

Wege zu Sozialleistungen



Finanzielle Hilfen nach dem Schlaganfall

Inhaltsverzeichnis

1	Im Krankenhaus	3
2	Rehabilitation	5
	Die Phasen der Neurologischen Rehabilitation	6
	Antragstellung und Kostenträger	6
	Entscheidung über Rehabilitation	7
	Selbsthilfegruppen und Schlaganfall-Helfer	10
	Soziale Absicherung im Krankheitsfall bei berufstätigen Patienten	10
	Ende von Rehabilitationsmaßnahmen	11
	Heilmittelverordnungen	12
	Rehabilitationssport	15
3	Pflegebedürftig – Was tun?	17
	Allgemeine Bedingungen	17
	Antragsstellung	17
	Module der Begutachtung	18
	Pflegegeld und Pflegesachleistungen	20
	Weitere Leistungen der Pflegeversicherung	21
4	Wichtige Sozialleistungen und Hilfemöglichkeiten	25
	Beratungsmöglichkeiten	25
	Sicherstellung des Lebensunterhalts nach der Erkrankung	26
	Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung	27
	Tipps zur Antragsstellung	30
	Wohnen und Nachteilsausgleiche	31
	Wichtige Gleichstellungsregelungen: Reform des Mietrechts	31
5	Zuzahlungen zu Sozialleistungen	33
6	Hier finden Sie Hilfe	34

Vielfalt und Gleichberechtigung:

Wir schreiben für Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben.

Ein Schlaganfall kann viele schwerwiegende neurologische Folgen haben.

Deshalb achten wir auf verständliche, flüssig lesbare Texte und verwenden nicht immer alle geschlechtsspezifischen Endungen. Doch wir meinen jedes Geschlecht (m/w/d). Wir sind für alle da!

1 Im Krankenhaus



Angehörige sind in der Akutphase der Erkrankung das wichtigste Bindeglied zwischen Schlaganfall-Patientinnen und Patienten und Krankenhaus. Für die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte ist es sehr wichtig, die medizinische Vorgeschichte von nahestehenden Personen zu erfahren. Je nach Schwere bzw. Auswirkung der Erkrankung sind Patienten nicht in der Lage, ihre Interessen selbst zu vertreten. Hier sind häufig die Angehörigen gefragt. Voraussetzung dafür, dass Sie als nahestehende Person stellvertretend Entscheidungen treffen oder Unterschriften tätigen dürfen, ist eine Vorsorgevollmacht. Mehr Informationen dazu finden Sie im Info-Kasten auf Seite 4.

Um Komplikationen zu vermeiden und die Folgen des Schlaganfalls rückzubilden ist die frühe Mobilisation wichtig. Sobald alle Vitalfunktionen (Lebensfunktionen) wie Atmung, Kreislauf und Tem-

peratur stabil sind, können die Frühmobilisation und erste Therapien beginnen. Die Patientinnen und Patienten erlernen mithilfe von Physio-, Sprach- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten 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 der Patienten mit entscheidend. Der größte Teil der Rückbildung von neurologischen Ausfällen wird innerhalb der ersten acht bis zwölf Wochen nach dem Schlaganfall beobachtet. Danach wird die Rückbildungskurve flacher. Bei schweren Beeinträchtigungen kann der Rückbildungsverlauf jedoch individuell sehr verschieden sein. Teilweise zeigen diese Patientinnen und Patienten erst nach mehreren Monaten funktionelle Verbesserungen.

Ärztliches, therapeutisches und Pflegepersonal, Familie und Freunde müssen vom Tag der Aufnahme an zusammenarbeiten. Hausarzt oder -ärztin sollten Sie ebenfalls frühzeitig informieren.

Vorsorgevollmacht und gesetzliche Betreuung

Wenn Sie selbst es aufgrund einer Erkrankung nicht mehr können, muss jemand anderes für Sie Entscheidungen treffen und handeln. Was viele nicht wissen: Wichtige Entscheidungen darf dann nicht automatisch die Familie treffen! Es braucht in dieser Situation eine von Ihnen verfasste Vorsorgevollmacht. Mit dieser legen Sie in gesunden Zeiten fest, wer Sie im Ernstfall in allen Angelegenheiten vertreten soll. Ohne Vorsorgevollmacht wird vom Amtsgericht ein gesetzlicher Betreuer oder eine gesetzliche Betreuerin für Sie eingesetzt. Dies kann ein Familienmitglied, aber auch eine fremde Person („Berufsbetreuer“) sein. Diese wird in jedem Fall vom Gericht kontrolliert. Sowohl zur Vorsorgevollmacht als auch zur gesetzlichen Betreuung können Sie und Ihre Angehörigen sich bei einer Betreuungsstelle oder einem Betreuungsverein in Ihrer Nähe beraten lassen.

Checkliste

Diese Liste hilft Ihnen bei der Organisation Ihrer Versorgung

	erledigt	trifft nicht zu
■ Hausarzt- oder Ärztin benachrichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ mit dem Arzt oder Ärztin 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 Informationen und Beratung einholen, 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"/>

Die Krankenhausbehandlung nach einem Schlaganfall dauert im Schnitt sieben bis zehn Tage.

