

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 starke Erschöpfbarkeit (Fatigue) 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
betapharm Arzneimittel GmbH*



Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter www.betaCare.de.

Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter www.betapharm.de.

Inhalt

Vorwort	2
Multiple Sklerose	5
Ursachen	5
Symptome	6
Diagnose	7
Behandlung	8
Leben mit Multipler Sklerose	15
Partnerschaft	15
Kinderwunsch bei Multipler Sklerose	15
Multiple Sklerose in der Schwangerschaft und nach der Geburt	17
Familie und Kinder	17
Tipps und Selbsthilfe bei Multipler Sklerose	18
Rauchentwöhnung	23
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	27
Zuzahlungsregelungen	27
Zuzahlungsbefreiung	29
Sonderregelung für chronisch Kranke	32
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	35
Entgeltfortzahlung	35
Krankengeld	38
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	44
Rehabilitation	47
Allgemeine Informationen	47
Medizinische Rehabilitation	51
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	58
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	59
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	60
Leistungen zur sozialen Teilhabe	60
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	61
Erwerbsminderungsrente	62
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	64
Bürgergeld	66
Hilfe zum Lebensunterhalt	67
Behinderung	69
Grad der Behinderung bei Multipler Sklerose	70
Schwerbehindertenausweis	71
Nachteilsausgleiche	73

Häusliche Krankenpflege	75
Pflege	79
Pflegebedürftigkeit	79
Leistungen bei häuslicher Pflege	83
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	86
Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte	88
Hilfe zur Pflege	89
Leistungen für pflegende Angehörige	91
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	92
Patientenvorsorge	93
Vorsorgevollmacht	94
Betreuungsverfügung	94
Patientenverfügung	95
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	97
Widerspruch	97
Verfahren vor den Sozialgerichten	99
Adressen	103
Übersicht: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	104
Übersicht: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	106
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	108
Impressum	111

Multiple Sklerose

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS). Das eigene Immunsystem greift dabei die Nervenzellen und Nervenfasern in Gehirn und Rückenmark an und führt dort zu Beeinträchtigungen und Schädigungen.

Die ersten Symptome (z.B. Sehen von Doppelbildern) treten in der Regel zwischen dem 20. und dem 40. Geburtstag auf. Die Erkrankung kann jedoch auch schon in der Kindheit oder erst im späten Erwachsenenalter beginnen.

MS tritt häufig schubartig auf, d.h. ein Symptom (z.B. Lähmung im Bein) entwickelt sich innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen. Nach einem Schub können sich die Beeinträchtigungen vollständig oder zum Teil wieder zurückbilden, der Gesundheitszustand verschlechtert sich schrittweise. Seltener ist der sog. progrediente Verlauf, also ein stetiges Fortschreiten der Beeinträchtigungen.

Ursachen

Die Ursachen der Multiplen Sklerose sind (noch) nicht bekannt. Es wird vermutet, dass mehrere verschiedene Umstände zusammenwirken.

Das Risiko für eine MS-Erkrankung steigt z. B. durch:

- Bestimmte Viruserkrankungen (z. B. Epstein-Barr-Virus)
- Genetische Veranlagung (z. B. Vererbung einer erhöhten Verletzlichkeit der Zellen in Rückenmark und Gehirn)
- Niedriger Vitamin-D-Spiegel
- Rauchen und auch Passiv-Rauchen (z. B. Kinder, deren Eltern in ihrer Umgebung rauchen)

Formen

MS wird in unterschiedliche Verlaufsformen eingeteilt:

Schubförmig remittierende MS (RRMS)

MS beginnt am häufigsten mit dieser Verlaufsform. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Symptome zwischen den Schüben ganz oder teilweise zurückgehen.

Sekundär progrediente MS (SPMS)

Aus einer RRMS kann sich eine SPMS entwickeln. Die Einschränkungen und Beschwerden verschlechtern sich dann stetig, mit oder ohne Schübe.

Primär progrediente MS (PPMS)

Die Symptome und Einschränkungen werden von Beginn an kontinuierlich schlimmer. Es können vereinzelt Schübe auftreten.

Weitere Kategorien im Zusammenhang mit MS sind:

Klinisch isoliertes Syndrom (KIS)

Erster Schub als Folge einer Entzündung im zentralen Nervensystem (ZNS) mit einem typischen MS-Symptom. Es wird jedoch noch keine MS diagnostiziert, da für die Diagnose der Nachweis von Entzündungen im ZNS zu verschiedenen Zeitpunkten notwendig ist.

