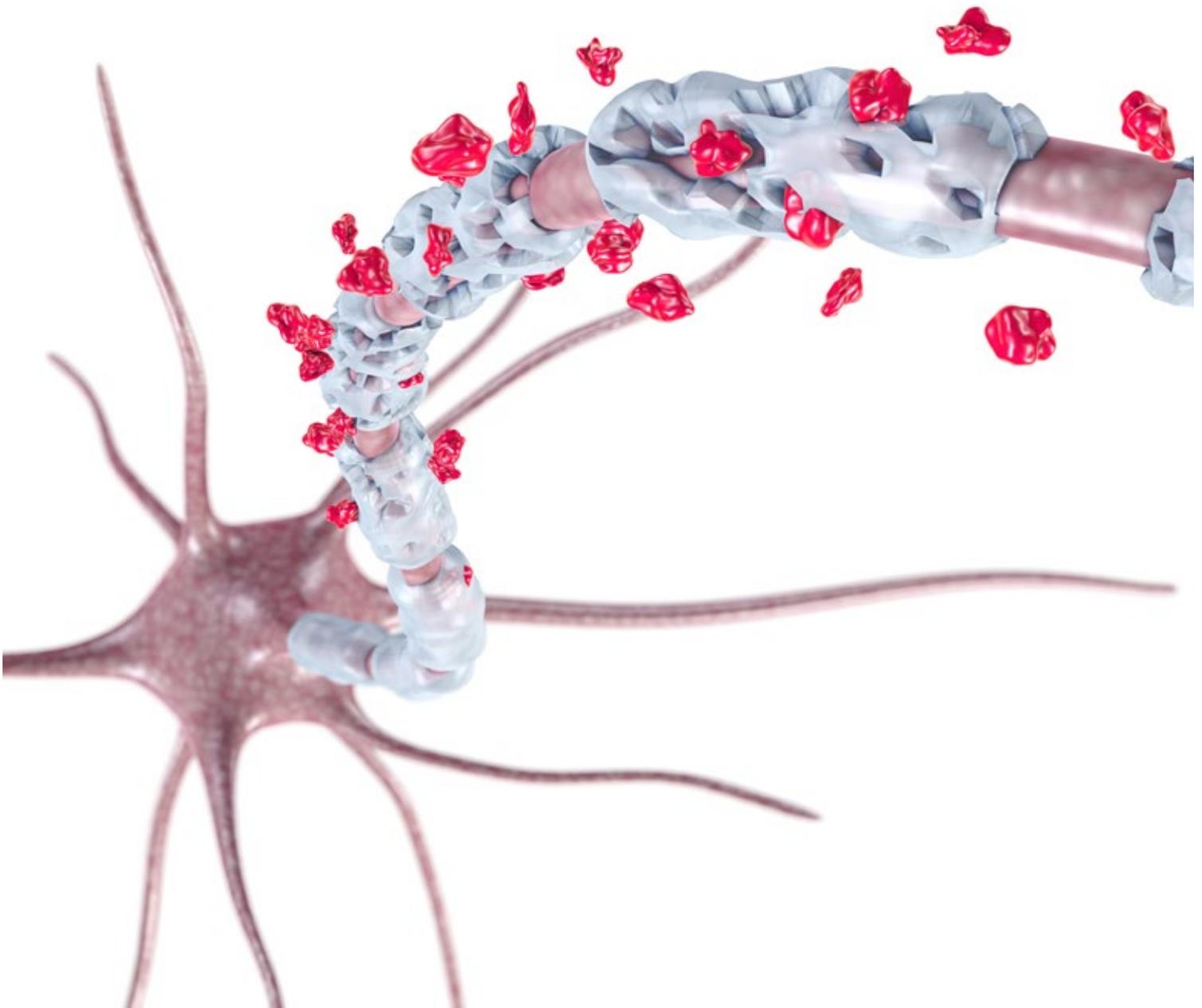


Multiple Sklerose

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Multiple Sklerose ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit unterschiedlichen Auswirkungen und Verlaufsformen. Die Ursachen sind noch nicht vollständig bekannt.

Dieser Ratgeber möchte Patienten, bei denen Multiple Sklerose diagnostiziert wurde, sowie deren Angehörige unterstützen. Als chronische Erkrankung mit schwer abzuschätzendem Verlauf beeinflusst Multiple Sklerose den Alltag und die weitere Lebensplanung der Betroffenen entscheidend.

Da die jeweilige Situation der Erkrankten sehr individuell ist, beantwortet dieser Ratgeber Fragen, die erfahrungsgemäß für Menschen mit Multipler Sklerose von Bedeutung sein können. Er gibt einen kurzen Überblick über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten, legt seinen Schwerpunkt jedoch auf sozialrechtliche und psychosoziale Themen, um ganz konkret über mögliche Hilfsangebote zu informieren. Auf diese Weise sollen Menschen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, Sicherheit und Orientierung im komplexen und oft schwer verständlichen Gesundheits- und Sozialwesen gewinnen.

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

Inhalt

Vorwort	2
Multiple Sklerose	5
Ursachen	5
Symptome	5
Untersuchungsmethoden	6
Verlaufsformen	7
Behandlung	8
Leben mit Multipler Sklerose	11
Kinderwunsch mit MS	11
Partnerschaft, Familie und Kinder	12
Depression	12
Chronische Müdigkeit – Fatigue	13
Rauchentwöhnung	14
Ernährungstipps	16
Urlaub	16
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	18
Zahlungsregelungen	18
Zahlungsbefreiung	19
Zahlungsbefreiung für chronisch Kranke	23
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	25
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	25
Krankengeld	27
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	33
Rehabilitation	35
Überblick über Reha-Leistungen	35
Zuständigkeiten der Reha-Träger	36
Reha-Antrag	38
Medizinische Rehabilitation	40
Ambulante Reha-Maßnahmen	41
Stationäre Reha-Maßnahmen	41
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	42
Anschlussheilbehandlung	44
Stufenweise Wiedereingliederung	46
Berufliche Reha-Maßnahmen	49
Übergangsgeld	51
Reha-Sport und Funktionstraining	53
Haushaltshilfe	55
Behinderung	58
Definition und Voraussetzungen	58
Grad der Behinderung	59
Schwerbehindertenausweis	60

Nachteilsausgleiche	61
Häusliche Krankenpflege	62
Pflege	64
Pflegebedürftigkeit	64
Leistungen bei häuslicher Pflege	65
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	67
Leistungen für pflegende Angehörige	68
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	69
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	70
Erwerbsminderungsrente	70
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	74
Hilfe zum Lebensunterhalt	76
Patientenvorsorge	77
Vorsorgevollmacht	77
Betreuungsverfügung	77
Patientenverfügung	78
Adressen	79
Impressum	80
Anhang	81

Multiple Sklerose

Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems junger Menschen. Sie kommt in sehr unterschiedlichen Auswirkungen und Verlaufsformen vor. Symptome können z.B. Sehstörungen, Gefühlsstörungen der Haut, Unsicherheit beim Gehen oder Greifen sowie Lähmungserscheinungen sein, die oft schubartig auftreten.

Meist beginnt die Krankheit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Bei etwa 3–5 % der MS-Erkrankten wird die Diagnose bereits im Kindesalter gestellt.

Ursachen

Die Ursachen für MS sind noch nicht vollständig bekannt. Sowohl genetische Faktoren als auch Umwelteinflüsse spielen eine Rolle. Dabei wird nicht die Krankheit MS selbst vererbt, sondern nur eine erhöhte Anfälligkeit dafür. Auch Infektionskrankheiten stehen im Verdacht, ein Faktor zu sein, der MS auslösen kann, wenn eine entsprechende Anfälligkeit gegeben ist.

Wenn das eigene Immunsystem gesunde Körperzellen eines Menschen angreift, so wird von einer Autoimmunerkrankung gesprochen. MS ist eine Autoimmunerkrankung, bei der das Nervensystem vom Immunsystem des Menschen angegriffen wird. Namensgebend für die MS waren Vernarbungen bzw. Verhärtungen der sog. Markscheiden (Hüllen der Nervenfasern). Sklerose ist der medizinische Fachausdruck für eine Verhärtung von Organen oder Geweben. Das passiert nicht im gesamten Nervensystem, sondern in vielen unterschiedlichen (multiplen) Bereichen. Darum heißt es Multiple Sklerose.

