

# Multiple Sklerose & Soziales



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*die Diagnose „Multiple Sklerose“ stellt Betroffene und ihre Angehörigen vor große Herausforderungen. Als chronische Erkrankung mit schwer abzuschätzendem Verlauf beeinflusst Multiple Sklerose den Alltag und die weitere Lebensplanung der Betroffenen entscheidend. Neben dem Wissen zu Diagnostik und Behandlung, können Informationen über finanzielle Hilfen und gesetzliche Regelungen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern.*

*Der betaCare-Ratgeber „Multiple Sklerose & Soziales“ richtet sich in erster Linie an Betroffene und ihr Umfeld. Betroffene erhalten einen aktuellen Überblick über finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, sowie ausführliche Informationen zur Rehabilitation. Angesprochen werden auch Themen wie Behinderung, Pflegeleistungen und Patientenvorsorge.*

*Im Kapitel „Leben mit Multipler Sklerose“ werden weitere wichtige Themen wie z. B. Partnerschaft, Familie und Kinderwunsch, Depression bei Multipler Sklerose oder chronische Müdigkeit behandelt.*

*betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare-Ratgeber „Multiple Sklerose & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.*

*Mit herzlichen Grüßen  
Ihre betapharm*

*Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter **[www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)**.*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter **[www.betapharm.de](http://www.betapharm.de)**.*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Multiple Sklerose</b>	<b>5</b>
Ursachen	5
Symptome	6
Untersuchungen	7
Die 3 Verlaufsformen der Multiplen Sklerose	8
Verdacht auf Multiple Sklerose	9
Behandlung	9
<b>Leben mit Multipler Sklerose</b>	<b>15</b>
Partnerschaft	15
Kinderwunsch bei Multipler Sklerose	15
Familie und Kinder	16
Tipps und Selbsthilfe bei Multipler Sklerose	17
Rauchentwöhnung	22
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>25</b>
Zuzahlungsregelungen	25
Zuzahlungsbefreiung	27
Sonderregelung für chronisch Kranke	29
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>33</b>
Entgeltfortzahlung	33
Krankengeld	36
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	42
<b>Rehabilitation</b>	<b>45</b>
Allgemeine Informationen	45
Medizinische Rehabilitation	49
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	55
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	56
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	57
Leistungen zur sozialen Teilhabe	58
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>59</b>
Erwerbsminderungsrente	59
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	61
Bürgergeld	64
Hilfe zum Lebensunterhalt	64

<b>Behinderung</b>	<b>65</b>
Grad der Behinderung bei Multipler Sklerose	66
Schwerbehindertenausweis	67
Nachteilsausgleiche	68
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	<b>71</b>
<b>Pflege</b>	<b>75</b>
Pflegebedürftigkeit	75
Leistungen bei häuslicher Pflege	77
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	79
Leistungen für pflegende Angehörige	81
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	82
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>83</b>
Vorsorgevollmacht	83
Betreuungsverfügung	84
Patientenverfügung	85
<b>Adressen</b>	<b>87</b>
<b>Übersicht:</b> GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	88
<b>Übersicht:</b> Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	90
<b>Übersicht:</b> Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	92
<b>Impressum</b>	<b>95</b>

# Multiple Sklerose

---

**Multiple Sklerose (MS) ist eine Autoimmunerkrankung, d. h.: Das Immunsystem steuert falsch und löst Entzündungen im Nervensystem aus. Multiple Sklerose ist chronisch, kann also derzeit nicht geheilt werden, aber es kann viele beschwerdefreie Jahre geben. 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 MS zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. MS kann aber auch bereits im Kindesalter auftreten, oder erst im höheren Erwachsenenalter.

## 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 angegriffen wird. Namensgebend für Multiple Sklerose waren Vernarbungen bzw. Verhärtungen der sog. Myelinscheiden, Myelin ist die Hülle 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.

Doch bei MS sind nicht nur die Myelinscheiden, sondern auch die Nervenzellen selbst betroffen. Beim Abbau der Myelinscheiden durch Zellen des Immunsystems entsteht ein Stoff, der die Fresszellen, eine Art von Immunzellen, dazu anregt, die Nervenzellen anzugreifen und zu schädigen. Diese Schäden verursachen die vielfältigen Symptome der MS. Welche Symptome entstehen, hängt davon ab, welche Nerven das Immunsystem angreift. So kommt es, dass es bei MS so viele verschiedene Symptome und Verläufe gibt.

## Symptome

Bei MS können verschiedene Symptome und Beeinträchtigungen auftreten.

### Folgende Frühsymptome können auftreten:

- Koordinationsstörungen
- 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, Müdigkeit
- Darmentleerungsstörungen

Diese Symptome können auch viele andere Ursachen haben, die zunächst ausgeschlossen werden müssen, ehe MS diagnostiziert wird.

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)
- 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 (z. B. Blasenschwäche, Inkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen)
- Augenbewegungsstörungen
- Schmerzen
- Depressionen
- Gefühlsstörungen
- Sehstörungen
- Epileptische Anfälle



## Untersuchungen

Bei verdächtigen Symptomen werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt, um eine Diagnose zu stellen.

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 Bereiche sichtbar, sog. Läsionen oder Herde. Zudem können mittels MRT andere Krankheiten ausgeschlossen werden.
- Entnahme einer Flüssigkeit (Liquor) aus dem zentralen Nervensystem (Gehirn und Rückenmark) und Laboruntersuchungen. Vermehrte Entzündungszellen oder bestimmte Antikörper können ein Zeichen von MS sein.

Es kann zudem eine Nervenvermessung durchgeführt werden, das heißt: Es wird untersucht, ob die Nerven infolge von Schäden langsamer arbeiten. Fachbegriffe für diese Messungen sind „visuell evozierte Potenziale“ (VEPs) an den Sehnerven, „sensibel evozierte Potenziale“ (SEPs) an Armen und Beinen und „motorisch evozierte Potenziale“ (MEPs) für Bewegungen.

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.

## **Die 3 Verlaufsformen der Multiplen Sklerose**

Viele Menschen mit MS 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.

Meist verläuft MS schubförmig und geht später in einen progredienten (fortschreitenden) Verlauf über.

### **Schubförmig remittierender (vorübergehend nachlassender) Verlauf: RRMS**

Der Krankheitsverlauf ist meist nicht gleichförmig, sondern beginnt mit einem Schub und verläuft in Schüben. Die Symptome können sich nach einigen Tagen oder mehreren Wochen teilweise oder auch komplett wieder zurückbilden. Menschen mit MS können zwischen 2 Schüben komplett beschwerdefrei sein. Die Schübe können über mehrere Jahre in sehr unregelmäßigen Zeitabständen auftreten.

### **Sekundär progredienter (fortschreitender) Verlauf: SPMS**

Teilweise geht die schubförmige MS 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 (siehe S. 9) können den fortschreitenden Verlauf jedoch hinauszögern.

### **Primär progredienter Verlauf (sich von Beginn an über eine längere Zeit verschlimmernd): PPMS**

Bei etwa 10% 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. MS schreitet unterschiedlich schnell voran. PPMS beginnt meist im Alter ab 40 Jahren, also tendenziell eher später.