Ein großer Teil der Schlaganfall-Patienten absolviert im Anschluss eine Rehabilitation. Auch bei geringen Funktionsstörungen ist eine Rehabilitation häufig empfehlenswert. Sie kann Ihnen helfen, den dauer-

haften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder mit den Folgen des Schlaganfalls besser im Alltag zurechtzukommen. Grundsätzlich gilt: „Reha vor Rente!“ und „Reha vor Pflege!“ Der Anspruch auf Rehabilitation ist gesetzlich geregelt.

Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation

- **Phase A – Akutversorgung:** Je nach dem gesundheitlichen Zustand der Patienten werden sie 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:** Patienten benötigen 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) erhalten schwerpunktmäßig eine aktivierende Langzeitpflege.

Die Phasen der Neurologischen Rehabilitation

Auf der vorherigen Seite haben Sie bereits das sogenannte Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation kennengelernt. Je nach Hilfebedarf der Patienten kommt für sie eine bestimmte Phase in Frage. Diese unterscheiden sich in Bezug auf die Therapieziele und -inhalte.

Die Versorgung nach einem Schlaganfall beginnt mit der Phase A. Im Verlauf der Rehabilitation kann es bei zunehmender Verbesserung zu einem Wechsel in die nächste Phase kommen. Bei schnellen Fortschritten können Phasen übersprungen werden.

Antragstellung und Kostenträger

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), können Patienten und Patientinnen unter Umständen ohne einen vorherigen Antrag beim Kostenträger verlegt werden.

Ein Antrag auf Rehabilitation wird bereits während des Aufenthalts im Krankenhaus gestellt. Sobald das Ende der Akutbehandlung oder der Frührehabilitation absehbar ist und die nächste Reha-Phase beginnen kann, wird das Verfahren eingeleitet. Hält der behandelnde Arzt



oder die behandelnde Ärztin eine Rehabilitationsmaßnahme für empfehlenswert, wird der Sozialdienst des Krankenhauses informiert. Dieser unterstützt Sie bei der Antragstellung, der Auswahl einer geeigneten Reha-Klinik und organisiert die Verlegung. Haben Sie eine Wunschklinik, geben Sie diese beim Sozialdienst an. Je nach Grad der Beeinträchtigung erfolgt die Rehabilitation ambulant oder stationär.

Die Zuständigkeit der Kostenträger für eine Rehabilitation ist unterschiedlich. Als Regel gilt: für Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Krankenhausbehandlung sind die Krankenkassen zuständig. Sind Patienten berufstätig, so muss ein Antrag bei der zuständigen Rentenversicherung gestellt werden. Haben Sie Fragen zu Zuständigkeit, Antrag und Kostenübernahme, wird Ihnen der Sozialdienst im Krankenhaus über den Verfahrensweg und mögliche Schwierigkeiten weitere Auskunft geben.

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.

Entscheidung über Rehabilitation

Sind Gesamtzustand und Vitalwerte von Patienten stabil, erfolgt die weitere Behandlung in einer neurologischen oder geriatrischen Rehabilitationsklinik. Die Rehabilitation sollte sich möglichst ohne Unterbrechung an den Aufenthalt im Krankenhaus anschließen. Sie muss spätestens 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus angetreten werden. Wichtig ist daher die frühzeitige Planung. Sprechen Sie bereits zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, ob eine Rehabilitation in Frage kommt. Die Entscheidung darüber fällt je nach Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationszielen.

Die verschiedenen Rehabilitationsformen

Grundsätzlich empfohlen Fachleute, Schlaganfall-Patientinnen und Patienten sollten ihre Rehabilitation immer in einer neurologischen Klinik erhalten. Ältere Menschen werden häufiger in die geriatrische Reha überwiesen. Manche Akutkrankenhäuser halten eigene geriatrische Angebote im Haus vor. Dies hat den Vorteil, dass Patienten nicht verlegt werden müssen. 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 der 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. Nach Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kann sie aus medizinisch-therapeutischen Gründen auch verlängert werden.

Spätestens 14 Tage nach Ende der Krankenhausbehandlung muss die Anschlussheilbehandlung beginnen, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Neben der stationären Rehabilitation gibt es ambulante Rehabilitationszentren. Hier verbringen die Patienten vier bis sechs Stunden täglich in der Reha-Einrichtung. Dies hat den Vorteil, dass Patienten abends und am Wochenende Zuhause sind und im heimischen Umfeld erproben können, ob das Training mit Therapeuten sie gut auf die Aktivitäten ihres täglichen Lebens vorbereitet. Das Therapieangebot sowie der -umfang sind vergleichbar mit dem einer stationären Rehabilitation. Für die ambulante Rehabilitation müssen Patienten ausreichend mobil und belastbar sein. Zudem muss gewährleistet sein, dass sie sich selbst versorgen können bzw. die Versorgung im heimischen Umfeld durch Angehörige und/oder einen Pflegedienst gesichert ist.