Heute ist bekannt, dass nicht nur die Markscheiden, sondern auch die Nervenzellen selbst bei einer MS betroffen sind. Beim Abbau der Markscheiden durch Zellen des Immunsystems entsteht ein Stoff, der andere Immunzellen dazu anregt, die Nervenzellen selbst anzugreifen und zu schädigen. Durch diese Schäden werden die vielfältigen Symptome der MS hervorgerufen. Welche Symptome entstehen hängt davon ab, welche Nerven das Immunsystem genau angreift. So kommt es, dass es bei einer MS so viele verschiedene Symptome und große Unterschiede von Patient zu Patient gibt.

Symptome

Bei MS können verschiedene Symptome und Beeinträchtigungen auftreten.

Häufige Frühsymptome

Zu den häufigsten Frühsymptomen gehören:

- Krampfartige Lähmungen
- Sehstörungen (z.B. sehen wie durch Milchglas oder Sehausfall in der Mitte des Blickfelds eines Auges)
- Taubheitsgefühle oder andere Empfindungsstörungen in den Beinen oder Armen (Ameisenkribbeln)
- Konzentrationsstörungen
- Schnelle Ermüdung
- Darmentleerungsstörungen

Solche Symptome können auch viele andere Ursachen haben, die zunächst ausgeschlossen werden müssen, ehe eine MS angenommen werden kann.

Die Ausfallerscheinungen können nur kurzfristig anhalten und dann wieder vollkommen zurückgehen, oder sie bleiben langfristig.

Typische Beeinträchtigungen

Im **weiteren Verlauf** können bei MS vielfältige Symptome auftreten, z.B.:

- Gangstörungen und Mobilitätseinschränkungen
- Spastiken (eine Art Krämpfe, die mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen verbunden sind)
- Blasenentleerungsstörungen
- Tremor (Zittern)
- Ataxie (Störungen der Bewegungskoordination)
- Fatigue (Müdigkeit)
- Sprech- und Schluckstörungen
- Kognitive Probleme (z.B. Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnisprobleme)
- Störungen der Sexualität (z.B. Erektionsstörungen, verringerte Orgasmusfähigkeit)
- Störungen der Darm- und Blasenfunktion
- Augenbewegungsstörungen
- Schmerzen
- Depressionen
- Gefühlsstörungen
- Sehstörungen
- Epileptische Anfälle

Untersuchungsmethoden

Bei verdächtigen Symptomen stehen den Ärzten verschiedene Diagnoseuntersuchungen zur Verfügung.

Mögliche Untersuchungsmethoden sind:

- Ausführliche Patientenbefragung (Anamnese), auch zur Krankheitsgeschichte und zu versteckten Symptomen, z.B. Müdigkeit und zu Autoimmunerkrankungen in der Familie.
- Neurologische Untersuchungen (Tests zu Gehfunktionen, Hand- und Armfunktionen, Konzentration und Aufmerksamkeit).
- Blutuntersuchung, vor allem um andere Erkrankungen auszuschließen.
- Magnetresonanztomografie (MRT): In Bildern des Gehirns und des Rückenmarks werden die entzündeten und vernarbten Gewebereiche sichtbar gemacht.
- Entnahme einer Flüssigkeit (Liquor) aus dem zentralen Nervensystem (Gehirn und Rückenmark). Zeigen Laboruntersuchungen im Liquor vermehrt Entzündungszellen, kann dies ein Zeichen von MS sein.
- Evozierte Potenziale (EP) können das Leitungssystem der Nervenzellen untersuchen. Durch leichte Elektro-Stimulation im Bereich der Hände, Füße oder des Gesichts können Aussagen über die Funktion des Nervensystems gemacht werden.

- Optische Kohärenztomografie (OCT) ist eine Untersuchung der Augen, die Rückschlüsse auf MS geben kann, weil sich dort viele Nervenfasern finden.

Alle Ergebnisse werden auch differenzialdiagnostisch bewertet, d.h.: Andere Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen werden ausgeschlossen.

Ein Hauptkriterium der MS-Diagnose ist der Nachweis von zeitlicher und räumlicher Streuung. Zeitliche Streuung bedeutet, dass die Entzündungsherde im Laufe der Zeit zunehmen. Räumliche Streuung heißt, dass es mehrere entzündete Stellen im zentralen Nervensystem gibt.

Verlaufsformen

Viele MS-Patienten leben lange Zeit nach ihrer Diagnose ohne größere Beeinträchtigungen, während nur wenige einen schnellen und schweren Verlauf erleben (mit schweren Behinderungen nach wenigen Jahren).

Das Spektrum der Symptome und Einschränkungen von leicht bis schwer ist dabei sehr groß und kaum vorhersehbar. Durch die heutigen Behandlungsmethoden sind schwere Beeinträchtigungen deutlich seltener geworden und Menschen mit MS sind z.B. viel häufiger auch nach Jahrzehnten nicht auf einen Rollstuhl angewiesen.

Der Großteil der Erkrankungen verläuft schubförmig und geht später in einen progredienten (fortschreitenden) Verlauf über.

Zunächst treten meist sog. Frühsymptome auf und manchmal können auch ohne Symptome schon Auffälligkeiten im MRT festgestellt werden, aus denen sich später MS entwickelt. Im weiteren Verlauf werden dann 3 charakteristische Verlaufsformen unterschieden.

Klinisch isoliertes Syndrom (KIS)

Die erste klinische Manifestation einer möglichen Multiplen Sklerose bevor alle Diagnosekriterien der eigentlichen MS erfüllt sind, wird klinisch isoliertes Syndrom genannt und bezeichnet typische Frühsymptome wie z.B. Taubheit, Sehstörungen oder Kraftminderung. Treten sie auf, kann KIS (englisch CIS) diagnostiziert werden und eine Behandlung eingeleitet werden. Ein früher Beginn der Behandlung schon in diesem Stadium kann den Verlauf der MS verlangsamen. Die medizinischen Leitlinien empfehlen in der Regel einen Therapiebeginn. Manchmal ist aber auch ein Abwarten möglich.

Aus dem KIS kann sich eine MS entwickeln, muss aber nicht.

Radiologisch isoliertes Syndrom (RIS)

Das radiologisch isolierte Syndrom ist definitionsgemäß keine Form der MS. Es liegt vor, wenn MRT-Befunde mit einer MS vereinbar sind, ohne dass klinisch oder in der Vorgeschichte des Patienten typische Symptome der MS vorliegen. Wie beim KIS kann sich daraus eine MS entwickeln, muss aber nicht. Es wird deshalb diskutiert, ob eine Behandlung schon in diesem Stadium beginnen sollte. Die Leitlinien empfehlen das in der Regel nicht. Für bestimmte Fälle aber schlagen sie vor, dass eine Therapie mit Medikamenten für die Behandlung von MS im Off-Label-Use erfolgen kann.

Die 3 typischen Verlaufsformen:

- **Schubförmig remittierender (vorübergehend nachlassender) Verlauf: RRMS**
Der Krankheitsverlauf ist bei den meisten Patienten nicht gleichförmig, sondern verläuft in Schüben. Die Symptome können sich nach einigen Tagen oder mehreren Wochen teilweise oder auch komplett wieder zurückbilden. Der Patient kann zwischen zwei Schüben komplett beschwerdefrei sein. Die Schübe können über mehrere Jahre in sehr unregelmäßigen Zeitabständen auftreten. Bei etwa 85 % der MS-Patienten beginnt die Erkrankung mit einem schubförmigen Verlauf.
- **Sekundär progredienter (fortschreitender) Verlauf: SPMS**
Bei etwa der Hälfte der Patienten mit schubförmiger MS geht die Erkrankung nach 10–15 Jahren in einen sekundär progredienten (sich allmählich steigernden) Verlauf über. Das heißt, dass die körperlichen Beeinträchtigungen zwischen den Schüben bestehen bleiben bzw. zunehmen. Es kommt zu keinen Rückbildungen mehr. Dabei werden die Schübe weniger oder können ganz ausbleiben. Es kommt zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Krankheitssymptome. Neue Behandlungsmöglichkeiten können diesen Zeitpunkt jedoch hinauszögern.
- **Primär progredienter Verlauf (sich von Beginn an über eine längere Zeit verschlimmernd): PPMS**
Bei etwa 10–15 % der Erkrankten treten keine Schübe auf, und die Krankheitssymptome entwickeln sich von Beginn an ohne Rückbildungen, nur vereinzelt gibt es stabile Zeiten oder leichte Verbesserungen. Je nach Patient schreitet die Krankheit unterschiedlich schnell voran. Diese Verlaufsform beginnt meist im Alter ab 40 Jahren, also tendenziell eher später.