## Verdacht auf Multiple Sklerose

Meist treten sog. Frühsymptome auf und manchmal können auch ohne Symptome schon Auffälligkeiten im MRT festgestellt werden, aus denen sich später MS entwickeln kann.

Aus einzelnen, ärztlich festgestellten Symptomen kann sich eine MS entwickeln, muss aber nicht. Die erste ärztliche Feststellung einer möglichen Multiplen Sklerose, bevor alle Diagnosekriterien der eigentlichen MS erfüllt sind, wird **klinisch isoliertes Syndrom (KIS)** genannt. Dabei fallen typische Frühsymptome auf, z. B. Taubheit, Sehstörungen oder Kraftminderung. Ein KIS wird in der Regel beobachtet. In bestimmten Fällen kann eine Immunbehandlung beginnen.

Ein **radiologisch isoliertes Syndrom (RIS)** liegt vor, wenn MRT-Befunde mit einer MS vereinbar sind, ohne dass typische Symptome der MS vorliegen. Wie beim KIS kann sich daraus eine MS entwickeln, muss aber nicht. Für bestimmte, seltene Fälle wird dann zusammen mit den Betroffenen geklärt, ob eine Immuntherapie im Rahmen eines Off-Label-Use gemacht wird.

## 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.

Allerdings gibt es derzeit keine Behandlung, die MS oder die Ursachen von MS bekämpft. Deshalb ist MS nicht heilbar. Behandelt werden die Symptome bei einem Schub oder es wird versucht, Schübe zu verhindern oder hinauszuzögern.

## Schubtherapie

Ein Schub ist das Auftreten eines oder mehrerer Symptome, die immer stärker werden und sich dann wieder teilweise oder ganz zurückbilden. Ein Schub kann Tage oder Wochen dauern. Die Symptome können ganz leicht sein, z. B. Kribbeln, oder sehr schwer, z. B. Lähmungen. Entsprechend wird die Intensität der Therapie gewählt.

Bei einem Schub wird in der Regel 3–5 Tage **Kortison** intravenös gegeben, um die Entzündung zu bekämpfen und damit die Stärke und die Dauer der Beschwerden zu reduzieren.

Der Standardwirkstoff zur Schubtherapie ist Methylprednisolon (MP), ein sog. Glukokortikosteroid. Methylprednisolon kann statt einer Infusion auch als Tablette eingenommen werden.

Während der Kortisonstoßtherapie treten bei mehr als 10% der Behandelten Nebenwirkungen auf. Am häufigsten sind: Schlaflosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Herzrasen, Stimmungsschwankungen, Hitzewallungen, Wassereinlagerungen, Muskel- und Gelenkbeschwerden und Gesichtsrötungen.

Manchmal werden die Schübe auch mit einer **Blutwäsche (sog. Apherese)** 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 einer Blutwäsche werden Betroffene an eine Maschine angeschlossen, die das Blut reinigt, bevor es wieder zurück in den Körper geleitet wird. Entweder wird dabei das Blutplasma durch gespendetes Plasma ausgetauscht (= Plasmapherese) oder es werden gezielt krankmachende Antikörper aus dem Blut entfernt (= Immunadsorption).

Die Blutwäsche wird in der Regel im Krankenhaus, möglichst in einem spezialisierten MS-Zentrum, 5 Mal hintereinander durchgeführt, an jeweils anderen Tagen.

## Immuntherapie

Meist wird nach der Diagnose einer MS eine Immuntherapie empfohlen. Immuntherapien gibt es in verschiedenen Formen, alle wirken auf das Immunsystem ein. Sie sollen die Anzahl und Schwere der Schübe reduzieren, es geht also darum, dem Auftreten neuer Schübe so weit wie möglich vorzubeugen. Sie werden deshalb auch verlaufsmodifizierende oder verlaufsverändernde Therapie genannt. Es gibt viele verschiedene Wirkstoffe, die entweder die Immunaktivität verringern (= immunsuppressiv) oder das Immunsystem verändern (= immunmodulierend).

### Praxistipp!



Gut verständliche Erklärungen zu den verschiedenen Wirkstoffarten finden Sie

- bei der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft in den Praxishandbüchern unter [www.dmsg.de](http://www.dmsg.de) > *Multiple Sklerose* > *MS behandeln* > *Patientenhandbücher*.
- beim Kompetenznetz Multiple Sklerose unter: [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de) > *Patienteninformationen* > *Patientenhandbücher*.
- beim MS-Portal amsel unter [www.amsel.de](http://www.amsel.de) > *Multiple Sklerose* > *MS behandeln* > *Verlaufsmodifizierende MS-Therapie*.

## Symptombezogene Therapie

Symptombezogene Therapie ist medikamentöse und vor allem 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 (einschließlich Selbsthilfe)
- Neuromodulation (hier wird ein Schrittmacher implantiert und gibt elektrische Impulse ab)
- Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. Rollstuhl, Inkontinenzprodukte oder Greifhilfen
- Multimodale Rehabilitation
- Palliativversorgung

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

Beispiele für symptombezogene Therapien sind:

- 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** (Müdigkeit) gibt es Energiemanagement-Programme, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining und Aufmerksamkeitstraining. Auch Ausdauertraining und kühlende Maßnahmen, z. B. kühle Bäder oder Getränke, können helfen.
- Bei Sprech- und Schluckstörungen helfen Logopädie, Kommunikationshilfen, Elektrostimulation der Schluckmuskulatur, spezielle Eshilfen und Trinkgefäße und 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](http://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 wiedereingesetzt und so das Immunsystem wiederaufgebaut. 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.

Eine Empfehlung mehrerer Fachgesellschaften vom November 2022 weist darauf hin, dass Patienten am ehesten von einer aHSCT profitieren, wenn sie eine hohe Krankheitsaktivität haben, jünger sind und gehfähig. Die Empfehlung kann heruntergeladen werden beim Kompetenznetz Multiple Sklerose unter [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de) > Empfehlungen zum AHSCT-Einsatz bei MS.

### 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, 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. Jede Ergänzung der Therapie mit alternativen Behandlungsmethoden sollte mit allen Behandelnden abgesprochen werden.

- Die „Leitlinie Multiple Sklerose für Patientinnen und Patienten“ können Sie herunterladen unter <https://register.awmf.org> > Suchbegriff: „Multiple Sklerose“ > Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen.  
Auf derselben Seite gibt es auch die große Experten-Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose.
- Der Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) bietet eine App für Smartphones, die Sie beim Führen eines MS-Tagebuchs unterstützt, unabhängig davon, wo Sie gerade sind. Weitere Informationen unter [www.dmsg.de](http://www.dmsg.de) > Service > 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. Dieses Verzeichnis finden Sie unter <https://diga.bfarm.de> > DiGA-Verzeichnis öffnen.
- Infos online finden Sie unter:
  - [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de)  
Die Internetseite des gemeinnützigen Vereins Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS e.V.). Dieses interdisziplinäre deutschlandweite Forschungsnetzwerk bietet Patienteninformationen und Fachinformationen.
  - [www.kabelschaden.de](http://www.kabelschaden.de)  
Eine private Informationsseite, die von einer MS-Betroffenen erstellt wurde, mit Tipps und Informationen.

# Leben mit Multipler Sklerose

**Multiple Sklerose (MS) tritt überwiegend zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf, also in einem typischen Alter, wo es um Familienplanung, Schwangerschaft und die Betreuung der Kinder geht.**

Hilfreich kann es sein, die möglichen Auswirkungen der Krankheit zu kennen und zu wissen, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt.