Radiologisch isoliertes Syndrom (RIS)

Bei einer MRT-Untersuchung werden zufällig MS-typische Entzündungen im zentralen Nervensystem entdeckt, ohne dass MS-typische Symptome vorliegen.

Symptome

Bei den meisten MS-Patienten treten im Laufe der Erkrankung folgende Symptome auf:

Spastik	krankhaft erhöhte Muskelspannung, die z. B. zu Lähmungen, gestörten Bewegungsabläufen, unkontrollierten Muskelbewegungen und Schmerzen führen kann
Gangstörungen	Einschränkung der Mobilität, z. B. durch fehlende Kraft beim Heben des Fußes und dadurch unsicheres und langsames Gehen
Ataxie	unkontrollierte und überschüssige Bewegungen
Tremor	Zittern eines Körperteils
Fatigue	extrem starke Müdigkeit und fehlende Energie
Kognitive Einschränkungen	z. B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Konzentrationsprobleme
Sexuelle Störungen	z. B. verminderte Libido- und Orgasmusfähigkeit, erektile Dysfunktion; vor allem im höheren Lebensalter und bei längerer Krankheitsdauer
Blasenfunktionsstörungen	z. B. vermehrter Harndrang bei meist kleinen Harnmengen, Harninkontinenz
Schmerzen	z. B. Nerven-, Muskel- und Gelenkschmerzen
Sensibilitätsstörungen	Missempfindungen wie z. B. Kribbeln, Taubheitsgefühle

Weitere Symptome, die bei MS auftreten können, sind z. B.:

Darmfunktionsstörungen	z. B. chronische Verstopfung, Stuhlinkontinenz
Augenbewegungsstörungen	z. B. Doppelbilder oder Verschwommen sehen, Gleichgewichtsstörungen
Dysarthrie/ Dysarthrophonie	motorische Sprechstörungen
Dysphagie	Schluckstörungen
Depression	psychische Erkrankung mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit
Paroxysmale Symptome	kurze, schmerzhafte Symptome, z. B. Trigeminusneuralgie
Epileptische Anfälle	epileptische Anfälle verlaufen sehr unterschiedlich, sie können als erstes Symptom der MS oder während eines Schubs auftreten

Diagnose

Multiple Sklerose ist schwer zu diagnostizieren. Zuerst wird ausgeschlossen, dass die Beschwerden durch andere Ursachen (z. B. Borreliose oder Syphilis) hervorgerufen werden.

Finden sich keine anderen Erklärungen und treten MS-typische Symptome (z. B. Gefühls- oder Sehstörungen) und Entzündungsherde im zentralen Nervensystem auf, wird in der Regel MS diagnostiziert. Ein wichtiges Kriterium ist hierbei der Nachweis der zeitlichen und örtlichen Streuung, also, dass im Verlauf der Erkrankung neue Entzündungsherde an mehreren Stellen in Gehirn und Rückenmark auftreten.

Bei Verdacht auf MS werden i. d. R. folgende Untersuchungen durchgeführt:

- MRT (Magnetresonanztomographie) des Kopfes
- MRT des Rückenmarks
- Liquordiagnostik (Untersuchung der Körperflüssigkeit, die im zentralen Nervensystem vorkommt)
- Bluttest, um andere Krankheiten (z. B. Borreliose, Syphilis) auszuschließen

Je nach Symptomen und Ergebnis bisheriger Untersuchungen, können weitere Diagnoseverfahren (z. B. laborchemische Untersuchungen) notwendig werden.



- Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat die Leitlinie „Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen und MOG-IgG-assoziierten Erkrankungen“ mit ausführlichen Informationen und aktuellen Behandlungsempfehlungen herausgegeben. Download unter: www.dgn.org > Menü > Leitlinien > M > Diagnose und...
- Das Kompetenznetz Multiple Sklerose bietet Informationen unter: www.kompetenznetz-multiplesklerose.de > Patienteninformationen.
- Das Multiple-Sklerose-Portal AMSEL informiert über Multiple-Sklerose-Apps unter www.amsel.de > Multimedia > MS Apps.

Behandlung

Multiple Sklerose (MS) ist aktuell nicht heilbar. Die Therapieentscheidungen werden von Ärzten und Patienten gemeinsam getroffen und orientieren sich an der Schwere der Erkrankung und den Symptomen.