Behandlung

Die Behandlungsmöglichkeiten von Multipler Sklerose (MS) haben sich in den letzten Jahren stark verbessert. Die Therapie basiert heute auf den Säulen Schubtherapie, Immunprophylaxe und symptombezogene Therapie. Derzeit erforscht wird eine Stammzellentherapie in Verbindung mit einer Chemotherapie.

Schubtherapie

Mit der Schubtherapie werden die Krankheitsschübe in erster Linie mit **Medikamenten** behandelt, die meist intravenös gegeben werden, manchmal aber auch vom Patienten oral eingenommen werden können. Das Standardmedikament zur Schubtherapie ist Methylprednisolon (MP), ein sog. Glukokortikosteroid. Glukokortikosteroide sind Kortison-Präparate. Wenn sie bei einem akuten MS-Schub in hoher Dosis verabreicht oder eingenommen werden, können sie die Symptome verringern und/oder begrenzen und den Schub verkürzen.

Manchmal werden die Schübe auch mit der sog. **Apheresetherapie** (umgangssprachlich „Blutwäsche“) behandelt, z.B. wenn die Therapie mit Glukokortikosteroiden nicht gut funktioniert hat oder es dafür Gegenanzeigen gibt. Empfohlen wird die „Blutwäsche“ auch als Ersttherapie, wenn sich bei einem früheren Schub gezeigt hat, dass sie gut hilft. Bei diesem Verfahren werden die Patienten an eine Maschine angeschlossen, die das Blut reinigt, bevor es wieder zurück in den Körper geleitet wird. Entweder wird dabei das Blutplasma des Patienten durch gespendetes Plasma ausgetauscht, oder es werden gezielt krankmachende Antikörper aus dem Blut entfernt, bevor es wieder zurück in den Körper geleitet wird.

Immunprophylaxe

Durch die immunprophylaktische Therapie (auch verlaufsmodifizierende Immuntherapie genannt) wird die Anzahl und Schwere der Schübe reduziert, es geht also darum, dem Auftreten neuer Schübe so weit wie möglich vorzubeugen. Hier gibt es verschiedene Wirkstoffe, die oft Antikörper enthalten, welche die Immunaktivität verringern.

Symptombezogene Therapie

Symptombezogene Therapie ist medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie, die nicht an den Ursachen, sondern an den Symptomen ansetzt. Die symptombezogene Therapie umfasst z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, neuropsychologische Therapie und psychosoziale Betreuung sowie Selbsthilfe, Neuromodulation (hier wird ein Schrittmacher implantiert und gibt elektrische Impulse ab), Hilfsmittelversorgung (z.B. mit Krücken oder einem Rollstuhl), multimodale Rehabilitation und die Palliativversorgung.

Insgesamt ist die Therapie sehr individuell, weil bei MS die Krankheitsverläufe sehr unterschiedlich sind. Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Patient und Neurologe.

Beispiele für symptombezogene Therapien:

- Bei MS können sog. **Spastiken** (eine Art Krämpfe) auftreten, die mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen verbunden sind. Dagegen werden Medikamente und Physiotherapie eingesetzt.
- **Gangstörungen und Mobilitätseinschränkungen** werden mit Herz-Kreislauf-Training, Krafttraining, Gleichgewichts- und Koordinationstraining sowie ggf. mit Medikamenten behandelt.
- Physio- und Ergotherapie können bei **Tremor** (Zittern) und **Ataxie** (Störungen der Bewegungskoordination) helfen. Daneben werden auch Medikamente eingesetzt.
- Zur Behandlung von **Fatigue** (siehe S. 13) gibt es Energiemanagement-Programme, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining und Aufmerksamkeitstraining. Auch Ausdauertraining und kühlende Maßnahmen wie z.B. kühle Bäder oder Getränke können hilfreich sein.
- Bei **Sprech- und Schluckstörungen** helfen Logopädie, Kommunikationshilfen, Elektrostimulation der Schluckmuskulatur, spezielle Esshilfen und Trinkgefäße – seltener Operationen und/oder Medikamente.

Symptombezogene Behandlung gibt es auch bei Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisproblemen, Störungen der Sexualität, Störungen der Darm- und Blasenfunktion, Augenbewegungsstörungen, Schmerzen, Depressionen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen und epileptischen Anfällen, die bei MS auftreten können.

Ausführliche Informationen zu **Heilmitteln** (z.B. Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) sowie zu **Hilfsmitteln** (z.B. Alltagshilfen, Pflegehilfsmittel, Rollstühle) sind unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Heilmittel“ bzw. Suchbegriff: „Hilfsmittel“ zu finden.

Stammzellentherapie

Ein neuer Ansatz zur Behandlung der MS ist die sog. autologe Stammzelltransplantation (aHSCT). Hierbei werden zunächst Stammzellen entnommen. Dann wird das Immunsystem durch Chemotherapie zerstört. Schließlich werden die Stammzellen wieder eingesetzt und so das Immunsystem wieder aufgebaut. In den aktuellen medizinischen Leitlinien zur Behandlung der MS heißt es dazu, die autologe Stammzelltransplantation habe das Potential, sich zu einer Therapieoption bei schubförmiger MS zu entwickeln, solle momentan aber nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden. Denn im Augenblick sei ihre Überlegenheit im Vergleich zu besser erforschten Methoden nicht klar belegt.

Alternative Behandlungen

Da MS bisher nicht geheilt werden kann und Nebenwirkungen bei der „schulmedizinischen“ Therapie auftreten können, ist das Interesse an alternativen Behandlungsmöglichkeiten groß. Das Spektrum alternativer Ansätze reicht von Homöopathie über Nahrungsergänzungsmittel bis hin zu Diäten. Die Wirksamkeit ist dabei jeweils nicht wissenschaftlich belegt.

Es werden auch unangenehme, sehr teure oder gefährliche alternative Behandlungen, wie z.B. mit Schlangentoxin, angeboten. Von solch riskanten Verfahren sollten Betroffene unbedingt Abstand nehmen. Durch einen Verzicht auf wirksame Therapiemethoden zu Gunsten alternativmedizinischer Behandlungsmethoden riskieren Betroffene Schübe und eine damit verbundene Verschlechterung ihrer Lebensqualität, die vermeidbar gewesen wäre.

Eine Ergänzung der Therapie mit alternativen Behandlungsmethoden sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden.



Praxistipps!

- Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose können unter www.awmf.org > *Leitlinien* > *Leitlinien-Suche* > *Suchbegriff: „Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose“* heruntergeladen werden.
- Der Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) hat eine App für Smartphones entwickelt, welche die Betroffenen dabei unterstützt, ein MS-Tagebuch zu führen, unabhängig davon, an welchem Ort sie gerade sind. Weitere Informationen unter www.dmsg.de > *Service* > *Mediengalerie* > *Multimedia* > *MS Tagebuch*.
- Weitere Apps oder Webanwendungen zur Unterstützung bei MS können bei der jeweiligen Krankenkasse angefragt werden. Eine ärztliche Verordnung und Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist für alle im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelisteten digitalen Gesundheitsanwendungen möglich. Diese finden Sie unter <https://diga.bfarm.de> > *DiGa-Verzeichnis öffnen*.
- Der Springer Verlag hat 2016 das „Weißbuch Multiple Sklerose“ veröffentlicht, welches aktuelle Informationen zur Krankheit, zu Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten enthält. Kostenloser Download unter www.springer.de > *Suchbegriff: „Weißbuch Multiple Sklerose“*.

Leben mit Multipler Sklerose

MS tritt überwiegend zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf, also in der Zeit, in der Patienten in der Regel beruflich sehr aktiv sind, mitten in der Familienplanung stecken oder kleine Kinder haben.

Hilfreich kann es sein, die möglichen Auswirkungen der Krankheit zu kennen und zu wissen, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt. Auch der Austausch in einer Selbsthilfegruppe kann bei der Krankheitsbewältigung helfen. Bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe helfen die Mitarbeiter des zuständigen Landesverbands der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft weiter. Die Bundesland-spezifischen Ansprechpartner stehen unter www.dmsg.de > *Landesverbände*.