## Partnerschaft

**Die Diagnose MS kann eine Partnerschaft grundlegend verändern. Nicht alle Menschen haben die Kraft, damit positiv umzugehen.**

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 kann bei der Lösung von Konflikten helfen. Betroffene und Angehörige sollten bei Problemen und Überforderung rechtzeitig Hilfen nutzen, z. B. durch Informationen, Beratung oder Unterstützung von professionellen Helfern und Selbsthilfeverbänden.

## Kinderwunsch bei Multipler Sklerose

**MS beeinträchtigt nicht die Fruchtbarkeit und für Schwangerschaft und Geburt sind keine negativen Auswirkungen bekannt.**

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:**

- Bei Frauen sollte bereits bei der Auswahl der MS-Medikamente ein möglicher Kinderwunsch mitgedacht werden.
- Vor einer Schwangerschaft müssen Frauen mit dem behandelnden Arzt klären, ob sie ihre Dauermedikation während der Schwangerschaft beibehalten können oder ob sie bestimmte oder alle Medikamente absetzen müssen.
- Frauen mit MS sollten mit ihrem Neurologen und mit ihrem Frauenarzt sprechen, ob aktuell etwas gegen eine Schwangerschaft spricht.
- Da der Verlauf der MS-Erkrankung schwer abzuschätzen ist, sollten sich werdende Väter und Mütter 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.



Eine Kinderwunschbehandlung und die damit verbundene Hormonstimulation scheint das Risiko für einen MS-Schub zu erhöhen. Frauen sollten sich deshalb vor einer Kinderwunschbehandlung intensiv beraten lassen.

Während der **Schwangerschaft** nehmen die Schübe eher ab und die meisten Frauen mit MS fühlen sich während der Schwangerschaft sehr wohl.

Mütter in den ersten 3 Monaten **nach der Geburt** bekommen etwas häufiger einen Schub. Das volle Stillen des Babys kann dieses Schubrisiko verringern. Es gibt nur wenige Immuntherapien bei MS, die auch in der Stillzeit eingesetzt werden können.

### 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>.

## Familie und Kinder

**Das Leben mit MS stellt die ganze Familie vor große Herausforderungen.**

Die durch die Erkrankung eines Elternteils bedingten Veränderungen im Zusammenleben können bei Kindern 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.

## Tipps und Selbsthilfe bei Multipler Sklerose

Multiple Sklerose (MS) kann mit unterschiedlichen Symptomen einhergehen. Diese können durch bestimmte Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden.

### Tipps bei Depressionen

Bei manchen Patienten mit MS kann es im Krankheitsverlauf zu einer Depression kommen. Dabei handelt es sich um eine psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit und Einschränkung von Aktivitäten sind.

Es ist nicht immer einfach eine Depression zu erkennen, da die Symptomatik vielfältig ist und die Betroffenen ihre Beschwerden nicht immer mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen.

Eine Depression wird mit verschiedenen Therapieansätzen behandelt. Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den **gut behandelbaren** psychischen Erkrankungen zählen.

Bei leichten Depressionen ist nicht immer eine Behandlung notwendig, sondern manchmal reichen auch folgende Maßnahmen:

- Unterstützende Gespräche
- Allgemeine Beratung
- Schulungen
- Selbsthilfebücher
- Onlineprogramme

Informationen zur medikamentösen Therapie, Psychotherapie und weiteren Therapieverfahren bei Depressionen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Depressionen > Behandlung“.

### Tipps bei Fatigue

Fatigue ist der medizinische Fachausdruck für krankhafte Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebsschwäche und eingeschränkte Belastbarkeit, die über das normale Maß hinausgehen. Das ist für Menschen mit MS sehr unangenehm und die Erschöpfung verschwindet auch durch Schlaf und Regeneration nicht mehr.

Folgende Maßnahmen können Fatigue-Betroffene mit MS ausprobieren:

- 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**

## Sonnenlicht und Vitamin D

Vitamin D ist ein stark diskutiertes Thema bei MS. Es gibt euphorische Berichte über die Wirkung von Vitamin D und ebenso Warnungen vor falschen Therapien.

Hintergrund für das Thema ist, dass MS in Regionen mit hoher Sonneneinstrahlung, also näher am Äquator, seltener ist. Der Körper produziert Vitamin D selbst, aber nur bei hoher Sonneneinstrahlung, also im Sommer in den Mittagsstunden.

**Folgendes Wissen scheint gesichert zu sein:**

- Sonnenlicht reduziert MS-Beschwerden. Das wird auf das UV-Licht zurückgeführt, welches den Interferon-Signalweg beeinflusst.
- Vitamin D beeinflusst das Immunsystem und wirkt entzündungshemmend.
- Für Vitamin D und Sonnenlicht gilt: Zu viel ist ungesund.
- Sehr hoch dosiertes Vitamin D hilft nicht, sondern verursacht eine Vitamin-D-Vergiftung mit verschiedenen negativen Folgen.
- Zu viel Sonnenlicht macht Sonnenbrand und erhöht die Körpertemperatur.

Quelle dafür ist eine Längsschnittstudie mit mittlerweile 2.000 MS-Betroffenen, Zusammenfassung unter [www.kompetenznetz-multipler-sklerose.de](http://www.kompetenznetz-multipler-sklerose.de) > Presse > Presse-Archiv 2021 > 13.01.2021 – Gut gegen Multiple Sklerose: Körper profitiert von Sonnenlicht.

Offizielle Empfehlungen gibt es nicht, aber es liegt nahe, dass Menschen mit (und ohne) MS sich an der frischen Luft bewegen sollten und zeitlich begrenzte Sonnenbäder nehmen sollten. Maßgeblich für die Dauer ist die Sonnenempfindlichkeit der Haut und die Neigung zum Uhthoff-Phänomen (siehe unten unter Hitze). Die Einnahme von Vitamin D sollte mit den Behandelnden abgesprochen werden. Bei höherer Dosierung von Vitamin D sollte der Vitamin-D-Spiegel überwacht werden.

**Weitere Informationsquellen zu Vitamin D, die sich um eine seriöse Datenlage bemühen:**

- [www.amsel.de](http://www.amsel.de), das Multiple Sklerose Portal, Suchbegriff: „Vitamin D“
- [www.dmsg.de](http://www.dmsg.de), Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Suchbegriff: „Vitamin D“

## Hitze und Kälte bei Multipler Sklerose

Die Herausforderung für viele MS-Erkrankte ist, dass sie keine Hitze vertragen. 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.

Doch die UV-Strahlung der Sonne in sommerlichen Mittagsstunden wirkt positiv auf MS. Folgende Tipps können helfen, das nötige Sonnenlicht abzubekommen, aber Hitze zu meiden:

- Ausgiebige Sonnenbäder bei Hitze meiden. Sich lieber kurze Zeit und mit dem ganzen Körper der Sonne aussetzen, dann schnell wieder abkühlen, z. B. im Schwimmbad.
- Viel Trinken.
- Aktiv für Kühlung sorgen, z. B. mit einem Fächer oder Ventilator. Windige Tage für Sonnenbäder nutzen.
- Kühl duschen. Keine heißen Vollbäder, keine Sauna.