Haben die Patienten die AHB-Fähigkeit noch nicht erreicht, kommen die früheren Phasen der Neurologischen Rehabili-

tation in Frage (siehe Seite 5). Abhängig davon, welchen Hilfebedarf Patienten haben und ob sie intensivmedizinisch weiter überwacht werden müssen, 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 erreichen und den Wechsel in die nächste Rehabilitationsphase zu schaffen.

Inhalte einer umfassenden Schlaganfall-Rehabilitation

Die verschiedenen Rehabilitationsphasen beinhalten unterschiedliche Angebote im Therapiebereich (siehe Kasten). Für noch hilfebedürftige Patienten ist die aktivierende Pflege durch das Pflegepersonal Bestandteil der Therapie. Die behandelnden Ärzte legen den individuellen Behandlungsplan fest. Im Verlauf der Rehabilitation wird dieser den Möglichkeiten der Patienten immer wieder angepasst.

Therapieangebote während der Rehabilitation

- Physiotherapie
- Logopädie (Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie)
- 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 (Versorgungs- und Entlassplanung)
- Seelsorge
- Vermittlung von Schlaganfall-Helfern
- 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 sie gemeinsam Lösungsansätze zur Bewältigung von Krankheit und Krisen entwickeln. Der Austausch von Erfahrungen kann viele Fragen klären. Die Gruppe fördert Lebensfreude und Motivation. Sie schützt zudem vor Isolation und Einsamkeit.

2. Schlaganfall-Helfer

Schlaganfall-Helfer sind Ehrenamtliche, die in der Nachsorge aktiv werden und den Betroffenen bzw. den Familien zur Seite stehen. Sie helfen 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 dieser Lebenssituation überfordert. Hier können Schlaganfall-Helfer unterstützen.



Soziale Absicherung im Krankheitsfall bei Berufstätigen

Als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Sie zunächst für maximal sechs Wochen Anrecht auf die gesetzliche Lohnfortzahlung (bei Selbstständigen oder Beamten gelten andere Regelungen). Im Anschluss daran erhalten sie auf Antrag Krankengeld von der Krankenkasse (maximal 78 Wochen). 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:

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

Weitere Informationen und Beratung erhalten Sie u. a. bei der Agentur für Arbeit, Jobcenter und Rentenversicherungen. Sie können aber auch Beratungsstellen verschiedener Vereine und Verbände nutzen, z. B. das Beratungsangebot der EUTB (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung).

EUTB:

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (kurz EUTB®) ist ein Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen. Die Beratung soll von Betroffenen für Betroffene erfolgen, das sogenannte Peer Counseling. Zu allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe können Sie sich kostenlos und unabhängig von Ihrem Wohnort bei einem der zahlreichen EUTB-Angebote beraten und informieren lassen.

Ende von Rehabilitationsmaßnahmen

Für Schlaganfall-Patienten gibt es keine lebenslange rehabilitative Begleitung. Kehren Patienten nach Hause zurück, übernehmen Hausärzte 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.

Häufig unentbehrlich für weitere Erfolge ist die Fortsetzung von ambulanten Therapien (sogenannten Heilmitteln) wie Ergotherapie, Physiotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Nehmen Sie hierfür umgehend nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik Kontakt zu Ihrem Hausarzt oder Ihrer Hausärztin auf. Bei der Auswahl einer Therapiepraxis empfehlen wir Ihnen darauf zu achten, dass diese auf die Behandlung von Schlaganfall-Patienten spezialisiert ist.

Die Therapien können auch als Hausbesuch verordnet werden, wenn Patienten die Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen können, zum Beispiel bei Bettlägerigkeit. Soll ein Hausbesuch

durchgeführt werden, muss dies von der Ärztin oder dem Arzt auf der Verordnung entsprechend angekreuzt sein.

Heilmittelverordnungen

Im Rahmen der Sozialgesetzgebung haben gesetzlich versicherte Patienten einen Anspruch auf eine Versorgung mit Heilmitteln (§32 SGB V).

Für Schlaganfall-Patienten sind es überwiegend Allgemeinmediziner (Hausärzte), Neurologen oder Internisten. Hat der Arzt oder die Ärztin ein solches Rezept ausgestellt, werden die Kosten für die Heilmitteltherapie in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Die sogenannte Heilmittel-Richtlinie mit dem dazugehörigen Heilmittelkatalog ist ein Regelwerk, das Ärzten und Therapeuten die Verordnung und Durchführung von Heilmitteln vorgibt. In dieser ist auch festgelegt, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Diagnosen verordnet werden dürfen, um das gewünschte Therapieziel zu erreichen. Die Heilmittel-Richtlinie wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert.