Kinderwunsch mit MS

MS beeinträchtigt nicht die Fruchtbarkeit und für Schwangerschaft und Geburt sind keine negativen Auswirkungen bekannt. Auch die Schwangerschaft hat keinen negativen Einfluss auf die Erkrankung.

Im Gegenteil nehmen die Schübe eher ab und die meisten Frauen mit MS fühlen sich während der Schwangerschaft sehr wohl. Allerdings bekommen in den ersten 3 Monaten nach der Geburt etwa 30 % der Mütter einen Schub, aber das Stillen des Babys kann dieses Schubrisiko verringern. Es gibt Medikamente gegen MS, die auch in der Schwangerschaft und in der Stillzeit eingesetzt werden können.

Multiple Sklerose ist keine Erbkrankheit. Für das Kind steigt jedoch das Risiko, an MS zu erkranken. Dieses liegt allgemein bei 0,1–0,2 %, bei Menschen mit einem an MS erkrankten Elternteil bei 2–3 %.

Im Vorfeld einer Schwangerschaft sollte Folgendes überlegt werden:

- Vor einer geplanten Schwangerschaft sollten Betroffene mit ihrem Neurologen und mit ihrem Frauenarzt sprechen, ob aktuell etwas gegen eine Schwangerschaft spricht.
- Da der Verlauf der MS-Erkrankung schwer abzuschätzen ist, sollte sich eine Betroffene klar darüber sein, dass die körperliche Belastbarkeit abnehmen und Einschränkungen, z.B. motorischer Art, nach einem Schub bleiben können. Daher sind eine stabile Partnerschaft und ein festes soziales Umfeld Faktoren, die Sicherheit geben. Das Kind sollte auch dann betreut und versorgt werden können, wenn dies der eigene Gesundheitszustand momentan oder auf längere Sicht nicht ermöglicht.
- Vor einer Schwangerschaft sollte unbedingt mit dem behandelnden Arzt abgeklärt werden, ob eine Dauermedikation während der Schwangerschaft beibehalten werden kann oder bestimmte Medikamente abgesetzt werden müssen. Der Frauenarzt kann Betroffene auch beraten, ob es möglich ist, das Kind zu stillen.

Praxistipp!

Speziell fortgebildete Beraterinnen beantworten in allen 16 Landesverbänden der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft Fragen zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Entbindung, Stillzeit und Elternschaft. Weitere Informationen unter <https://plan-baby-bei-ms.dmsg.de>.

Partnerschaft, Familie und Kinder

Das Leben mit MS stellt eine Partnerschaft bzw. das gesamte Familiensystem vor große Herausforderungen.

Durch die MS-Erkrankung muss das gewohnte Leben oft völlig umstrukturiert werden. Die Rollenverteilung der **Lebenspartner** kann sich ändern, Aufgaben werden neu verteilt. Jemand, der vorher berufstätig war, führt z.B. zukünftig den Haushalt oder umgekehrt. Wichtig bei einer Neuausrichtung ist ein verständnisvoller, partnerschaftlicher Umgang. Eine offene Kommunikation in der Partnerschaft ist wichtig, um mit ggf. entstehenden Konflikten konstruktiv umgehen zu können. Angehörige sollten bei Überforderung rechtzeitig Hilfen nutzen, z.B. durch Informationen und Unterstützung von professionellen Helfern und Selbsthilfeverbänden.

Bei **Kindern** können die durch die Erkrankung eines Elternteils bedingten Veränderungen im Zusammenleben zu großer Verunsicherung und unrealistischen Vorstellungen führen, z.B. dass Mama bzw. Papa sterben könnten. Deshalb ist eine offene Kommunikation mit den Kindern über die MS-Erkrankung wichtig, um Ängste bei den Kindern abzubauen. Dabei sollten die Eltern auf eine altersgerechte Erklärung der Erkrankung achten.

Bei **Jugendlichen** besteht die Gefahr, dass sie im Familiensystem übermäßig Verantwortung im Haushalt oder bei der Versorgung des Erkrankten übernehmen und dadurch eigene Bedürfnisse und Interessen zurückstellen. Teenager können nicht die Verantwortung eines Erwachsenen übernehmen, sondern sollten eine altersgemäße Rolle in der Familie behalten.

Depression

Bei manchen Patienten kann es im Krankheitsverlauf zu einer Depression kommen. Dabei handelt es sich um eine psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome darin bestehen, dass die Stimmung, das Interesse sowie der Antrieb krankhaft vermindert sind.

Eine Depression kann sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern. Gemäß der 10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) müssen für die Diagnose „Depression“ mindestens 2 Hauptsymptome und mindestens 2 Zusatzsymptome über 2 Wochen auftreten.

Wenn **mindestens 2** der folgenden 3 Hauptsymptome **länger als 2 Wochen** anhalten, besteht ein begründeter Verdacht auf eine Depression:

- **Depressive, gedrückte Stimmung**

Eine depressive, gedrückte Stimmung kann sich in Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung äußern. Auch ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“, das bedeutet, dass man sich weder über positive Ereignisse freuen noch Trauer empfinden kann, ist möglich. Das Gefühl, durch jede Anforderung, z.B. in sozialen Kontakten, überfordert zu sein, ist nicht selten. Zudem tritt häufig ein ausgeprägtes Morgentief auf.

- **Interessenverlust und Freudlosigkeit**

Es werden weniger Aktivitäten ausgeübt als früher. Der Interessenverlust kann alle Alltagsbereiche betreffen, z.B. Haushalt, Körperpflege, Berufstätigkeit, aber auch bisher als erfreulich und anregend empfundene Hobbys und Freizeitaktivitäten.

- **Verminderung des Antriebs mit erhöhter Müdigkeit und Aktivitätseinschränkung**

Die Betroffenen fühlen sich energielos und kaum mehr belastbar und sind bereits durch Alltagsaktivitäten, z.B. putzen, kochen, essen und sich waschen, erschöpft.

Eine Depression liegt vor, wenn **zudem** noch **mindestens 2** der folgenden **Zusatzsymptome** auftreten:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Selbstmordneigung (Suizidalität), Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Bei den meisten Patienten kann eine Depression durch Medikamente und Psychotherapie erfolgreich behandelt werden.



Praxistipps!

- Die Stiftung Deutsche Depressions Hilfe bietet telefonische Beratung unter der Telefonnummer 0800 3344533 sowie weitere Informationen unter www.deutsche-depressionshilfe.de > *Depression: Infos und Hilfe*.
- Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bestimmter **psychotherapeutischer Behandlungen**. Ausführliche Informationen zu anerkannten Therapieformen, zum Antragsverfahren und zur Therapeutensuche finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Psychotherapie“*.

Chronische Müdigkeit – Fatigue

Fatigue ist der medizinische Fachausdruck für krankhafte Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebsschwäche und eingeschränkte Belastbarkeit, die über das normale Maß hinausgehen. Akut oder chronisch tritt Fatigue häufig auch bei MS auf.

Betroffene können ihren Alltag dann nur noch schwer bewältigen und finden auch durch Ausruhen oder Schlafen keine Erholung.

Wie es zur **Entstehung** von Fatigue kommt, ist noch **nicht abschließend geklärt**. Betroffene sollten Fatigue ernst nehmen und mit ihrem Arzt darüber sprechen. Je nach Symptomen und Einschränkungen gibt es

- ärztlich-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten, z.B. Medikamente, Physiotherapie oder Psychotherapie **und**
- unterstützende Maßnahmen, z.B. Beratung, körperliches Training oder Entspannungsübungen.

Folgende **Maßnahmen** können bei Fatigue helfen:

- Erlernen von Strategien zu Energiemanagement und Achtsamkeit.
- Senkung der Körpertemperatur durch Kühlelemente, kalte Bäder oder Klimatisierung.
- Körperliches Training, insbesondere mit aeroben Ausdauersportarten (z.B. Schwimmen, Laufen, Walking, Fahrradfahren), allerdings nie bis zur Erschöpfung.
- Überanstrengung vermeiden und dem Körper Ruhepausen gönnen.
- Ein Energietagebuch führen, um einschätzen zu können, welche Aktivitäten anstrengend sind.
- Ausreichend und regelmäßig schlafen.