### Ernährungstipps bei Multipler Sklerose

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 (orientiert an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung: [www.dge.de](http://www.dge.de)).

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 Bürgergeld- oder Sozialhilfe-Empfänger nicht grundsätzlich einen Mehrbedarfzuschlag aufgrund kostenaufwendiger Ernährung.

Ein erhöhter Ernährungsaufwand bei MS ergibt sich lediglich im Einzelfall, wenn es sich um eine sog. „krankheitsassoziierte Mangelernährung“ handelt, d. h.: Wegen der MS kann der Körper weniger Energie aufnehmen als er benötigt, was zu einem ungewollten Gewichtsverlust führt. Das kann z. B. wegen Schluckstörungen infolge MS passieren.

### Voraussetzung für die Anerkennung einer Mangelernährung ist:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (mind. 5% in 6 Monaten) **oder** niedriger Body-Mass-Index (BMI unter 20 bei unter 70-Jährigen, BMI unter 22 bei Älteren) **oder** reduzierte Muskelmasse und
- Geringe Nahrungsaufnahme **oder** schlechte Aufnahme der Nährstoffe **oder** Krankheitsschwere

Multiple Sklerose kann zu Schluckbeschwerden führen. Schluckstörungen können das Essen behindern und damit zu einer Mangelernährung führen. Zudem kann infolge der Schluckbeschwerden ein Andickungsmittel für Flüssigkeiten notwendig sein. Menschen mit MS, die Bürgergeld oder Sozialhilfe bekommen, können die Kosten für die Andickungsmittel als Mehrbedarf beim Jobcenter bzw. Sozialhilfeträger beantragen. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Mittel ärztlich verordnet wurden.

### Urlaub und Reisen bei Multipler Sklerose

Wenn Menschen 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. Betroffene sollten ihren gesundheitlichen Zustand, ihre Grenzen und Vorlieben realistisch einschätzen.

### Bei der Reiseplanung ist Folgendes zu beachten:

- Bei vielen Menschen mit MS haben **Hitze und Wärme ungünstigen Einfluss** auf das körperliche Befinden. Sie 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, sich von zu Hause über eine gute **medizinische Versorgung vor Ort** zu informieren. Sollte am Urlaubsort ein Schub auftreten, muss nicht erst recherchiert werden, wo sich die nächste Behandlungsmöglichkeit befindet. Adressen von MS-Kliniken und MS-Praxen bietet die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft unter [www.dmsg.de](http://www.dmsg.de) > Service > Kliniken und Praxen.
- Dafür sorgen, dass auch im Ausland **Krankenversicherungsschutz** besteht.

**Bei der Mitnahme von Medikamenten sollten Menschen mit MS Folgendes bedenken:**

- Müssen Medikamente gekühlt werden, muss die Kühlkette auch während der Reise gegeben sein. Kühltaschen oder Kühlaggregate können dies gewährleisten.
- Je nach Therapie sind Spritzen und Kanülen notwendig. Um bei Zollabfertigungen am Flughafen keine unnötigen Probleme zu bekommen, sollte ein ärztliches Attest (am besten auf Englisch) mitgeführt werden. 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.
- Wer auf einen Rollstuhl angewiesen ist, sollte ein behinderungsgerechtes Hotel wählen und die An- bzw. Abfahrt mit dem jeweiligen Verkehrsmittel (Bahn, Flugzeug, Pkw) gut vorbereiten. Veranstalter und Anbieter von Reisen für Menschen mit Behinderungen finden Sie über Ihr örtliches Reisebüro.
- 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](http://www.einfach-teilhaben.de) > *Mobilität und Reisen > Barrierefreies Reisen.*

## **Selbsthilfe und Beratung**

Für Angehörige und Betroffene ist es wichtig, sich über die Erkrankung zu informieren. 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](http://www.dmsg.de) > *die dmsg > Landesverbände.*



## 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 müssen 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. Raucher verknüpfen Nikotin mit der Bewältigung von Stress oder mit angenehmen Momenten (Belohnung). Die Verhaltenstherapie soll Rauchern helfen, die Ursachen und Mechanismen ihres Verhaltens zu durchschauen und neue Verhaltensmuster aufzubauen.

Eine Verhaltenstherapie läuft in 3 Phasen ab:

- **Selbstbeobachtung:**  
Hierbei sollen Raucher ihr Rauchverhalten analysieren, um auslösende Faktoren zu erkennen. Sie sollen ein Bewusstsein dafür entwickeln, welche Situationen, Gedanken und Gefühle sie am häufigsten zum Rauchen verleiten.
- **Akute Entwöhnung:**  
Es gibt verschiedene Herangehensweisen wie Raucher ihren Entzug angehen können. 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 reduzieren Raucher die Anzahl der täglichen Zigaretten bis zu einem festgelegten Tag, an dem sie den vollständigen Nikotinverzicht erreichen. 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):**  
Raucher müssen ihre veränderten Verhaltensweisen im Alltag verfestigen. Um einen Rückfall zu vermeiden, müssen sie 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 ehemaligen Rauchern 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 bei den Betroffenen 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 tragen Betroffene selbst. Eine ärztliche Betreuung 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.

## Praxistipps!



- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gemeinsam mit dem Institut für Therapieforschung 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](http://www.rauchfrei-programm.de).
- Bei der Entwöhnung können auch Apps oder Webanwendungen unterstützen. Auf Anfrage bei der Krankenkasse ist eine Kostenübernahme für ausgewählte Gesundheits-Apps bzw. digitale Gesundheitsanwendungen möglich, auch über eine Verordnung des Arztes auf Rezept. Näheres unter: [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Digitale Gesundheitsanwendungen“.
- Die Bundesinitiative „Rauchfrei leben“ des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen unterstützt ebenfalls bei der Entwöhnung. Näheres unter [www.nutzedeinechance.de](http://www.nutzedeinechance.de).

# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Betroffene mit Multipler Sklerose benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Zuzahlungen können gerade für Menschen mit chronischen Krankheiten wie MS eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

## 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 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10% der Kosten	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
Ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandsmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Fahrtkosten.

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.

Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

### Festbeträge

Der Festbetrag ist ein festgelegter Höchstbetrag eines Arzneimittels, den die Krankenkasse erstattet. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, müssen Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

## Praxistipps!

Zusätzlich müssen Versicherte die Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlen Versicherte also neben der anfallenden Zuzahlung ggf. auch Mehrkosten für ein Arzneimittel.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) > Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge“ nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z. B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

### 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. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

### Hilfsmittel

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

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

Für einige Hilfsmittel, z. B. Sehhilfen, gibt es auch **Festbeträge** als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden. Informationen und Hinweise zu den Festbeträgen können unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Festbeträge* nachgelesen werden.

### Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Zuzahlung: 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

## Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt.

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

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.

Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

## Zuzahlungsbefreiung

Wenn Patienten mit MS im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leisten, können sie sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

## Erreichen der Belastungsgrenze

Die 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.

## Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.



**Einnahmen** zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht** zu den **Einnahmen** zählen z.B. Pflegegeld, Kindergeld.

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](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

**Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person 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 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
  - mitarbeitende Familienangehörige
  - sonstige Angehörige

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe unten unter Hinweis.

### **Freibetrag**

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe oben) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.111 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.074 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.952 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

**Hinweis:** Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Bei getrenntlebenden 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.