Wichtig zu wissen:

Für jedes ausgestellte Rezept gibt es eine Höchstmenge an Therapieeinheiten, die verordnet werden darf. Diese Höchstmenge dürfen Ärzte nur in Ausnahmefällen überschreiten - etwa bei langfristigem Heilmittelbedarf oder bei einem besonderen Ordnungsbedarf. Auch die Diagnose „Schlaganfall“ gehört zu diesen Ausnahmefällen. Fragen Sie hierzu Ihren Arzt/Ihre Ärztin oder Therapeuten/Therapeutin, sie helfen Ihnen gerne weiter.

Behandlungsbeginn

Der Beginn der Therapie muss innerhalb von 28 Tagen ab Ausstellung der Verordnung erfolgen. Ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Besteht die Notwendigkeit eines zeitnahen Therapiebeginns, so können Ärzte dies auf der Verordnung vermerken. Bei einem dringlichen Behandlungsbedarf muss die Therapie innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung beginnen.

Anzahl der ambulanten Therapien

Ärzte haben ein Heilmittel-Verordnungsbudget. Wird dieses Budget deutlich überschritten, können sie in Regress genommen werden, d. h. sie müssen für zu viel Verordnungen mit ihrem Privatvermögen eintreten. Ärzte halten

sich daher bei der Heilmittelverordnung aus Sorge vor einem Regress teilweise zurück. Dies ist nachvollziehbar, aber häufig unnötig. Denn es gibt nach einem Schlaganfall die Möglichkeit von sogenannten extrabudgetären Verordnungen. Diese belasten nicht das Budget der Ärzte und bieten Patienten gleichzeitig eine bessere Versorgung.

Bei bestimmten Diagnosen besteht ein besonders hoher Bedarf an Heilmitteln (Besonderer Versorgungsbedarf) – insbesondere zu Beginn der Erkrankung. Hierzu zählt auch der Schlaganfall. Aufgeführt werden diese Diagnosen im Anhang der Heilmittel-Richtlinie in der so genannten Diagnoseliste „Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf“. Krankheiten, welche unter diesen „besonderen Verordnungsbedarf“ oder auch den „langfristigen Heilmittelbedarf“ fallen, belasten nicht das Budget der Ärzte. Ärzte haben in diesem Fall beim Verschreiben von Heilmitteln mehr Spielraum und können Patienten ihrem Bedarf entsprechend behandeln. Die Verordnungen können direkt für bis zu zwölf Wochen verordnet werden – bereits mit der ersten Verordnung. Ärzte dürfen zudem von der im Heilmittelkatalog festgesetzten Höchstmenge von Behandlungseinheiten pro Verordnung abweichen. Sie dürfen so viele Behandlungseinheiten verordnen, wie der Leistungserbringer mit Einhaltung

der Therapiefrequenz innerhalb von 12 Wochen leisten könnte. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Nach einem Schlaganfall ist der „besondere Verordnungsbedarf“ zeitlich begrenzt auf ein Jahr. Das bedeutet: Bis zu einem Jahr nach dem Schlaganfall können Patienten, unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigung, intensiv mit Physio-, Ergo- und Sprachtherapie versorgt werden. Ein spezielles Genehmigungsverfahren für besondere Verordnungsbedarfe ist nicht vorgesehen!

Nach einem Jahr sind weitere Heilmittel-Verordnungen nach einem Schlaganfall möglich, soweit sie medizinisch notwendig sind. Diese werden dann jedoch bei gleicher Diagnose grundsätzlich wieder über das Heilmittel-Budget des Arztes oder der Ärztin abgerechnet. Ausnahmen sind möglich, wenn bestimmte Einschränkungen nach einem Schlaganfall weiterhin bestehen. Beispielsweise, wenn eine Hemiparese oder Hemiplegie, also eine Halbseitenlähmung vorliegt. Auch Gangstörungen, Schwindel oder Schluckstörungen können ab dem 70. Lebensjahr unabhängig vom Budget therapiert werden. Diese sind als eigene Diagnosen in der Diagnoseliste der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt und fallen demnach ebenfalls unter den

besonderen Verordnungsbedarf bzw. den langfristigen Heilmittelbedarf. Sind noch vorhandene Einschränkungen nicht als Diagnose in der Diagnoseliste „Langfristiger Heilmittelbedarf / Besonderer Verordnungsbedarf“ gelistet, doch mit den gelisteten Schädigungen vergleichbar (z. B. Aphasie, Neglect), kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs gestellt werden. Eine Vergleichbarkeit kann sich auch aus der Summe einzelner Diagnosen ergeben.

Budgetierung von ambulanten Therapien

Manche Ärzte sind zurückhaltend im Ausstellen von Verordnungen. Falls Ihr Arzt oder Ihre Ärztin die Verordnung notwendiger Leistungen mit Hinweis auf sein Budget ablehnt, sprechen Sie ihn oder sie freundlich auf die Sonderregelungen nach einem Schlaganfall an. Sind Sie in hausärztlicher Behandlung, könnte alternativ auch die Überweisung in eine neurologische Facharztpraxis hilfreich sein. Zudem sollten Sie in Absprache mit Ihren Therapeuten gezeigte Übungen soweit möglich selbständig zu Hause weiterführen und eventuelle Alternativen erörtern.