Rauchen und **zu wenig Vitamin D** können **negativ** auf die Krankheit wirken:

- Rauchen möglichst aufgeben (siehe unten).
- Ausreichend an der frischen Luft bewegen, denn Sonnenlicht ist nötig für die Vitamin-D-Produktion. Jedoch ist die Rolle von Vitamin D noch nicht abschließend geklärt. Näheres beim Multiple-Sklerose-Portal AMSEL unter www.amsel.de > *Suchbegriff: „Vitamin D bei Multipler Sklerose“*.
- Wer keine Hitze verträgt (rund 80% der MS-Erkrankten), sollte ausgiebige Sonnenbäder und heiße Temperaturen meiden, viel Trinken und ggf. aktiv für Kühlung sorgen. Beim sog. „Uhthoff-Phänomen“ leiden MS-Patienten bei hohen Temperaturen z.B. unter Einschränkungen der Sehfähigkeit, Lähmungserscheinungen oder Koordinationsstörungen, da sich durch die Körpererwärmung die Leitfähigkeit der geschädigten Nerven verschlechtert. Wird die Körpertemperatur wieder gesenkt, verschwinden diese Symptome jedoch augenblicklich oder spätestens nach 24 Stunden wieder.



Praxistipp!

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft informiert unter www.dmsg.de > *Multiple Sklerose* > *MS behandeln* > *Symptomatische Therapie* > *Fatigue* über nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapiemöglichkeiten.

Rauchentwöhnung

Rauchen sollte möglichst aufgegeben werden, da es negativ auf die MS-Erkrankung wirken kann. Eine Rauchentwöhnung ist nicht leicht, aber es gibt mehrere Hilfsmöglichkeiten, die den Weg zum Nichtraucher erleichtern können.

Die Kosten für die meisten Maßnahmen muss der Betroffene selbst tragen. Die Krankenkasse bezuschusst aber oftmals Rauchentwöhnungsprogramme oder bietet selbst kostenfreie Kurse an.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Rauchen erlerntes Verhalten ist. Der Raucher verknüpft Nikotin mit der Bewältigung von Stress oder mit angenehmen Momenten (Belohnung). Die Verhaltenstherapie soll dem Raucher helfen, die Ursachen und Mechanismen seines Verhaltens zu durchschauen und neue Verhaltensmuster aufzubauen.

Eine Verhaltenstherapie läuft in 3 Phasen ab:

- **Selbstbeobachtung:** Hierbei soll der Raucher sein Rauchverhalten analysieren, um auslösende Faktoren zu erkennen. Er soll ein Bewusstsein dafür entwickeln welche Situationen, Gedanken und Gefühle ihn am häufigsten zum Rauchen verleiten.
- **Akute Entwöhnung:** Es gibt verschiedene Herangehensweisen wie ein Raucher seinen Entzug angehen kann. Die **Schlusspunktmethode** basiert auf dem Beschluss, an einem bestimmten Tag oder aber „von heute auf morgen“ das Rauchen vollkommen einzustellen. Eine Variante davon ist die **Reduktionsmethode**. Dabei reduziert der Raucher die Anzahl der täglichen Zigaretten bis zu einem festgelegten Tag, an dem er den vollständigen Nikotinverzicht erreicht. In jedem Fall ist es wichtig zeitgleich Gegenstrategien zu entwickeln, damit man mit einer alternativen Handlung auf auslösende Faktoren reagieren kann (z.B. Sport gegen Stress).
- **Stabilisierung (Rückfallprophylaxe):** Der Raucher muss seine veränderten Verhaltensweisen im Alltag verfestigen. Um einen Rückfall zu vermeiden, muss er weiterhin achtsam mit kritischen Situationen umgehen.

Die Verhaltenstherapie kann in Gruppen- oder Einzelstunden stattfinden. Seminare, die von Krankenkassen, Volkshochschulen oder anderen Einrichtungen angeboten werden, bauen in der Regel auf Elementen der Verhaltenstherapie auf.

Medikamentöse Rauchentwöhnung

Die Nikotinersatztherapie ist eine Methode zur Aufnahme von Nikotin, ohne zu rauchen. Diese Nikotinzufuhr soll besonders in der Anfangsphase der Rauchentwöhnung die Entzugserscheinungen mildern und das Verlangen nach einer Zigarette unterdrücken. Dadurch sollen dem ehemaligen Raucher die Bewältigung der psychologischen und verhaltenstherapeutischen Aspekte des Rauchens erleichtert werden. Grundsätzlich gilt: Die Medikamente begleiten und erleichtern eine Entwöhnung nur. Der Wille, mit dem Rauchen aufzuhören, muss beim Raucher vorhanden sein.

Es gibt verschiedene Mittel zur Nikotinersatztherapie, z.B. Pflaster, Kaugummi, Inhaler, Lutschtabletten oder Nasenspray. Die Dosierung dieser Mittel ist abhängig von der Zahl der täglich konsumierten Zigaretten, die ersetzt werden. In jedem Fall ist es sinnvoll, sich vom Arzt oder Apotheker beraten zu lassen. Das Nasenspray ist das einzige Produkt, das ärztlich verschrieben werden muss. Alle anderen Produkte sind rezeptfrei in der Apotheke erhältlich.

Außerdem gibt es nikotinfreie Medikamente (mit Wirkstoffen wie z.B. Vareniclin oder Bupropion), die über bestimmte Rezeptoren im Gehirn das Verlangen nach Nikotin beeinflussen. Aber auch hier gilt: Ohne den festen Willen, das Rauchen aufzugeben, können auch diese Medikamente nicht wirken. Die Präparate müssen ärztlich verordnet werden, die Kosten trägt der Betroffene selbst. Eine Betreuung durch den Arzt ist wegen möglicher Nebenwirkungen unbedingt notwendig.

Hypnose

Hypnose kann als Zustand zwischen Schlaf und Wachsein bezeichnet werden, in den ein Patient durch einen Hypnose-Therapeuten versetzt wird. Durch Hypnose können Verhaltensweisen und Gewohnheiten, die im Unterbewusstsein manifestiert sind, erreicht und möglicherweise beeinflusst werden. Bei der Rauchentwöhnung durch Hypnose verbindet der Therapeut beim Patienten Rauchen mit negativen Gefühlen. Im zweiten Schritt werden dann positive Gefühle mit dem Nichtrauchen verknüpft. Die Methode soll der Motivation und der Willenskraftstärkung des Patienten dienen.

Akupunktur

Akupunktur ist eine alte Methode aus der chinesischen Medizin. Durch feine Nadeln, die dem Patienten ins Ohr gesteckt werden, sollen die Lust auf Zigaretten genommen und Entzugssymptome wie Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen und Gewichtszunahme gemindert werden.



Praxistipp!

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gemeinsam mit dem Institut für Therapieforchung eine Methode entwickelt und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung gestaltet. Angeboten wird das „Rauchfrei-Kursprogramm“ von Krankenkassen, Volkshochschulen oder kommunalen Bildungsstätten. Weitere Informationen, z.B. wo die Kurse stattfinden, unter www.rauchfrei-programm.de.

Ernährungstipps

Mangelzustände, z.B. an bestimmten Vitaminen können das Risiko für das Auftreten einer MS erhöhen und sollten auch ausgeglichen werden, wenn Menschen schon an MS erkrankt sind. Eine Ernährung mit zu viel Fett und damit verbundener Fettleibigkeit kann das Risiko erhöhen, an MS zu erkranken. Ob das auch für eine Ernährung mit zu viel Salz gilt, ist noch nicht wissenschaftlich geklärt. Offen ist auch, ob Alkohol bei MS schädlicher ist als für Menschen ohne MS und es gibt keine Belege dafür, dass Alkoholkonsum das Risiko, an MS zu erkranken, erhöhen könnte.

Es gibt nach aktuellem Wissensstand **keine** Diät, die MS heilen oder den Verlauf stoppen kann. Patienten sollten sich, wie gesunde Menschen auch, ausgewogen ernähren. Empfehlungen gibt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung unter www.dge.de > *Ernährungspraxis* > *Vollwertige Ernährung* > *10 Regeln der DGE*.