<i>Berechnungsbeispiel</i>
<b>Ehepaar mit 2 Kindern:</b>
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
<b>minus</b> Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.111 €
<b>minus</b> Freibetrag für 2 Kinder: 17.904 € (2 x 8.952 €)
<b>ergibt:</b> 5.985 €, <b>davon</b> 2% = Belastungsgrenze: 119,70 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 119,70 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

## Sonderregelung für chronisch Kranke

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

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

Auch Versicherte, die an einem **strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP)** teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMPs werden von den Krankenkassen aktuell nicht für MS angeboten, aber z. B. für Depressionen. Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z. B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten und bietet nähere Informationen.

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 die versicherte Person an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

**Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind** und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

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

### **Richtlinie**

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

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als 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, können Sie 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.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat/6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Die zuständige Krankenkasse.



# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Multiple Sklerose kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

## Definition „Arbeitsunfähigkeit“

*Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.*

## Entgeltfortzahlung

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

## Voraussetzungen

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

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 unter anderem auch bei einer Organspende und medizinischen Reha-Maßnahmen.

## Pflichten von Arbeitnehmern

### Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.  
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgeber. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung. Dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.  
Arbeitgeber können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.



## Dauer

Die **gesetzliche Anspruchsdauer** auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 36.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.

Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind. Dasselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

## Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

**Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen wie z. B.:**

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.

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

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

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



## Krankengeld

Gesetzlich krankenversicherte MS-Patienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

### Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber 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 die versicherte Person daran hindert, ihren 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.

### Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

#### Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 55) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II) und Sozialgeld

**Hinweis:** Wer z. B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld. Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

### 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.

Selbstständige können zwar keine Entgeltfortzahlung erhalten, weil sie nicht abhängig beschäftigt sind. Trotzdem erhalten sie Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, im Normalfall aber erst ab der 7. Krankheitswoche. Möchten Selbstständige, dass der Krankengeldanspruch schon früher greift, können sie einen entsprechenden Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbaren. Die Beiträge erhöhen sich dann weiter.

### Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird. Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 33).

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.

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich sofort um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern.

## Höhe

### Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 116,38 € täglich.

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

## Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

Das Krankengeld errechnet sich bei Arbeitnehmern aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Dieser Zeitraum heißt **Bemessungszeitraum**.

War der letzte Lohnabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wurden insgesamt nicht mindestens 4 Wochen abgerechnet, z. B. bei einer Arbeit für weniger als 4 Wochen, gibt es keine gesetzliche Regelung dafür, wie die Höhe des Krankengelds ausgerechnet wird. Dann muss individuell hochgerechnet werden. Nur wenn das nicht geht, wird das Entgelt für eine vergleichbare Beschäftigung als Berechnungsgrundlage verwendet.

## Berechnung in besonderen Fällen

Aus welchem Lohn das Krankengeld in besonderen Fällen berechnet wird, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 07.09.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter [www.vdek.com](http://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 2023 ein Betrag von 166,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 59.850 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 116,38 € täglich betragen.

## Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

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 12,125 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,30 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

### Berechnungsbeispiel

Herr Maier hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1.800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

#### Monatlich brutto 3.000 €

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

#### Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €  
davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,125%  
(Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,45 €

Herr Maier erhält also 47,45 € Krankengeld täglich. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt sind es 47,45 € x 30, also 1.423,50 €, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

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.

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 36) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

### Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld meint, dass Betroffene zwar tatsächlich **kein** Krankengeld bekommen können, aber rein rechtlich trotzdem als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten. Das bedeutet, dass **kein Krankengeld** gezahlt wird, aber die Zeit **trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird**.

Krankengeld bekommen die meisten Menschen deshalb nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (= Lohnfortzahlung) vom Betrieb. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.



### Der Anspruch auf Krankengeld ruht z. B.

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- 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.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der der Arbeitnehmer dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahl-erklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.

### Ausschluss des Krankengelds

Wer Altersrente, volle Erwerbsminderungsrente, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld bezieht, hat in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

### Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

Wenn der behandelnde Arzt oder der Medizinische Dienst (MD) die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person 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 der versicherten Person eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

- Die Broschüre „Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen“ bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) > Deutsche Krebsgesellschaft > Wir über uns > Organisation > Sektion B/AGs/Einzelmitglieder > ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer solchen Aufforderung vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung z. B. bei einem Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.
- Einige Krankenkassen fordern Versicherte 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, können Sie darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist z. B. dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass Sie alle Mitwirkungspflichten erfüllen sowie Fristen einhalten.

### **Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer**

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt. Ist die versicherte Person noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflichtversicherung** in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

## Praxistipps!



- Wenn Sie **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine **volle Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
  - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
  - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres unter Arbeitslosengeld trotz Krankheit, siehe unten.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

## Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

## Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose MS-Patienten haben Anspruch auf Leistungsfortzahlung von 6 Wochen (ähnlich wie Entgeltfortzahlung bei Arbeitnehmern) und können danach Krankengeld von der Krankenkasse beziehen. Eine Sonderform des Arbeitslosengelds bietet die sog. Nahtlosigkeitsregelung, die greift, wenn der Anspruch auf Krankengeld endet.

### Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

*Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von ALG liegt vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sich die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat, unabhängig von der Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit.*

*Trotz Krankheit und/oder Behinderung können sich viele Menschen „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ dem Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stellen und sind daher während der Arbeitslosigkeit nicht arbeitsunfähig, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen viele Tätigkeiten nicht mehr ausführen können.*



## Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

**Hinweis:** Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt nicht bei Arbeitslosigkeit, d. h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 01.01.2024 geplant.

## Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld **kein** Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung.

## Höhe des Krankengelds

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Wer vor der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bekommen hat, bekommt Krankengeld, das nach dem Verdienst vor der Kurzarbeit berechnet wird.

## Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ermöglicht die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 41) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

## Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 59) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens aber bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

### Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Relevant ist, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

### Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

#### Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

*Beim Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende liegt Arbeitsunfähigkeit vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.*

#### Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres unter Bürgergeld auf S. 64.

#### Bezug von Krankengeld und Bürgergeld

- Zu **niedriges Krankengeld** kann ggf. mit Bürgergeld **aufgestockt** werden.
- **Berufstätige Menschen**, die ihr niedriges Gehalt mit Bürgergeld **aufstocken** müssen, können ggf. einen Anspruch auf Krankengeld bei der Berufstätigkeit erwerben. Dieses Krankengeld können sie dann mit Bürgergeld aufstocken.
- Bei **Arbeitslosigkeit und Bezug von Bürgergeld** kann oft **kein** Krankengeld bezogen werden, weil die vom Jobcenter bezahlte Krankenversicherung **keinen** Krankengeldanspruch umfasst.

Wer hilft weiter?



Die örtliche Agentur für Arbeit oder für Beziehende von Bürgergeld das Jobcenter.

# Rehabilitation

---

**Menschen mit Multipler Sklerose können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei Reha geht es darum, dass Menschen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Reha ist deshalb etwas anderes als eine Krankenbehandlung.**

Rehamaßnahmen sollen den Umgang mit einer Krankheit oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit zur Erleichterung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen – auch wenn die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht ausgeheilt bzw. überwunden werden kann oder sich diese noch verschlimmern.