Ihr Weg zur ambulanten Neuropsychologie

Neuropsychologische Störungen treten direkt oder als Reaktion auf das Erleben des Schlaganfalls auf. Sie äußern sich in

Konzentrations-, Gedächtnis- oder Verhaltensstörungen wie Antriebslosigkeit, Unruhe, fehlender Selbstkontrolle oder Beeinträchtigungen des Befindens, z. B. depressive Verstimmungen oder Angstzuständen bis hin zu gravierenden Persönlichkeitsveränderungen.

Zur Behandlung bedarf es im Gegensatz zu den Heilmitteln keiner Verordnung durch Ihren Arzt oder Ihre Ärztin. Die Behandlung wird nach Feststellung der Indikation von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Dazu sind zwei Schritte notwendig:

Schritt 1: Ein Neurologe oder eine Neurologin (Klinik oder ambulant) bescheinigt eine erworbene Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung). Der Erkrankungsbeginn darf nicht länger als fünf Jahre zurück liegen. Die Bescheinigung sollte die neurologische Diagnose und das Datum des Erkrankungsbeginns enthalten. Sollten diese Informationen bereits in anderen Dokumenten enthalten sein (z. B. Arztbrief aus der Rehaklinik), reicht das Dokument in der Regel als Bescheinigung aus.

Schritt 2: Sie fragen bei niedergelassenen Neuropsychologen mit Kassenzulassung in Ihrer Nähe wegen Terminen an. Adressen und Telefonnummern erfragen Sie am einfachsten bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin. Alles

weitere wird der Neuropsychologe oder die -psychologin mit Ihnen besprechen und klären. Die Abrechnung erfolgt über die Gesundheitskarte.

Hilfsmittel

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

Lassen Sie sich zunächst ganz individuell von Ihrem Behandlungs-Team (Ärzten, Therapeuten, Sanitätshaus) zu den für Sie passenden Hilfsmitteln beraten! Wichtig ist hierbei ein enger Austausch unter allen Beteiligten hinsichtlich Ziel und Zweck der Hilfsmittel-Versorgung.

Der Arzt/die Ärztin rezeptieren 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. Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Krankenkasse ist, dass ein Hilfsmittel im Hilfsmittelkatalog gelistet ist.

Tipp:

Weitere Informationen zum Thema Heil- und Hilfsmittel finden Sie in unserer Broschüre „Wieder zuhause“.

Rehabilitationssport

Rehasport in Sportvereinen und -gemeinschaften ergänzt Rehabilitation und Therapie auf ideale Weise. Unter Anleitung qualifizierter Übungsleitungen wird in Mitgliedsvereinen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) und der Landessportbünde (LSB) Sport für Schlaganfall-Betroffene angeboten. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele etc. dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und der psychischen Stabilisierung.

Laut SGB IX, § 64 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 oder der Ärztin über Rehabilitation und Klinik sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Gesundheitliche Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation mit dem Arzt oder der Ärztin 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 Sie mitbringen sollten	<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 (die meisten 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 Pflegegestärkungsgesetz II (PSG II) in Kraft. Damit 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 Pflegegestärkungsgesetz 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 Selbstständig-

keit 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 von den Pflegebedürftigen selbst, einer bevollmächtigten Person oder vom gesetzlichen Betreuer unterschrieben werden. Befinden Sie sich noch in der Rehaklinik und es ist absehbar, dass Sie nach Entlassung weiterhin pflegebedürftig sein werden, nehmen Sie Kontakt zum Sozialdienst in der Klinik auf. Dieser kann bereits während Ihres Aufenthaltes einen Antrag auf Pflegegrad bei Ihrer Pflegeversicherung stellen. Es erfolgt eine Vorabestufung anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen. So können Sie frühzeitig die Versorgung sicherstellen. Die verbindliche

Begutachtung mit Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst findet dann zeitnah nach der Entlassung aus der Klinik statt. 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 beantragt werden.

Module der Begutachtung

Im neuen Begutachtungssystem wurden Kriterien aufgenommen, die bei den vorangegangenen Pflegegesetzen kaum berücksichtigt worden sind. Die Beurteilung der kognitiven und kom-

munikativen 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 ande-

ren 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 außerhäusli-

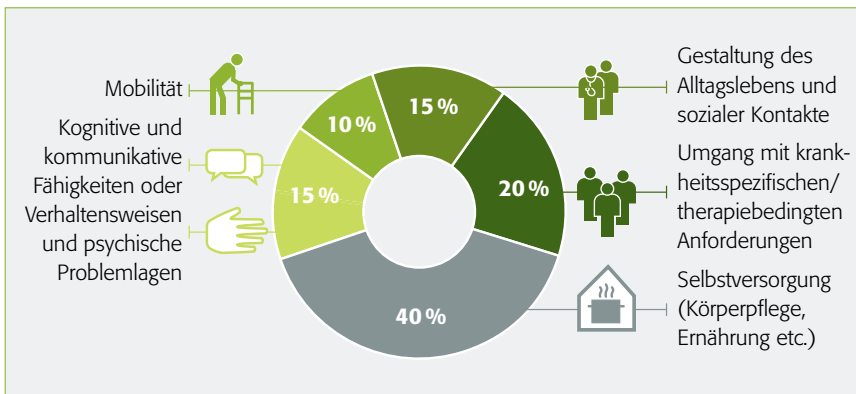
chen Aktivitäten (z. B. Fortbewegung außerhalb der Wohnung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz oder Werkstatt für behinderte Menschen) und Haushaltsführung (Einkauf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Umgang mit Behörden) 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 Gutachtens 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.