Da einige Patienten auf den Rollstuhl angewiesen und in ihrer Bewegung eingeschränkt sind, ist auf eine ausreichende Zufuhr von Ballaststoffen und Flüssigkeit zu achten, um möglichen Verdauungsproblemen vorzubeugen. Wichtig ist das auch, wenn Darmfunktionsstörungen durch MS vorliegen. Ggf. sollten in diesem Fall in Absprache mit dem behandelnden Arzt auch Kaffee, Alkohol, Kohlensäure, blähende und darmanregende Nahrungsmittel gemieden werden.

Krankenkostzulage

Da MS keine ernährungsbedingte Erkrankung ist, erhalten MS-erkrankte Arbeitslosengeld II- oder Sozialhilfe-Empfänger nicht grundsätzlich einen Mehrbedarf aufgrund kostenaufwendiger Ernährung.

Ein erhöhter Ernährungsaufwand bei MS ergibt sich lediglich im Einzelfall, wenn es sich um einen schweren und verzehrenden Krankheitsverlauf mit gestörter Nahrungsaufnahme oder mangelnder Nährstoffverwertung handelt. Dies ist insbesondere der Fall, wenn

- der BMI unter 18,5 liegt (und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist) **und/oder**
- ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei gewollter Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen ist.

Urlaub

Wenn Patienten mit Multipler Sklerose verreisen wollen, ist eine gute Planung wichtig: **Extremes Klima sollte vermieden, nötige Impfungen mit Ärzten abgesprochen und die medizinische Versorgung vor Ort in Erfahrung gebracht werden. Der Patient sollte seinen eigenen gesundheitlichen Zustand, seine Grenzen und seine Vorlieben realistisch einschätzen.**

Im Vorfeld empfiehlt sich eine ausführliche Reiseplanung:

- Patienten, bei denen **Hitze und Wärme ungünstigen Einfluss** auf das körperliche Befinden haben, sollten nicht in die (Sub-)Tropen reisen. Ein krasser Klimawechsel kann die Wahrscheinlichkeit einer Erkältung oder Grippe erhöhen, was wiederum einen Schub auslösen könnte.
- Über **Impfungen** nachdenken und mit dem behandelnden Arzt besprechen. Einige Impfungen, die bei Reisen in ferne Länder geboten sind (z. B. Lebendimpfstoffe gegen Gelbfieber und Cholera), stehen im Verdacht, einen Schub auslösen zu können. Auch können bestimmte Immuntherapien dazu führen, dass Betroffene auf eine Impfung weniger gut ansprechen. Bei manchen Medikamenten zur Behandlung der MS sollen Lebendimpfstoffe nicht verwendet werden. Diese Risiken und Umstände sollten im Arztgespräch diskutiert werden.

- Zur eigenen Sicherheit trägt es auch bei, wenn man sich von zu Hause über eine gute medizinische Versorgung vor Ort informiert. Sollte der MS-Patient am Urlaubsort einen Schub erleiden, dann weiß er, wo er sich behandeln lassen kann.
- Dafür sorgen, dass auch im Ausland Krankenversicherungsschutz besteht.

Medikamente

Für MS-Patienten gilt es Folgendes zu bedenken:

- Müssen Medikamente gekühlt werden, muss die Kühlkette auch während der Reise gegeben sein. Kühltaschen oder Kühlaggregate können dies gewährleisten.
- MS-Patienten brauchen oft Spritzen und Kanülen. Um bei Zollabfertigungen am Flughafen keine unnötigen Probleme zu haben, sollte man ein ärztliches Attest (am besten auf Englisch) bei sich haben. Manche Medikamentenhersteller haben zu ihren Produkten mehrsprachige Zollbescheinigungen, die vorgelegt werden können.
- Die Medikamente sollten in der Originalpackung mitgeführt werden, dann gibt es am Zoll kaum Probleme.

Reisen für Menschen mit Behinderungen

Ist der Patient auf einen Rollstuhl angewiesen, ist ein behinderungsgerechtes Hotel zu wählen und die An- bzw. Abfahrt mit dem jeweiligen Verkehrsmittel (Bahn, Flugzeug, Pkw) gut vorzubereiten.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet hilfreiche Tipps für die Reisevorbereitung sowie ausführliche Informationen über selbstbestimmtes Reisen von Menschen mit Behinderungen unter www.einfach-teilhaben.de > *Mobilität und Freizeit* > *Barrierefreies Reisen*.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

Festbeträge

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

Verbandmittel

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

Heilmittel

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege (siehe S. 62) wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe (siehe S. 55) ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt.

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenförderung).

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

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

Für **chronisch Kranke** liegt die Belastungsgrenze bei 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, Näheres siehe S. 23.

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen des Versicherten und den Bruttoeinnahmen seiner Angehörigen, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende Angehörige:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

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

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

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

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld, Näheres siehe S. 68
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Besondere Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

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

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern:
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)
davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. Es gibt ein DMP für Depressionen. Für MS gibt es derzeit noch kein DMP.

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

Vorsorge

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

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

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).

- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Die meisten Menschen mit MS können sehr gut ihrer Arbeit nachgehen, auch wenn es immer wieder zu Phasen der Arbeitsunfähigkeit kommen kann. Allerdings sollten die Rahmenbedingungen stimmen. Flexible Arbeitszeiten und andere organisatorische Maßnahmen sowie technische Hilfsmittel, etwa Mobilitäts- und Sehhilfen sowie Arbeitsassistenz können helfen.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Entgeltfortzahlung erhalten Arbeitnehmer, wenn sie arbeitsunfähig sind. Der Arbeitnehmer hat die Pflicht, seine Arbeitsunfähigkeit zu melden. Der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein.
- Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien.
- Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er von dessen Krankenkasse verlangen, dass diese ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn die AU sich eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

Dauer

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

Höhe

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

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

- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

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

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie wegen ihrer MS-Erkrankung länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind. Das Krankengeld wird individuell berechnet und ist niedriger als das Nettoeinkommen. Innerhalb von 3 Jahren gibt es höchstens 78 Wochen lang Krankengeld für dieselbe Krankheit.

Voraussetzungen

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

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

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung

und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 51)

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

Krankengeld für Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhaushandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 25).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte. Eine Rückdatierung des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

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

Bemessungszeitraum

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

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

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

Höchstbetrag

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

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

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

Berechnungsbeispiel

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

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind)
= 47,51 €.
Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich.

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

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



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit

eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.

- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben, und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 70) umwandelt.



Praxistipp!

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

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 33).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z.B. wenn die Arbeitsunfähig-

keit durch ein vorsätzliches Vergehen verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aufgrund der MS aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis noch formal fortbesteht.

Wenn ein Empfänger von Arbeitslosengeld krank wird, besteht sein Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zu 6 Wochen lang fort. In der Regel wird von der 7. Woche bis max. 78. Woche für gesetzlich Versicherte Krankengeld bezahlt. Danach ist, bei Fortbestehen der Erkrankung, der Bezug von Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit möglich.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig)
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weswegen kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 70), Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 49) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 40) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 51) gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Betroffene mit MS in Frage kommen:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 51), Haushaltshilfe (siehe S. 55), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

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

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

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

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



Praxistipp!

Sie müssen sich keine Gedanken machen, wer der richtige Kostenträger für Sie sein könnte. Eine Antragstellung ist bei jedem Träger möglich und wird der Zuständigkeit entsprechend weitergeleitet bzw. werden bei mehreren zuständigen Trägern die Leistungen aufgeteilt.

Zuständigkeitsklärung

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

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

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

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird.

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

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

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

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



Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

Reha-Antrag

Möchte ein MS-Patient eine medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Alle Vertragsärzte können eine Reha verordnen.

Eine psychosomatische Reha, z.B. in Zusammenhang mit Depressionen, kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha,

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

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

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

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

Kostenträger Rentenversicherung

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

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Patienten müssen die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen. Unter demselben Link finden Sie auch den Antrag „Schritt für Schritt“ sowie einen eAntrag.

Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Informationen dazu finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

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

Praxistipp!