## Allgemeine Informationen

Reha soll dazu befähigen, möglichst gut mit der eigenen Krankheit oder (drohenden) Behinderung klar zu kommen und konkrete Hilfen bieten, um negative Auswirkungen zu verringern.

Reha-Leistungen werden auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

## Überblick über Reha-Bereiche

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

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z. B. Krankengymnastik, Patientenschulungen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha), z. B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Ausbildungsgeld
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung, z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha), z. B. Leistungen zur Mobilität, zu Wohnraum und Betreuung

## **Kostenträger**

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

### **Krankenkassen**

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**

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden 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 und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

### **Unfallversicherungsträger**

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

### **Agenturen für Arbeit**

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

### **Eingliederungshilfe-Träger**

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

### **Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)**

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger zuständig ist, keine unterhaltssichernden Leistungen, ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.

### **Unfallversicherungsträger**

Bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

## Sicherung des Lebensunterhalts

Während einer Reha-Maßnahme kann – abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen – Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Versorgungskrankengeld vom Träger der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
  - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
  - Hilfe zum Lebensunterhalt

## Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern. Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

## Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist.

Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss:

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragsingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche, Ausnahmen:
  - Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
  - **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**

- Unverzögliche Beauftragung des Gutachtens vom leistenden Reha-Träger
- Gutachten muss **2 Wochen nach Auftragserteilung** vorliegen
- Entscheidung über den Antrag muss **2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** getroffen sein

Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

**Praxistipp!** 

In der Praxis werden diese Zeiten nicht immer eingehalten. Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**

- Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
- Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
- Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang für die ersten beiden Instanzen des Sozialgerichts
- Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe

- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**

- Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken
- Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher**

Informieren Sie sich im Vorfeld gut, z. B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung.

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter:  
[www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

## Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.



## Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

## Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

**Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:**

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt. Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

**Stationäre Reha-Maßnahmen** finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet. 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.

**Inhalte der Reha können z. B. sein:**

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

### Allgemeine Voraussetzungen

- Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen
- Ärztliche Verordnung
- Vorherige Genehmigung durch den Kostenträger

### Dauer

- Ambulant als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
  - Stationär als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen
- Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

**Praxistipps!**



- Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 01.01.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.
- Adressen von Rehakliniken finden Sie unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) bzw. unter [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de).



## Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
  - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
  - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
  - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
  - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, 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 Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, oder
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.



Wer hilft weiter?



- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- 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](http://www.teilhabeberatung.de).

### Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll nach einer Erkrankung/Operation die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, 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“.

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

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

### Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z. B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld.

## Voraussetzungen

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wiederaufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d. h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu.  
Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die versicherte Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

**Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung:**

- Wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann, besteht ein Anspruch auf Zustimmung.
- Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

## Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

### **Kostenträger und finanzielle Sicherung**

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit: Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 33)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 42)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit: Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 56) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 55). Zuständig ist dann der jeweilige 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.

#### **Praxistipp!**

Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, 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), die Sie kostenlos unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

#### **Wer hilft weiter?**

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

## Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

Es gibt mehrere Arten von beruflichen Reha-Leistungen, unter anderem:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z. B. durch:
  - Arbeitsassistenz
  - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Rollstuhl, Prothese, Hörgerät, Braille-Display für blinde Menschen, spezielle Tische, besondere Computer)
  - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z. B. spezielle Kurse für gehörlose oder blinde Menschen zum Erlernen der Braille-Schrift und dem Umgang mit nötigen Hilfsmitteln bzw. der Gebärdensprache
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung, z. B. im Rahmen des Budgets für Ausbildung oder unterstützter Beschäftigung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangsbereich, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich
- Alternativen zur WfbM:
  - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z. B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
  - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
  - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30% bis in der Regel höchstens 50% schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

Die Diagnose MS wird meist im Alter von 20–40 Jahren gestellt, betrifft also regelmäßig auch junge Menschen in Ausbildung oder im Studium. MS kann sich auf den Berufswunsch auswirken. Die Agentur für Arbeit berät zu geeigneten Berufen und Berufsfeldern, eine Dienststelle in Ihrer Nähe finden Sie unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > *Dienststelle finden*.



## Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha. Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z. B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:  
Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reha-Sport und Funktionstraining:
  - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
  - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- Reisekosten: Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs: Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- Schulungen: Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige, z. B. von Menschen, die auf Dialyse angewiesen sind, Eltern-Kind-Kurse, bei denen Eltern lernen krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungen mit ihrem Kind zu machen
- Sozialmedizinische Nachsorge: für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe
- Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z. B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- Sonstige Leistungen, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z. B. Langzeittraining bei Rheuma, Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

## Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Wer wegen einer Behinderung Unterstützung braucht, um gleichberechtigt eine allgemeine oder berufliche Schule oder eine Hochschule besuchen zu können, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Die Leistungen sind **keine** Schul- oder Ausbildungsfinanzierung.

Es gibt keinen festen Leistungskatalog. Das heißt, es können auch ungewöhnliche Hilfen gewährt werden.

Typische Leistungen sind:

- Schulbegleitung
- Studienassistenten
- Assistenz, die Gebärdensprache dolmetscht
- Kommunikationshilfen wie z. B. ein Talker (Sprachcomputer)
- Braille-Hilfsmittel (z. B. ein Braille-Display) für Blinde
- Internatsunterbringung
- Beratung der Menschen mit Behinderungen, der Erziehungsberechtigten, der Schule oder der Hochschule
- Heilpädagogische und sonstige Leistungen (z. B. Sprachförderung, Konzentrationstraining), wenn sie den Schulbesuch ermöglichen oder erleichtern

Die Hilfen gibt es nicht nur für den Unterricht, sondern auch

- für Pausen und Ganztagsangebote in Räumen der Schule,
- für die Teilnahme an Fernunterricht,
- für Pflichtpraktika oder
- für die Vorbereitung auf die schulische oder hochschulische Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf.

## Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha) von Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigte Teilhabe in den Lebensbereichen ermöglichen, für die es keine anderen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gibt, z. B. beim Wohnen, beim Einkaufen, bei Behördengängen und in der Freizeit.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- Leistungen für Wohnraum, z. B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- Assistenzleistungen, z. B. Elternassistenz, Unterstützung bei Haushaltsführung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, z. B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Blindenschriftlehrgänge
- Leistungen zur Förderung der Verständigung, z. B. Gebärdensprache dolmetschen
- Leistungen zur Mobilität, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel, z. B. barrierefreie Computer

Welche Leistungen in welchem Umfang von welchem Träger konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall individuell bestimmt.

Zuständige Träger können sein:

- Unfallversicherungsträger: Wenn Behinderungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit entstanden sind
- Träger der Kinder- und Jugendhilfe: bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr, ggf. auch bei jungen Volljährigen
- Träger der Sozialen Entschädigung, z. B. für Opfer bestimmter Straftaten oder bei Impfschäden
- Träger der Eingliederungshilfe: Nur, wenn kein anderer Träger zuständig ist; Leistungen der sozialen Teilhabe sind nachrangig gegenüber den anderen Leistungen der Eingliederungshilfe



# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Menschen mit Multipler Sklerose sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z. B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist. Verschiedene Leistungen, z. B. eine Rente wegen Erwerbsminderung, Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) können den Lebensunterhalt bei Erwerbsminderung sichern.