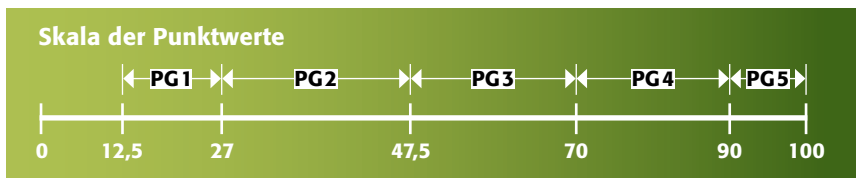
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff



Die Auswertung der Begutachtung

Jede Tätigkeit oder Fähigkeit in den einzelnen Modulen wird von den Gutachtern mit Punkten bewertet. 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. Von den Modulen 2 und 3 wird nur das Modul mit der höchsten Punktzahl gewertet.



Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Spätestens fünf Wochen nach der Begutachtung muss die Pflegekasse Antrag-

stellern schriftlich Bescheid geben, wie der Medizinische Dienst (MD) sie eingestuft hat. Folgende Geldleistungen stehen Pflegebedürftigen zur Verfügung:

Geldleistungen der sozialen Pflegeversicherung			
Pflegegrad	Pflegegeld pro Monat	Pflegesachleistung pro Monat	Zusätzlicher Entlastungsbeitrag pro Monat
1			125,- EUR
2	332,- EUR	762,- EUR	125,- EUR
3	573,- EUR	1.432,- EUR	125,- EUR
4	765,- EUR	1.778,- EUR	125,- EUR
5	947,- EUR	2.200,- EUR	125,- EUR

Haben Gutachter eine Pflegebedürftigkeit anerkannt, kann ab Pflegegrad 2 zwischen Pflegegeld und Sachleistung oder einer Kombination aus beiden gewählt werden. Da die Sachleistungen in den meisten Fällen nicht in der komplet-

ten Höhe aufgebraucht werden, ist es fast immer sinnvoll, die Kombileistung auszuwählen, um die nicht in Anspruch genommenen Sachleistungen anteilig als Pflegegeld an eine Pflegeperson auszuzahlen. 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. Den zusätzlichen Entlastungsbeitrag in Höhe von 125,-€/Monat können Pflegebedürftige für häusliche Betreuungsleistungen wie Spazierengehen, Begleitung in die Arztpraxis oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen (z. B. Beschäftigung einer Reinigungskraft) verwenden.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung

Teilstationäre Pflege

Auch diese Form wird von der Pflegeversicherung übernommen. Die Mittel richten sich hier ebenfalls nach den Pflegegraden. Teilstationär bedeutet, dass Betroffene die Pflege nur tagsüber oder nachts stationär benötigen und die restliche Zeit zu Hause gepflegt werden. Dies könnte z. B. zutreffen, wenn Angehörige berufstätig sind und Patienten in dieser Zeit nicht allein bleiben können.

Stationäre Pflege

Die stationäre Pflege wird auch Heimunterbringung genannt. Sie ist Bestand-

teil des Leistungskataloges der Pflegeversicherung und abhängig vom Pflegegrad. Die Pflegekasse zahlt hier direkt einen Pauschalbetrag an das Heim.

Verhinderungspflege

Wenn pflegende Angehörige verhindert sind und die zu pflegende Person mindestens mit dem Pflegegrad 2 begutachtet worden ist und seit mehr als 6 Monaten pflegerisch versorgt wird, können sie die Kosten für eine Ersatzkraft im Rahmen der Verhinderungspflege bei Ihrer Pflegeversicherung beantragen. Neben einer tageweisen Verhinderungspflege (bei Urlaub oder Erkrankung des Angehörigen) besteht auch die Möglichkeit einer stundenweisen Verhinderungspflege (bei kurzen Terminen wie z. B. einem Arztbesuch).

Dafür steht jährlich ein Budget von maximal 1.612 Euro zur Verfügung, das entweder für einen längeren Zeitraum (maximal 6 Wochen = 42 Tage) oder regelmäßig monatlich in kleineren Beträgen für die Finanzierung einer stundenweisen Ersatzpflegeperson abgerufen werden kann. Bei der tageweisen Verhinderungspflege wird das Pflegegeld in dieser Zeit zu 50 Prozent weitergezahlt. Wenn Familienangehörige die Ersatzpflege übernehmen, zahlt die Pflegeversicherung lediglich das 1,5-fache des Pflegegeldes. Bei der stundenweisen Verhinderungspflege findet keine Anrechnung der genutzten Tage

auf das Gesamtkontingent von 42 Tagen statt. Wer mehr Verhinderungshilfe bedarf, kann die Mittel zur Kurzzeitpflege bis zu einem Betrag von 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 1.774 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 können Pflegenden 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. 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..