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 (GKS). Methylprednisolon kann statt einer Infusion auch als Tablette eingenommen werden. Die Behandlung sollte möglichst bald nach Symptombeginn starten.

Bei der Therapieentscheidung werden unter anderem

- die Schwere des Schubs,
- Gegenanzeigen (z. B. Schwangerschaft in den ersten 13 Wochen),
- zusätzliche Erkrankungen sowie
- die Verträglichkeit und Wirksamkeit eventuell vorangegangener GKS-Therapien berücksichtigt.

Während der Kortisonstoßtherapie können Nebenwirkungen auftreten. Am häufigsten sind Unruhe und Schlaflosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Herzrasen, Stimmungsschwankungen, Hitzewallungen, Wassereinlagerungen, Muskel- und Gelenksbeschwerden und Gesichtsrötungen.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Schub auch mit einer **Blutwäsche (sog. Apherese)** behandelt werden. Bei einer Blutwäsche werden Patienten an eine Maschine angeschlossen, die das Blut reinigt, bevor es wieder zurück in den Körper geleitet wird. Entweder wird dabei das Blutplasma durch frisches Plasma ausgetauscht (= Plasmapherese) oder es werden gezielt krankmachende Antikörper aus dem Blut entfernt (= Immunadsorption).

Die Blutwäsche soll innerhalb von 6–8 Wochen nach Schubbeginn erfolgen, wenn

- nach dem Ende der GKS-Therapie weiterhin Symptome bestehen, welche die Lebensqualität des Patienten beeinflussen *oder*
- der Schub besonders schwer ist und die GKS-Therapie nicht ausreichend wirkt.

Die Blutwäsche kann schon früher begonnen werden, wenn

- aufgrund von Gegenanzeigen keine GKS-Therapie möglich ist *oder*
- die Blutwäsche bei einem früheren Schub sehr gut geholfen hat.

Die Blutwäsche sollte in einem darauf spezialisierten MS-Zentrum durchgeführt werden.

Immuntherapie

Meist wird nach der Diagnose einer MS eine Immuntherapie empfohlen. Diese soll Schübe verhindern oder verringern und dafür sorgen, dass die Erkrankung nicht oder weniger schnell voranschreitet. Außerdem soll sie die Lebensqualität von MS-Patienten erhalten und die im MRT gemessene Krankheitsaktivität reduzieren.

Ärzte informieren vor der Behandlung über Vor- und Nachteile der Immuntherapie. Eine gute Aufklärung ist wichtig, da sowohl die Immuntherapie als auch der Verzicht darauf schwerwiegende Folgen haben können. Auf Wunsch des Patienten kann mit der Immuntherapie gewartet werden, wenn mit einem milden Verlauf der MS gerechnet wird. **Wichtig ist** dann eine engmaschige Überwachung, um eine Verschlechterung der MS rechtzeitig zu erkennen.

Immuntherapeutika unterscheiden sich darin, wie stark sie auf Schübe, das Voranschreiten der MS und die im MRT gemessene Entzündungsaktivität wirken.

Immuntherapeutika werden in 3 Wirksamkeitskategorien eingeteilt:

Wirksamkeits-kategorie	Immuntherapeutika	Effektivität
1	Beta-Interferone einschl. Peg-Interferon, Dimethylfumarat/Diroximelfumarat, Glatirameramide, Teriflunomid	Reduzierung der Schubrate im Vergleich zu Placebo (Scheinmedikament): 30–50%
2	Cladribin, S1P-Rezeptor Modulatoren	Reduzierung der Schubrate im Vergleich zu Placebo: 50–60%
3	Alemtuzumab, CD20-Antikörper (z. B. Ocrelizumab, Ofatumumab, Ublituximab), Natalizumab	Reduzierung der Schubrate im Vergleich zu Placebo: mehr als 60% Reduzierung der Schubrate im Vergleich zu Immuntherapeutika der Wirksamkeits- kategorie 1: mehr als 40%

Die Gefahr schwerer Nebenwirkungen ist bei Immuntherapeutika der Wirksamkeitskategorien 2 und 3 höher als bei Kategorie 1. Die Verträglichkeit im Alltag kann jedoch bei Immuntherapeutika der Kategorie 1 schlechter sein als bei den Kategorien 2 und 3. Welches Immuntherapeutikum eingesetzt wird, hängt z. B. von den zu erwartenden positiven Auswirkungen auf die MS, der Verträglichkeit und Sicherheit sowie einer eventuellen Familienplanung ab.