## Definition „Erwerbsminderung“

*Eine volle Erwerbsminderung liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden täglich vor. Bei mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Stunden ist es eine teilweise Erwerbsminderung.*

*Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung **noch mindestens 6 Monate** vorliegen wird. Erwerbsminderung bezieht sich immer auf alle möglichen Erwerbstätigkeiten, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, ist es eine Erwerbsminderung.*

*Erwerbsgemindert ist auch, wer zwar noch über 6 Stunden arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt, z. B. wenn alle 30 Minuten 10 Minuten Pause nötig sind.*

## Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente soll Menschen mit Multipler Sklerose helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert und ggf. entfristet werden.

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche 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.

## Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer voll oder teilweise erwerbsgemindert ist.

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

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.

## Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird. 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 eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 35.647,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

## Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

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

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

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. Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen.

### Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann. 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.  
und
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrenntlebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt  
und
- es gibt 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.

Andere Sozialleistungen wie z. B. Wohngeld sind vorrangig. Das bedeutet, die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wird abgelehnt, wenn diese vorrangigen Leistungen ausreichen, den Bedarf zu decken.

**Praxistipp!** 

Das Sozialamt darf Ihnen die Sozialhilfe nicht mit Verweis auf einen möglichen Anspruch auf Wohngeld verweigern für Bewilligungszeiträume, die den 31.12.2022 einschließen oder in der Zeit vom 01.01.23–30.06.23 beginnen. Weisen Sie ggf. das Sozialamt auf § 131 SGB XII hin. Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ist das auch für alle anderen Bewilligungszeiträume nicht zulässig. Sollte das Sozialamt Sie trotzdem auf einen Wohngeldantrag verweisen, verweisen Sie auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 06.07.2021, Az: B 8 SO 2/20 R.

Sie finden es unter [www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de) > Suchbegriff: B 8 SO 2/20 R > Entscheidung 23.03.2021 und können dem Sozialamt einen Ausdruck der Entscheidung mitbringen.

### Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze für	Höhe
z. B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	502 €
z. B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	451 €
Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	402 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	420 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	348 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	318 €

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z. B. Rentenversicherung)

- Mehrbedarfe z. B. für Menschen mit Behinderungen
- Einmalige Leistungen, z. B. für die Erstausrüstung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z. B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

### **Dauer**

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist **unbefristet**, das heißt er besteht, so lange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z. B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

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

## Bürgergeld

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen. Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und teilweiser Erwerbsminderungsrente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat. Weitere Informationen zum Bürgergeld, z. B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

## Hilfe zum Lebensunterhalt


Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 62) abgegolten und umfasst z. B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Wer hilft weiter? 

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

# Behinderung

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 „Behinderung“

*Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.*

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

*Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“*

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

## Gleichstellung

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.

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.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen jedoch 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 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 beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Die Gleichstellung kann auch online unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

## Grad der Behinderung bei Multipler Sklerose

**Der Grad der Behinderung (GdB) bezieht bei Menschen mit MS die Schwere ihrer Behinderung. Je mehr ein Mensch mit MS in seinen Funktionen und seiner Teilhabe beeinträchtigt ist, desto höher ist der GdB.**

Die Feststellung eines GdB muss beim Versorgungsamt oder dem Amt für Soziale Angelegenheiten beantragt werden. Dieses Amt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthält allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom **individuellen Einzelfall** abhängig.

Die früheren versorgungsmedizinischen Grundsätze wurden zur Anlage 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) gemacht. Diese Anlage ist für die Feststellung besonders wichtig.

### Praxistipp!

Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der besonders wichtigen Anlage 2 finden Sie in ständig aktualisierter Form unter [www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html) oder als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung zum PDF-Download beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“.

Bei Multipler Sklerose richtet sich der GdB „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.

Wurde vom Versorgungsamt die Behinderung zu gering beurteilt und ein zu niedriger GdB festgestellt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.



## Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

### Antrag

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

**Antragsformulare** sind beim Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter [www.einfach-teilhaben.de](http://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 oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. In den Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert dargestellt sein.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mitbringen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

### Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel 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.

## Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten.

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

## Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z. B. Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 88.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird bei Ihnen auf Antrag unter folgenden Voraussetzungen ein Mehrbedarf von 17% des Regelsatzes wegen Gehbehinderung berücksichtigt:
  - Volle Erwerbsminderung und
  - Merkzeichen G oder aG

**Hinweis:** Sie können diesen Mehrbedarf unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. niedrige Erwerbsminderungsrente) auch bekommen, wenn Sie ansonsten keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben.

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Bürgertelefon/Kontakt > Bürgertelefon.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung.



# Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege wird von der Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung gewährt. Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte, wenn sie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen oder auch um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden. Sie umfasst die notwendige Behandlungspflege und je nach Bedarf auch Grundpflege und haushaltsnahe Versorgung, eine Zuzahlung ist vorgesehen.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung (siehe S. 77).

## 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 der betroffenen Person (**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*
- die betroffene Person von keiner im Haushalt lebenden Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden 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 die pflegebedürftige Person 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 ordnungsfähig, 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 die ärztliche Verordnung auf dem Verordnungsbogen Muster 12. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

## Verordnung

Verordnet wird die häusliche Krankenpflege in der Regel durch die hausärztliche Praxis. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt kann häusliche Krankenpflege vom Krankenhaus für längstens 7 Tage nach dem stationären Aufenthalt verordnet werden. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

## Verordnungsfähige Maßnahmen durch Pflegekräfte

Seit 21.07.2022 dürfen qualifizierte Pflegekräfte bei Maßnahmen der Behandlungspflege eigenständig entscheiden (sog. Häusliche Krankenpflege Blankoverordnung), wie lange und wie oft diese erfolgen sollen, wenn dazu keine Vorgaben auf der ärztlichen Verordnung gemacht wurden. Solche Maßnahmen sind z. B. Anleitung bei der Pflege, Absaugen, Versorgung von Wunden, Kompressionsverbände, Stomabehandlung usw.

### Die Voraussetzungen dafür sind:

- Mind. 3-jährige Ausbildung **und** einschlägige Berufserfahrung der Pflegefachkraft
- Das Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie mit den Empfehlungen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit muss von der Pflegekraft berücksichtigt werden
- Regelmäßiger Austausch zwischen behandelndem Arzt und der Pflegekraft
- Pflegefachkraft muss sich persönlich ein Bild vom Gesundheitszustand des Patienten machen und in der Dokumentation festhalten
- Nach spätestens 3 Monaten nach einer HKP-Blankoverordnung muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden

## Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Geburtstag zahlen 10% der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe ab S. 25.

## Leistungserbringer

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

Die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft können in angemessener Höhe (d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft) übernommen werden, wenn

- die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann, z. B. wenn die Kapazität der Pflegedienste, mit denen die Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat, erschöpft ist.
- die selbst beschaffte Pflegekraft geringere Kosten verursacht.
- die zu pflegende Person aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte Pflegekraft akzeptiert. Diese Pflegeperson muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

### **Richtlinien**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege der Krankenkassen eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter [www.g-ba.de](http://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. Wer Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen will, muss einen Antrag bei der Pflegekasse stellen.

## 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.

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, siehe Häusliche Krankenpflege ab S. 71.

## 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.

## Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss bei erstmaligem Pflegeantrag einer versicherten Person eine kostenlose Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt anbieten.