Das Führen eines Pflegetagebuches

Sollte sich der Gesundheitszustand von Patienten verschlechtern und der Pflegebedarf wachsen, sollten Sie bei der Pflegeversicherung einen Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads stellen. Dafür ist es sehr wichtig, dass Pflegenden für zwei Wochen ein Pflegetagebuch führen. In diesem tragen sie alle pflegerischen Ver-

richtungen und Tätigkeiten minutengenau ein, die sie sowohl tagsüber als auch nachts für den Betroffenen durchführen. Dieses Pfl egetagebuch sollten Pfl egende bei der Begutachtung dem MD in einer Kopie aushändigen. Pfl egetagebücher erhält man bei der jeweiligen Krankenkasse.

Zeugen bei der persönlichen Begutachtung

Während der persönlichen Begutachtung ist es sehr wichtig, dass neben den Pfl egebedürftigen die Hauptpfl egeperson, eine Vertrauensperson oder auch Pfl egende des betreuenden Pfl egedienstes anwesend sind. Viele Pfl egebedürftige fühlen sich durch die Fragen des MD verunsichert oder können bestimmte Abläufe nicht korrekt beantworten.

Freie Wahl der Pfl egedienste

Alle Versicherten haben die freie Wahl eines Pfl egedienstes, sollten sie diesen im Rahmen der Pfl egesachleistungen in Anspruch nehmen. Sie sollten sich Angebote von den ortsansässigen Pfl egediensten 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 Pfl egebedürftigkeit / Unterhaltspflicht der Angehörigen

Wenn das eigene Einkommen und Vermögen der 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.

Therapieempfehlungen durch den Medizinischen Dienst

Für Hilfs- und Pfl egehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit von Pfl egebedürftigen besonders wichtig sind, müssen die Versicherten künftig keinen gesonderten Antrag stellen und keine ärztliche Verordnung bei der Krankenkasse einreichen, wenn der MD dies in seinem Pfl egegutachten 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, können Gutachter ebenfalls aussprechen, sodass ein Rehabilitationsantrag bei der Krankenkasse entfällt, sofern der oder die Versicherte zustimmt.

Checkliste

Diese Liste hilft Ihnen bei der Organisation Ihrer Versorgung

	erledigt	trifft nicht zu
■ Frühzeitig mit dem Arzt oder der Ärztin über Rehabilitation und Klinik sprechen	<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"/>
■ Beratung zu allen pflegerischen Fragen beim regionalen Pflegestützpunkt bzw. der Pflegeberatung einholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Legen Sie für sich wichtige Eigenschaften ihres Pflegedienstes fest, vergleichen Sie die Angebote und prüfen Sie den schriftlichen Pflegevertrag auf Ihre Prioritäten. (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"/>
■ Pfl egetagebuch führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Termin des MD der Pflegeperson bzw. dem Pflegedienst mitteilen	<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 oder Vermieterin 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



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 Kontakte zu Selbsthilfegruppen, zur Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und bei Bedarf zu ehrenamtlichen Beratern und Beraterinnen der Sozialverbände des VdK und des Sozialverbandes Deutschland. Weitere Auskunftsstellen 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 und Patientinnen, wenn Sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Die Arbeitsunfähigkeit muss der Krankenkasse gemeldet werden, sonst wird kein Krankengeld gezahlt.

Voraussetzung:

- Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld 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:

- Soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.
- 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 Patienten wird unterbrochen, wenn sie aus einer Leistung der Krankenkasse in die Zuständigkeit der Rentenversicherung wechseln. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn sie nach der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation in die Anschlussheilbehandlung kommen. Ist der Kostenträger für die Anschlussheilbehandlung eine gesetzliche Rentenversicherung, so wird diese während der Rehabilitation das sogenannte Übergangsgeld zahlen. Dieses beträgt für Versicherte ohne Kinder 68% des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch sind es 75%. Es muss beim jeweiligen Rentenversicherungsträger beantragt werden. Nach Ende der Leistung durch den Renten-

versicherungsträger 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. Voraussetzung ist, dass 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.



Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung

Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten können einen Antrag auf Schwerbehinderung und/oder Nachteilsausgleich bei den jeweiligen Ämtern der Städte oder Kreise stellen. Schwerbehinderte Men-

schen 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 sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht berechnet.

Merkzeichen „G“

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

Wenn das Merkzeichen „G“ anerkannt wurde, haben Schlaganfall-Patienten entweder das Recht auf eine Halbierung der Kraftfahrzeugsteuer auf das von ihnen 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

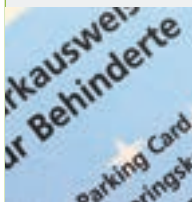
(Grundsicherung für Arbeitsuchende) erhalten oder Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Sozialhilfe) oder entsprechende Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz erhalten.