Bei einem radiologisch isolierten Syndrom (siehe S. 6) wird in der Regel keine Immuntherapie begonnen.

Wie lange die Immuntherapie empfohlen wird, hängt insbesondere von der Krankheitsaktivität ab, also wie schwer und wie oft Schübe auftreten und wie stark sich die MS verschlechtert. Eine mögliche Therapiepause wird in der Regel frühestens nach 5 Jahren erwogen.

Praxistipp! 

Gut verständliche Erklärungen zu den verschiedenen Immuntherapeutika finden Sie

- bei der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft in den Patientenhandbüchern unter: www.dmsg.de > *Multiple Sklerose* > *MS behandeln* > *Patientenhandbücher*.
- beim Kompetenznetz Multiple Sklerose unter: <https://ms-qualitaetshandbuch.de>.
- beim MS-Portal amsel unter: 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. Orthese, Elektrostimulationsgerät oder Inkontinenzprodukte
- Multimodale Rehabilitation
- Palliativversorgung

Bei diesen MS-typischen Symptomen werden folgende Therapien empfohlen:

Spastik

- Vermeidung spastikauslösender Ursachen (z. B. Infekte, Schmerzen, falsche Haltung)
- regelmäßige Physiotherapie und tägliches Wiederholen der physiotherapeutischen Bewegungsübungen
- bei funktionell beeinträchtigender Spastik ist zusätzlich eine medikamentöse Therapie mit Antispastika (z. B. Baclofen) möglich; wenn diese nicht ausreichend wirksam ist, kann ggf. zusätzlich Sativex (Mundspray, das Cannabisextrakte enthält) verschrieben werden

Gangstörungen

- zur Verbesserung der Mobilität helfen z. B. Gehtraining (am Boden oder auf dem Laufband), gezieltes Muskeltraining und ggf. Balancetraining (z. B. durch Festhalten an Stock oder Theraband)
- das Medikament Fampridin kann positive Auswirkungen auf Mobilität, Balance und Gehfähigkeit haben
- bei Fußheberschwäche können die funktionelle Elektrostimulation (Gerät, das am Bein getragen wird und dort elektrische Impulse sendet) oder eine Fußheberorthese (stabilisiert und unterstützt die Bewegungsfähigkeit) helfen

Ataxie (Störungen der Bewegungskoordination) und Tremor (Zittern)

- Physio- und Ergotherapie
- nach physio- bzw. ergotherapeutischer Erprobung können auch Eis- anwendungen und Gewichte (z.B. am Handgelenk) eingesetzt werden
- die Stärke eines Tremors kann durch bestimmte Antiepileptika oder Betablocker verringert werden
- bei starkem Tremor, der nicht medikamentös behandelt werden kann, ist auch eine tiefe Hirnstimulation (sog. Hirnschrittmacher) möglich

Fatigue

- in der Regel nicht-medikamentöse Maßnahmen, z.B. Energiemanagement- Programme, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining
- hilfreich sind in der Regel auch körperliche Übungen (Ausdauertraining und Muskelaufbau) sowie kühlende Maßnahmen (z.B. durch kalte Bäder, Kühlelemente)
- in Einzelfällen kann eine medikamentöse Therapie erwogen werden, z.B. Antidepressiva bei gleichzeitig vorhandener depressiver Verstimmung

Kognitive Einschränkungen

- Informationen über kognitive Einschränkungen und ggf. Kompensations- training oder Computertraining
- körperliche Aktivität im Alltag
- ambulante oder stationäre Rehabilitation
- eine medikamentöse Therapie der kognitiven Einschränkungen wird nicht empfohlen

Sexuelle Störungen

- sexualmedizinische Beratung
- ggf. sexualmedizinische Therapie, z.B. Beckenbodentraining, Hormonpräparat, PDE-5-Hemmer gegen erektile Dysfunktion

Blasenfunktionsstörungen

- nicht-medikamentöse Therapie, z.B. Beckenbodentraining, Elektrostimulation
- medikamentöse Behandlung, z.B. anticholinerge und antispastische Medikamente
- invasive und operative Maßnahmen, z.B. sakrale Neuromodulation (Implantation einer Elektrode im Bereich des Kreuzbeins)

Schmerzen

Informationen zu chronischen Schmerzen und Therapiemöglichkeiten bietet der betaCare Ratgeber „Schmerz & Soziales“. Kostenloser Download unter: www.betacare.de > Ratgeber > Schmerz & Soziales.