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 von der betroffenen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der **Pflegekasse** beantragt.

Die Pflegekasse gibt beim **Medizinischen Dienst (MD)** oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt.

Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im **Gutachten** fest.

Näheres zur Pflegebegutachtung unter [www.betanet.de](http://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 können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es **wichtig**, alle **Belege aufzubewahren**.
- 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 Bund der Krankenkassen (MD-Bund) unter [www.md-bund.de](http://www.md-bund.de) > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 92 oder können diese unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pflegeleistungen“ herunterladen.

## Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

### Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 und 901 € monatlich**, es muss beantragt werden und ist steuerfrei.

### 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. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person. Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

### 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 Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person 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.

## 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 der pflegebedürftigen Person oder online 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.

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B. für:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) *oder* Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d. h. aus dem Bereich der Selbstversorgung)
- Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen.

## Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, 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 der pflegebedürftigen Person 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 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“.

## 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 insgesamt bis zu 16.000 €, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

## Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich. Der Zuschlag dient der Sicherstellung des Zusammenlebens in der Wohngruppe und wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für diese bezahlt.

## Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die Pflegebedürftige im Falle einer teilweisen oder vollständigen Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten.

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

### Tages- oder Nachtpflege

**Tagespflege oder Nachtpflege** bedeutet, dass pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause versorgt werden, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt werden und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhalten 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.

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind: Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten), Investitionskosten und ggf. Fahrtkosten (für den Hin- und Rücktransport zwischen der Wohnung und der Einrichtung).

### Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

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 müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige in Abhängigkeit der Verweildauer Zuschläge.

#### Praxistipps!



- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.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](http://www.gkv-spitzenverband.de) > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Dezember 2022 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

## 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 einer angehörigen Person können Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um die 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

Berufstätige haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

In der **Familienpflegezeit** reduzieren Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebern innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer Kündigungsschutz.

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](http://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 eine pflegebedürftige Person 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 zur/von der pflegebedürftigen Person.

- **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 eine pflegebedürftige Person 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](http://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](http://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.

### Wer hilft weiter?



Die zuständige Pflegekasse.



# Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch die MS-Erkrankung die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer Fremdbestimmung durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

## Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird. Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

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

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z.B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Digitaler Nachlass“.

Zum 01.01.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z. B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. **Notvertretungsrecht**: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.





## Betreuungsverfügung

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

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

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

Das **Betreuungsgericht** kann im **Betreuungsverfahren** eine in einer **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn diese Person für die Führung der Betreuung nicht geeignet ist, oder wenn erkennbar ist, dass die zu betreuende Person nicht mehr an den in der **Betreuungsverfügung** aufgeschriebenen Wünschen festhalten will. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person gewünscht, ist der **aktuelle Wunsch** entscheidend.

## Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Die Patientenverfügung beinhaltet die **genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung** von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Wunsch darauf zu verzichten.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern ...“ Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Mögliche Situationen sollten genau beschrieben werden, z. B.:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden?  
Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?

Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

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



# Adressen

---

Bei den folgenden Organisationen und Internetseiten finden Sie Anlaufstellen, Beratung und Informationen zu MS.

## **Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.**

Krausenstraße 50, 30171 Hannover

Telefon 0511 96834-0

Telefax 0511 96834-50

E-Mail: [dmsg@dmsg.de](mailto:dmsg@dmsg.de)

[www.dmsg.de](http://www.dmsg.de)

## **AMSEL – Aktion Multiple Sklerose Erkrankter Landesverband e.V.**

Regerstraße 18, 70195 Stuttgart

Telefon 0711 69786-0

Telefax 0711 69786-99

E-Mail: [info@amsel.de](mailto:info@amsel.de)

[www.amsel.de](http://www.amsel.de)

## **Weitere informative Internetseiten:**

- [www.kompetenznetz-multiplesklerose.de](http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de)  
Die Internetseite des gemeinnützigen Vereins Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS e.V.). Dieses interdisziplinäre deutschlandweite Forschungsnetzwerk bietet Patienteninformationen und Fachinformationen.
- [www.kabelschaden.de](http://www.kabelschaden.de)  
Eine private Informationsseite, die von einer MS-Betroffenen erstellt wurde, mit Tipps und Informationen.

## GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20	50
Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)
	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)
<b>30/40</b>	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Bei <b>Merkzeichen G</b> und <b>aG</b> wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die <b>tatsächlichen</b> Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Pflegepersonen können <b>unabhängig vom GdB</b> einen <b>Pflegepauschbetrag</b> bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)

**Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.**

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
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)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
<b>70</b>	Behindierungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
<b>Wahlweise</b> bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> 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
Bei <b>Merkzeichen G</b> 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	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> <li>im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX)</li> </ul>	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)</li> </ul>	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> <li>Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe</li> <li>Ermäßigung bei <b>GdB 60</b> allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)</li> </ul>
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

G	GI	H	RF
<b>erheblich gebehindert</b>	<b>gehörlos</b>	<b>hilflos</b>	<b>Ermäßigung des Rundfunkbeitrags</b>
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)  Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)  Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)  Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Ab <b>GdB 70</b> behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei <b>GdB von mind. 90</b> : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	<b>TBI</b>  <b>taubblind</b>  Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
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)	Gehörlosengeld 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

## Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
<b>Pflegegeld</b> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
<b>Pflegesachleistung</b> (§ 36 SGB XI) monatlich	–
<b>Tagespflege und Nachtpflege</b> (§ 41 SGB XI) monatlich	–
<b>Entlastungsbetrag</b> für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
<b>Vollstationäre Pflege</b> (§ 43 SGB XI) monatlich	–
<b>Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen</b> (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) <b>durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte</b> (§ 39 SGB XI)	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) <b>durch Angehörige</b> (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
<b>Kurzzeitpflege</b> (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
<b>Pflegehilfsmittel</b> (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
<b>Digitale Pflegeanwendungen</b> (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
<b>Wohnumfeldverbesserung</b> (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
<b>Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen</b> (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
<b>Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen</b> (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

\*In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen, Ankleiden, etc.)





## Impressum

### Herausgeber

**betapharm** Arzneimittel GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
service@betapharm.de  
www.betapharm.de

### Redaktion

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

**Leitende Redakteurin:** Janina Del Giudice

**Redaktionsteam:** Claudia Gottstein, Maria Kästle,  
Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

### Layout und Satz

Manuela Mahl

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

### Alle Rechte vorbehalten

© 2023

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.

6. Auflage, März 2023

# Gesundheit ist unser Ziel!

[www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)



## betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) erhältlich:

- |                          |                                  |                            |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| – ADHS & Soziales        | – Leistungen für Eltern          | – Pflege                   |
| – Behinderung & Soziales | – Multiple Sklerose & Soziales   | – Pflege-Check             |
| – Brustkrebs & Soziales  | – Onkologie & Soziales           | – Prostatakrebs & Soziales |
| – Demenz & Soziales      | – Osteoporose & Soziales         | – Psychosen & Soziales     |
| – Depression & Soziales  | – Palliativversorgung & Soziales | – Schmerz & Soziales       |
| – Epilepsie & Soziales   | – Parkinson & Soziales           |                            |
| – HIV/AIDS & Soziales    | – Patientenvorsorge              |                            |

## Sozialrechtliche Informationen auch online – [www.betanet.de](http://www.betanet.de)

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm