflegenden Ehegatten, die keine Erwerbstätigkeit ausüben können, und Versicherte, deren Ehegatten pflegebedürftig sind und deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet. Sammeln Sie alle Quittungen für ärztlich verordnete Heilmittel und Rechnungen, z. B. vom Heilpraktiker, über Gesundheitsfortbildungen oder sonstige Belege über Zuzahlungen. Alle nicht erstatteten Kosten können bei der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden.

6 Wichtige Ansprechpartner

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstr. 22, 33330 Gütersloh
Service- und Beratungszentrum
Telefon: 05241 9770-0
Telefax: 05241 9770-777
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Internet: schlaganfall-hilfe.de
facebook.com/schlaganfallhilfe
twitter.com/Schlaganfall_dt

Bundesverband Aphasie

Klosterstr. 14, 97084 Würzburg
Telefon: 0931 250130-0
Telefax: 0931 250130-39
Internet: aphasiker.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt
Telefon: 069 6050180
Internet: bar-frankfurt.de

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter

Altkrautheimer Str. 20, 74238 Krautheim
Telefon: 06294 4281-0
Telefax: 06294 4281-79

Impressum

Herausgeber: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Schulstr. 22, 33330 Gütersloh, **Gestaltung:** Peter Forsthoff, art-88, Düsseldorf **Fotonachweis:** S. 3, 22, 24, und 27 © Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe; S. 1, 32 © kontraswerkstatt - Fotolia.com; S. 6, 24 © Alexander Raths - Fotolia.com; S. 7 © Robert Kneschke - Fotolia.com; S. 9 © Gina Sanders - Fotolia.com; S.13 © Jacob Lund - Fotolia.com; © S. 15 Kzenon - Fotolia.com; © S. 26 © Eva Broß - Fotolia.com; Nachdruck oder Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe,
Grafiken S. 17: Eigene Darstellung nach nach MDS, 2017 **Stand:** Juni 2019

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Mauerstr. 53, 10117 Berlin
Telefon: 030 22191-1006
Schreib-Telefon: 030 188080805
Telefax: 030 22191-1017

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen Geschäftsstelle, c/o LVR-Integrationsamt, 50663 Köln

Telefon: 0221 809-5390
Telefax: 0221 8284-1605
Internet: integrationsaemter.de

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.

Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
Internet: mds-ev.de

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Rochusstr. 1, 53123 Bonn
Telefon: 0228 994410
Internet: bmg.bund.de



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstraße 22 | 33330 Gütersloh

Service- und Beratungszentrum

Telefon: 05241 9770-0

Telefax: 05241 9770-777

E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de

Internet: schlaganfall-hilfe.de

facebook.com/schlaganfallhilfe

twitter.com/Schlaganfall_dt

Spendenkonto

Sparkasse Gütersloh-Rietberg

IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50

BIC: WELADED1GTL