Autologe Stammzelltransplantation (aHSCT)

Eine weitere mögliche Behandlung der MS ist die autologe Stammzelltransplantation (aHSCT).

Bei einer aHSCT werden zunächst Stammzellen aus dem Blut oder Knochenmark entnommen. Dann wird das Immunsystem durch Chemotherapie und Antikörper zerstört. Schließlich werden die entnommenen 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 Immuntherapeutika der Wirksamkeitskategorie 3 vor allem unter Sicherheitsaspekten nicht klar belegt.

Eine aHSCT kann insbesondere helfen, wenn

- die MS sehr aktiv ist (viele Schübe innerhalb eines kurzen Zeitraums und/oder im MRT zeigen sich Entzündungsherde, die sich schnell vermehren und vergrößern),
- es eine schnelle Behinderungsprogression gibt (die Einschränkungen und Schädigungen werden schnell schlimmer und bilden sich nicht mehr zurück) und
- mind. eine medikamentöse Immuntherapie nicht geholfen hat.

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.

Praxistipps!



- Eine Übersicht über komplementäre (= ergänzende) Behandlungsmethoden finden Sie beim MS-Portal [amsel](http://www.amsel.de) unter *www.amsel.de > Multiple Sklerose > MS behandeln > Komplementäre und gefährliche Verfahren*.
- Jede Ergänzung der Therapie mit alternativen Behandlungsmethoden sollten Sie mit Ihren Ärzten absprechen.
- Zur Unterstützung bei MS können Apps oder Webanwendungen bei der jeweiligen Krankenkasse angefragt werden. Eine ärztliche Verordnung und Kostenerstattung ist für alle im Verzeichnis des BfArM gelisteten digitalen Gesundheitsanwendungen möglich. Dieses Verzeichnis finden Sie unter <https://diga.bfarm.de> > *DiGA-Verzeichnis öffnen*.

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 Kinderbetreuung geht.

Hilfreich kann es sein, die möglichen Auswirkungen der Krankheit und Therapie 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 grundsätzlich nicht die Fruchtbarkeit. Auch die MS-Therapie scheint keine negativen Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit zu haben.

Frauen mit MS und Kinderwunsch sollten eine Schwangerschaft jedoch möglichst in einer stabilen Phase ihrer Erkrankung planen und sich im Vorfeld individuell über den Verlauf der MS während und nach einer Schwangerschaft beraten lassen.

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%.

Manche Medikamente können das Erbgut des Kindes schädigen (Genotoxizität) oder Fehlbildungen verursachen (Teratogenität). 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, diese absetzen müssen oder ggf. auf ein anderes Medikament umstellen können. Da das Absetzen bestimmter Medikamente ein erhöhtes Schubarisiko mit sich bringt, ist zudem die Beratung in einem MS-Schwerpunktzentrum sinnvoll.
- Frauen mit MS sollten mit ihrem Neurologen und ihrem Frauenarzt sprechen, ob aktuell etwas gegen eine Schwangerschaft spricht.
- Bei Männern mit MS gelten einige wenige Medikamente als schädlich für die Zeugungsfähigkeit oder den Embryo. Auch sie sollten deshalb bei Kinderwunsch eine bestehende Medikation ärztlich klären lassen.
- Frauen und Männer können sich, bevor sie ein genotoxisches Medikament einnehmen, über die Möglichkeit der Kryokonservierung von Spermien bzw. Eizellen beraten lassen. Näheres unter: www.betanet.de > *Suchbegriff: „Kryokonservierung > Kostenübernahme“*.
- 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.
Wenn Eltern wegen einer MS-bedingten Behinderung Unterstützung bei der Betreuung und Erziehung ihres Kindes brauchen, kann eine Elternassistenz helfen. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen“*.

Frauen mit MS und unerfülltem Kinderwunsch sollten sich vor Beginn einer Kinderwunschbehandlung und der damit verbundenen Hormonstimulation ausführlich beraten lassen. Damit das Schubarisiko nicht ansteigt, wird Frauen mit MS in der Regel empfohlen, ihre Immuntherapie bis zur Durchführung der künstlichen Befruchtung weiterzuführen.