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

Medizinische Rehabilitation

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

Inhalte der Reha können z.B. sein:

- Physiotherapie und Ergotherapie: Kräftigung der Muskulatur, Korrektur von Haltungsschäden, Mobilisation, Verbesserung der Koordination, Erlernen von Alltagshilfen
- Beratung, Schulung und Aufklärung zur Erkrankung
- Psychotherapie: Akzeptanz der Erkrankung, Förderung der Lebensqualität trotz Fortschreiten der Erkrankung
- Neuropsychologie: Erlernen von Übungen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Logopädie: Zur Behandlung von Schluckstörungen und Sprachschwierigkeiten

Je nach Gesundheitszustand und Fortschreiten der Erkrankung werden in der Reha unterschiedliche Ziele verfolgt, z.B.:

- Leistungsfähigkeit erhalten oder verbessern
- Pflegebedürftigkeit verringern, Selbstständigkeit fördern
- Psychische Verfassung positiv beeinflussen und festigen

Voraussetzungen

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Wartezeit

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

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

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

Eine ambulante Reha wird wohnortnah durchgeführt und hat den Vorteil, dass der Patient die erlernten und in der Reha-Einrichtung erprobten Behandlungsstrategien am Abend im eigenen häuslichen Umfeld testen kann. So können im Laufe der Reha immer wieder individuelle Anpassungen getroffen werden, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

Eine stationäre Reha kann vor allem dann hilfreich sein, wenn eine zeitintensive therapeutische Behandlung nötig ist, z.B. wenn bereits anhaltende Spastiken, Lähmungen oder kognitive Störungen vorliegen, die eine gute und enge Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachrichtungen erfordern.

Voraussetzungen

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

Dauer

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



Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 55) gewährt werden.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

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

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 25
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 27
- Verletztengeld von der Unfallversicherung
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 51

Zuzahlungen

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

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

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet. **Keine Zuzahlung** an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

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

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder**
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**

- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

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

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Unter Umständen kann eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht beantragt werden (z.B. Menschen mit geringem Einkommen). Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha? > Zuzahlung.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Anschlussheilbehandlung

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

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

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

AHB-Indikationsgruppen

Eine AHB wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

Die AHB-Indikationsgruppen der Rentenversicherung sind:

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

Beim Antrag der Krankenkassen sind folgende Indikationen vorgegeben:

- Neurologie
- Muskuloskelettale Erkrankungen
- Kardiologie
- Geriatrie
- Sonstige

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

Diese Voraussetzungen gelten bei Krankenversicherung und Rentenversicherung:

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe S. 44).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, muss eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Antrag

In der Regel veranlasst ein Arzt des letzten behandelnden Krankenhauses die AHB, in enger Zusammenarbeit mit der Sozialberatung (Sozialdienst) des Krankenhauses. Die Sozialberatung kümmert sich dann zusammen mit dem Patienten um die Antragstellung. Eine direkte Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Rehaklinik ist möglich, wenn die Sozialberatung das sowohl mit der aufnehmenden Rehaklinik als auch mit dem verantwortlichen Träger entsprechend koordinieren kann.

Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.



Praxistipps!

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 55) möglich.
- Bei einem krebskranken Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen, ist aber in jedem Fall zu empfehlen.

Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

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

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und er ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

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

Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung

Die Stufenweise Wiedereingliederung wird nach längeren, schweren Erkrankungen eingesetzt.

- **Wiedereingliederung nach Reha:** Sie kann im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation oder auch parallel zu ambulanten Reha-Maßnahmen beginnen. Wenn ein Patient aus einer Reha-Einrichtung entlassen wird und arbeitsunfähig ist, muss die Reha-Einrichtung eine Checkliste zur Stufenwei-

sen Wiedereingliederung an die Krankenkasse und den Rentenversicherungsträger schicken, in der sie den (Nicht-)Bedarf und die (Nicht-)Einleitung der Wiedereingliederung dokumentiert. Der Patient kann der Datenübermittlung an die Krankenkasse widersprechen. Er bekommt zudem eine Kopie der Checkliste für seinen Arzt.

Innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Reha-Maßnahme kann auch die Krankenkasse eine Stufenweise Wiedereingliederung anregen, wenn sich in den Punkten der Checkliste eine Änderung ergeben hat.

- **Prüfung der Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen:** Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann von Versicherten auch abgelehnt werden. Die Zustimmung ist immer freiwillig.

- **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM):** Arbeitgeber müssen Mitarbeitern, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Für die 6 Wochen werden alle Zeiten zusammengezählt, in denen Arbeitnehmer in den letzten 12 Monaten
 - arbeitsunfähig gemeldet waren,
 - sich ohne AU-Bescheinigung krankgemeldet haben oder
 - wegen Kuren und Reha-Leistungen gefehlt haben.

Die Stufenweise Wiedereingliederung kann Teil eines BEM sein.

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

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

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

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

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

Kostenträger und finanzielle Sicherung

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

- Findet die Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger und zahlt Übergangsgeld (siehe S. 51).
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld (siehe S. 27).
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (siehe S. 33).
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

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

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

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



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Bei MS kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, können die Erhaltung des Arbeitsplatzes erleichtern bzw. die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben fördern.

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

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

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

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen und einen Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber.
- **Budget für Ausbildung** zur Erstattung der Ausbildungsvergütung als Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

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

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

- Bei Bedarf sind über **Unterstützte Beschäftigung** Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Teilnahmekosten

Die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B.:

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung, einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z.B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z.B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg) – wegen Art und Schwere der Behinderungen oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha-Leistung

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Die **Gewährung eines Zuschusses** kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als:

- **Ausbildungszuschüsse** zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen
Zuschusshöhe: 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
Zuschusshöhe: bis zu 50 %, für Menschen mit Behinderungen bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, für Menschen mit Behinderungen in der Regel bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung:** Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll.
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes**

Wer hilft weiter?

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von MS-Patienten während der Teilnahme an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. bei Maßnahmen zur beruflichen Orientierung. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden.

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

Voraussetzungen

Bei beiden Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung bezahlt Übergangsgeld, wenn die Reha-Maßnahme das Ziel hat, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen wiederherzustellen. Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation, zur Prävention, zur Nachsorge und zu sonstigen Leistungen zur Teilhabe.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen und vor diesen Leistungen rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben. Bei Arbeitslosengeld gibt es nur Übergangsgeld, wenn der Arbeitslose wegen der Reha-Maßnahme nicht ganztags arbeiten kann.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

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

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllen und Leistungen beantragt haben.

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt:

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

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

Anrechnung

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

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

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

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur medizinischen bzw. beruflichen Reha.
- während einer beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei **gesundheitsbedingter Unterbrechung** einer beruflichen Reha-Leistung.

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

Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

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



Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

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

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

Ziele von Reha-Sport sind:

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

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

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

Ziele von Funktionstraining sind:

- Körperliche Funktionen erhalten oder verbessern
- Funktionsverluste von Organen/Körperteilen verzögern
- Schmerzen lindern
- Beweglichkeit verbessern

- Krankheitsbewältigung unterstützen
- Selbsthilfepotentiale aktivieren, um die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu stärken und langfristig zu körperlichem Training zu motivieren

Kostenträger und Zuständigkeit

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

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

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

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

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

Verordnung

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

In der Verordnung stehen

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

Dauer

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

Kostenträger	Dauer
Rentenversicherung	In der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.

Kostenträger	Dauer
Krankenversicherung	<p>Reha-Sport: In der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose) bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.</p> <p>Funktionstraining: In der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch bestimmte chronische Erkrankungen etwa 24 Monate.</p>

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

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

Voraussetzungen Krankenversicherung

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

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, kann die Haushaltshilfe seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Außerdem müssen die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation erfüllt sein.



Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder **unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei **Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus**. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

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

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

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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

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

Fahrtkosten, Verdienstaufschlag

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

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

Anderweitige Unterbringung

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

Zuzahlung

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



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Bei Multipler Sklerose kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Die Höhe des GdB richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallerscheinungen und nach dem Krankheitsverlauf.

Definition und Voraussetzungen

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

Aus dieser Definition ergeben sich folgende Voraussetzungen für das Vorliegen einer Behinderung:

- Der Körperzustand oder der Gesundheitszustand weicht vom für das Lebensalter typischen Zustand ab.
- Es liegen Barrieren vor, die sowohl in den Umweltbedingungen als auch in den Einstellungen der Mitmenschen entstanden sein können.
- Durch die Barrieren führt die Abweichung dazu, dass der Betroffene nicht gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann.
- Diese Voraussetzungen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate bestehen bleiben.

Voraussetzung für das **Drohen einer Behinderung**: Es ist **zu erwarten**, dass der Körperzustand oder der Gesundheitszustand vom für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

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

Gleichstellung

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

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

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

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

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert. Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) bezieht sich auf Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt.