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 Schwerbehindertenparkausweis beantragen, der das Parken auf den Schwerbehindertenparkplätzen erlaubt. Darüber hinaus darf auch im eingeschränkten Halteverbot, in Fußgängerzonen während der Ladenöffnungszeiten, an Parkuhren und -automaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt geparkt werden. Als Halterin oder Halter eines

Kraftfahrzeuges haben Patienten 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

Die Ämter setzen sich immer schriftlich mit den angegebenen Ärztinnen und Ärzten in Verbindung, um die Korrektheit der Angaben zu überprüfen. Legen Sie dem Antrag daher immer auch bereits vorhandene medizinische Unterlagen und Berichte bei. Außerdem sollten Sie Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin informieren, dass Sie einen Antrag gestellt haben. So kann er oder sie schnell reagieren.

Nachteilsausgleiche im Arbeitsleben

Waren Betroffene vor ihrer 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 sollen Arbeitnehmer langsam an die Belastungen ihres 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 oder die Betroffene kann nach ärztlicher Feststellung eine bisherige Tätigkeit teilweise wieder verrichten und hat sich mit der stufenweisen Wiedereingliederung einverstanden

erklärt. Die Arbeitsunfähigkeit bleibt dabei bestehen!

- Der oder die behandelnde Arzt/Ärztin benennt auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Art der möglichen Tätigkeiten sowie die täglich verantwortbare Arbeitszeit. Es besteht jedoch kein Rechtsanspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung gegenüber dem Arbeitgeber und kein Anspruch auf Arbeitsentgelt.
- Eine Wiedereingliederung ist nicht durchführbar, wenn der Arbeitgeber erklärt, den oder die Betroffene unter den jeweiligen Bedingungen nicht beschäftigen zu können.

Arbeitgeber und betroffene 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. Bei erfolgter Wiedereingliederung helfen Schlaganfall-Betroffenen die Kündigungschutzregelungen (SGB IX §§ 85 – 92), die ihnen den Erhalt ihres Arbeitsplatzes ermöglichen.



Literaturtipp:

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

Wohnen und Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderte Menschen 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 Mieterinnen und 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. Für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad kann die Pflegekasse auf Antrag bis zu 4.000,- € zur Verfügung stellen. Ist eine Anpassung der bisherigen Wohnung nicht möglich, wird Hilfe bei der Suche nach einer behindertengerechten Wohnung angeboten.

Wichtige Gleichstellungsregelungen: Reform des Mietrechts

Behinderte Mieterinnen und 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 oder Ärztin 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"/>

Tipp zu den Zusatzzahlungen zu Sozialleistungen:

Wenn absehbar ist, dass die Grenze von 1%/2% überschritten wird, kann dieser Betrag zum Jahresbeginn an die Krankenkasse gezahlt werden, um für den Rest des Jahres eine Befreiung von den Zuzahlungen zu erhalten.

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. Aber auch hier hat der Gesetzgeber eine Möglichkeit geschaffen, sich von den Zuzahlungen befreien zu lassen. Die gesetzlichen Zuzahlungen sind auf **zwei Prozent** der Familienbruttoeinkommen im Kalenderjahr für die Versicherten begrenzt. Die Belastungsgrenze für **chronisch Kranke** liegt bei **ein 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. Alle Zuzahlungen im laufenden Jahr, die 1% bzw. 2% des Bruttoeinkommens übersteigen, entfallen dann für sie.

Sollten sich keine gesundheitlichen Verbesserungen einstellen, muss dieser Antrag bei chronischkranken Personen bei der zuständigen Krankenkasse meist nur einmal gestellt werden.

Für Sozialhilfe-/Hartz-IV-Empfängerinnen und Empfänger oder auch 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 überschreiten. 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.

Höhe der Eigenleistungen

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

6 Hier finden Sie Hilfe

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

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

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 Inte- grationsämter und Hauptfürsorgestellten Geschäftsstelle, c/o LVR-Integrationsamt, 50663 Köln

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

Medizinischer Dienst der Spitzen- verbände 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

Impressum

Herausgeber: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Schulstr. 22, 33330 Gütersloh,
Gestaltung: Peter Forsthoff, art-88, Düsseldorf **Fotonachweis:** AdobeStock: Seite 1,
6, 8, 10, 15, 17, 23, 27, 9, 36; Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Seite 3, 25, 27,
30; **Grafiken:** Seite 19, 20, eigene Darstellung nach MDS
Nachdruck oder Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung der
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe,
Stand: Februar 2024



Weitere Informationsmaterialien können Sie auf unserer Internetseite bestellen und herunterladen: schlaganfall-hilfe.de/materialien



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
x.com/schlaganfall-dt
instagram.com/schlaganfallhilfe

Spendenkonto

Sparkasse Gütersloh-Rietberg-Versmold
IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50
BIC: WELADED1GTL