GdB und GdS (Grad der Schädigungsfolgen) haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Die Bezeichnung GdB wird im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verwendet. Die Bezeichnung GdS wird im Sozialen Entschädigungsrecht verwendet, dessen Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom **individuellen Einzelfall** abhängig.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ nachgelesen werden.

Bei Multipler Sklerose richtet sich der GdB/GdS laut den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen „vor allem nach den zerebralen (das Gehirn betreffenden) und spinalen (das Rückenmark betreffenden) Ausfallerscheinungen. Zusätzlich ist die aus dem klinischen Verlauf sich ergebende Krankheitsaktivität zu berücksichtigen.“ Das bedeutet, dass die Zahl und Schwere der MS-Schübe und die sich hieraus ergebenden Folgen individuell berücksichtigt werden und es kein festes Schema gibt.

Praxistipps!

- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-)Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Weitere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.

- Ist die Mobilität eines Patienten mit MS eingeschränkt, gibt es verschiedene Ausgleichs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Multiple Sklerose > Mobilität“.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des MS-Patienten. **Antragsformulare** sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausesentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab dem 10. Geburtstag notwendig). Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

Merkzeichen

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

Nachteilsausgleiche

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

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



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 81 oder können diese unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ herunterladen.
- Ausführliche Informationen zum Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet zahlreiche Informationen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige auf www.einfach-teilhabe.de und beantwortet Fragen über das Bürgertelefon unter 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege kann von Vertrags- oder Klinikärzten verordnet werden, wenn MS-Patienten z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt noch medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen. Kostenträger ist in der Regel die Krankenversicherung.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung (siehe S. 65).

Voraussetzungen

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

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

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

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

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

Ort der Pflege

Die häusliche Krankenpflege wird an geeigneten Orten erbracht, an denen sich der Patient regelmäßig aufhält, z.B.:

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

Dauer

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

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

Leistungsinhalte:

Behandlungspflege sind medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen des Blutdrucks oder der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen **oder** verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle. Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

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

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

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist, dass der Arzt Behandlungspflege verordnet hat. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

Verordnung

Die Verordnung einer häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Auch Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege für längstens 7 Tage verordnen. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Bei Schwangerschaft und Entbindung entfällt die Zuzahlungspflicht. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe ab S. 18.

Leistungserbringer

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

Richtlinien

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

Pflege

Multiple Sklerose schränkt das tägliche Leben meist für lange Zeit nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im späteren Verlauf kann es jedoch zur Pflegebedürftigkeit kommen.

Allgemeines zur Pflegeversicherung

Grundsätzlich ist die **Pflegeversicherung**, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, **keine Vollversicherung**. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden.

Eine **private Pflegezusatzversicherung** kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.

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

Pflegebedürftigkeit

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

Vorversicherungszeit

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

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

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

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf. Näheres unter „Häusliche Krankenpflege“ ab S. 62.

Pflegeberatung

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

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

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

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

Ermittlung des Pflegegrads

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



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter www.mds-ev.de > Richtlinien / Publikationen > Richtlinien / Grundlagen der Begutachtung > Pflegebedürftigkeit heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 81 oder können diese unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeleistungen“ herunterladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

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

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben. Das **Pflegegeld** beträgt je nach Pflegegrad **zwischen 316 € und 901 € monatlich**.

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen **Ersatzpflege** für **längstens 6 Wochen im Jahr**. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegekurse

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

Entlastungsbetrag

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

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

Pflegehilfsmittel

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

Digitale Pflegeanwendungen (DIPA)

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

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

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

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

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

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

Tages- oder Nachtpflege

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

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatz-

pflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Vollstationäre Pflege

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

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Februar 2018 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 81 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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

Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

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

Praxistipps!

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

Die Erwerbsminderungsrente soll dabei helfen den Lebensunterhalt zu sichern. Sie ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert werden. Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

Voraussetzungen und Antrag

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

Medizinische Voraussetzungen

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

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

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

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem Arbeitsmarkt** gewährt wird,

obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

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

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

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

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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



Praxistipp!

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente. Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z.B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Erwerbsminderung für Menschen mit Behinderung

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

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

Berufsschutz

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

Antrag

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

Dauer

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

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

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

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

Höhe

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

Neuregelungen zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um 1 Monat, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Rentenabschläge

Für jeden Bezugsmonat der Erwerbsminderungsrente, der nach dem 60./62. und vor dem 63./65.* Geburtstag liegt, gibt es einen Rentenabschlag von je 0,3 %; der Abschlag beträgt höchstens 10,8 % (§ 77 SGB VI). Diese Rentenkürzung ist dauerhaft, d.h. sie fällt mit dem Eintritt in eine Altersrente nicht weg und führt nach dem Tod des Versicherten auch zu einer Kürzung der Hinterbliebenenrente.

*Seit 2012 steigt die Grenze für eine abschlagsfreie Rente von 63 auf 65. Es bleibt aber immer bei einem maximalen Abschlag von 10,8 %.

Vorgezogene Monate vor dem 63./65.* Geburtstag	Dauerhafte Kürzung der Rente um
1 Monat	0,3 %
2 Monate	0,6 %
3 Monate	0,9 %
4 Monate	1,2 %
...	...
33 Monate	9,9 %
34 Monate	10,2 %
35 Monate	10,5 %
36 Monate und mehr	10,8 %

Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 74) beantragt werden.

Erwerbsminderungsrente und Einkommen

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

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

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

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

Grundrente

Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Ein Anspruch auf Grundrente besteht für Versicherte, die mindestens 33 Jahre (sog. Wartezeit) lang gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Pflegeleistungen für Angehörige erbracht haben und dabei im Durchschnitt wenig verdient haben. Für einen Anspruch ist die Höhe des Einkommens ausschlaggebend, es gibt keine Bedürftigkeitsprüfung. Grundrente muss nicht beantragt werden, die Rentenversicherung prüft durch Datenabgleich mit den Finanzbehörden die Anspruchsberechtigung.

Praxistipps!

- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfszuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten und Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.
- Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten erwerbsunfähige Personen einen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

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

Voraussetzungen

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

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

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

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe:

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

- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen (z.B. Menschen mit Behinderungen, Schwangere, Alleinerziehende).
- Einmalige Leistungen i.S.v. § 31 SGB XII.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

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

Erhält ein Mensch mit Behinderung neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Änderung: Änderungen **zugunsten** des Berechtigten werden ab dem Ersten des Monats angerechnet, in dem die Änderung eintritt bzw. gemeldet wird. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung **weniger** Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des **Folgemonats**.

Nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des **Folgemonats**.

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.

Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 75).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.

Praxistipp!

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

Patientenvorsorge

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 77) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.

Krausenstr. 50, 30171 Hannover
Telefon: 0511 96834-0
Fax: 0511 96834-50
E-Mail: dmsg@dmsg.de
www.dmsg.de

AMSEL, Landesverband e.V.

Regerstr. 18, 70195 Stuttgart
Telefon: 0711 69786-0
Fax: 0711 69786-99
E-Mail: info@amsel.de
www.amsel.de

Weitere informative Internetseiten:

www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Die Internetseite des gemeinnützigen Vereins Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose e.V. Dieses interdisziplinäre deutschlandweite Forschungsnetzwerk bietet Fach- und Patientinformationen.

www.multiple-sklerose-e-v.de

Die Internetseite der Initiative Selbsthilfe Multiple Sklerose Kranker e.V. (MSK e.V.), die unabhängig Betroffene und deren Angehörige beim selbstbestimmten Umgang mit der Krankheit unterstützt.

www.kabelschaden.de

Eine private Informationsseite, die von einer MS-Betroffenen erstellt wurde und Tipps, Anregungen sowie Informationen gibt.

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice, Luisa Milazzo

Redaktionsteam

Claudia Gottstein, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© ag visuell – stock.adobe.com – ID 68691070

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

5. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2022

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

20	30/40	50	60	80	90	100
Eine Funktions-einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.		Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern	Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz EStG)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)	70	4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		
	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich	Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen Hi: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland		Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)			
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AVD (Satzungen der Clubs)		Bei Merkzeichen G behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
			Ermäßigte BahnCard			

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	BI	G	GI	H	RF
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind	erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)						Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV) 	Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	TBI
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen						taubblind
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für taubblinde Menschen Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)		Blauer Parkausweis (§ 46 StVO)			Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Hundesteuer-Befreiung möglich	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