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

Multiple Sklerose in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Während der Schwangerschaft nehmen die Schübe bei unbehandelten Frauen mit MS stetig ab.

In den ersten 3 Monaten nach der Geburt haben bis zu 30% der Mütter einen Schub. Stillen mit und ohne Zufüttern scheint sich positiv auf die Schubrate auszuwirken, wobei das Stillen ohne Zufüttern das Schubrisiko am meisten verringert.

Ob in der Stillzeit eine medikamentöse Therapie notwendig ist, hängt von der Krankheitsaktivität ab. Betroffene Mütter sollten sich ausführlich beraten lassen, welche Medikamente während der Stillzeit für das Kind unbedenklich sind.

Nach den 3 Monaten ist das Schubrisiko in der Regel wieder so hoch wie vor der Schwangerschaft.

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 Erwachsenen mit MS 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 > Suchbegriff: „Depressionen > Behandlung“.

Maßnahmen gegen Fatigue bei Multipler Sklerose

Starke Erschöpfbarkeit (Fatigue) ist für viele Betroffene mit MS ein belastendes Symptom. Bei Fatigue gehen Erschöpfung und Müdigkeit über das normale Maß hinaus. Fatigue kann dauerhaft bestehen oder sich im Tagesverlauf entwickeln bzw. verstärken. Das ist für Menschen mit MS sehr unangenehm und die Erschöpfung verschwindet auch durch Schlaf und Regeneration nicht mehr.

Folgende Maßnahmen können Fatigue-Betroffenen mit MS helfen:

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

Sonnenlicht und Vitamin D

Menschen erkranken seltener an MS, je näher sie am Äquator, also in Regionen mit hoher Sonneneinstrahlung, leben. Es wird vermutet, dass dies mit einem höheren Vitamin-D-Spiegel zusammenhängt. Studien weisen darauf hin, dass Vitamin D nicht nur das Erkrankungsrisiko senkt, sondern auch die Schwere und den Verlauf von MS positiv beeinflussen kann.

Körpereigenes Vitamin D wird durch Sonnenlicht (UV-B-Strahlung) in der Haut gebildet. Nähere Informationen zur Bildung von Vitamin D sowie einem gesunden Umgang mit Sonnenlicht/UV-Strahlung bietet das Bundesamt für Strahlenschutz unter www.bfs.de > Themen > Optische Strahlung > UV-Strahlung > Wirkungen von UV-Strahlung > Akute Wirkungen > Vitamin D.

Bei gesunden Erwachsenen sollte der Vitamin-D-Spiegel mehr als 30 nmol/l betragen. MS-Patienten mit normalen Vitamin-D-Spiegeln können Vitamin D ergänzend einnehmen, da sie von einem hohen Vitamin-D-Spiegel profitieren können. Sie sollten jedoch weniger als 4.000 IE täglich nehmen. Vitamin-D-Hochdosistherapien (z. B. „Coimbra-Protokoll“) sind nicht zu empfehlen, da zu viel Vitamin D für den Körper giftig ist und zu Nierenschäden führen kann.

Hitze und erhöhte Körpertemperatur

Hitze und/oder eine erhöhte Körpertemperatur können bei Menschen mit MS dazu führen, dass sie sog. Pseudo-Schübe bekommen. Dabei treten vorübergehend neue MS-Symptome auf oder bestehende Symptome verschlechtern sich. Dies wird „Uhthoff-Phänomen“ genannt, nach dem Augenarzt Wilhelm Uhthoff, der die Pseudo-Schübe als Erster beobachtet und beschrieben hat.

Auslöser sind z. B.:

- Erhöhte Körpertemperatur durch starke, körperliche Anstrengung oder Fieber
- Hitze, z. B. hohe Temperaturen, Sauna, heiße Bäder

Pseudo-Schübe äußern sich z. B. durch:

- Sehstörungen
- Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht
- Stärkerer Tremor (Zittern)
- Stärkere Spastik
- Stärkere Fatigue

Wird die Körpertemperatur wieder gesenkt, verschwinden in der Regel auch die Symptome wieder.

Für MS-Betroffene ist es jedoch wichtig, sich körperlich zu bewegen und ausreichend frische Luft und Sonnenlicht zu tanken.

Folgende Tipps können helfen, das nötige Sonnenlicht und ausreichend Bewegung zu bekommen, aber Hitze und Überanstrengung 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.
- Beim Sport darauf achten, dass der Körper nicht überhitzt. Sich nicht überanstrengen.

Ernährungstipps bei Multipler Sklerose

Es gibt Hinweise darauf, dass es bei MS Veränderungen der Darmflora gibt. Um diese Hinweise zu bestätigen, sind aber weitere Studien notwendig. Informationen zu dem Thema bietet das Informationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org > *Neurologie* > *News-Archiv* > 27.09.2023: *Immunzell-Aktivierung im Darm könnte eine Ursache von MS sein.*

Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente und Pflanzenstoffe aus der Nahrung sind an Prozessen im Körper beteiligt, die mit MS zusammenhängen. Deswegen ist es wichtig, eventuell bestehende Nährstoffmängel auszugleichen.

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).

Da einige Patienten in ihrer Bewegung eingeschränkt und auf einen Rollstuhl angewiesen 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 an MS-erkrankte Bürgergeld- oder Sozialhilfe-Empfänger nicht grundsätzlich einen Mehrbedarfszuschlag 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. Ausführliche Informationen bietet der Artikel „Multiple Sklerose: Infektionsprophylaxe und Impfungen“. Direkter Download der PDF-Datei bei der National Library of Medicine unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7842174/pdf/739_2021_Article_703.pdf.
- 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.
- Dafür sorgen, dass auch im Ausland **Krankenversicherungsschutz** besteht.

Bei der Mitnahme von Medikamenten sollten Menschen mit MS Folgendes beachten:

- 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 in der Regel keine Probleme am Zoll.
- 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 diese 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 > *Mobilität und Reisen* > *Barrierefreies Reisen*.

Selbsthilfe

Angebote der Selbsthilfe können Menschen mit MS unterstützen. Der Austausch mit anderen Betroffenen, hilfreiche Tipps und gemeinsame Unternehmungen können die Lebensqualität und Krankheitsbewältigung verbessern.

Möglichkeiten zur Selbsthilfe bieten z. B.:

- www.dmsg.de > *Die DMSG* > *Landesverbände*:
Die zuständigen Landesverbände der DMSG helfen bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe vor Ort.
- www.msconnect.de:
Eine Austausch-Plattform für Menschen mit MS. Dort können sich Betroffene kennenlernen und vernetzen.
- www.jugend-und-ms.de:
Das Jugendportal „Ich habe MS“ der DMSG mit Informationen, einem Forum und Geschichten von Betroffenen.
- www.amsel.de/u30-camp:
Ein Camp von AMSEL e.V. für Menschen mit MS unter 30 Jahren, die gemeinsam mit anderen Betroffenen etwas unternehmen und sich austauschen möchten.

Rauchentwöhnung

Rauchen erhöht das Risiko, an MS zu erkranken und scheint auch den Verlauf der MS zu verschlechtern. Deshalb sollten Betroffene das Rauchen möglichst aufhören. 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 oft 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 z. B. ins Ohr gesteckt werden, sollen die Lust auf Zigaretten genommen und Entzugssymptome wie Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen und Gewichtszunahme gemindert werden.

- 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.
- Für Jugendliche bietet die BZgA die Internetseite <https://www.rauch-frei.info>. Dort gibt es Tipps zum Aufhören und hilfreiche Infos, z. B. als Videos. Außerdem können Jugendliche ihre eigenen Storys mitteilen und an Umfragen und Wettbewerben teilnehmen.
- 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 > Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen“.

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Netto-Brutto

Factor

Taxe

Vers

stätten-Nr.

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 zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen können gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie MS eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bestimmte Belastungsgrenzen. Wenn diese erreicht sind, können Betroffene sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

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 > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Praxistipps!

Festbeträge

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

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter 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. Hier ist eine genaue Information beim verschreibenden Arzt oder beim Apotheker besonders wichtig, um einer Verschuldung vorzubeugen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren 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. Orthesen, Elektrostimulationsgeräte oder Inkontinenzprodukte. Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird die versicherte Person, z. B. bei einem schweren MS-Schub, 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, Anschlussrehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussrehabilitationen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen (siehe S. 51) sollen z. B. eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verhindern oder verringern.

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.

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

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Menschen mit MS im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leisten, können sie sich auf Antrag von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Jahres befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

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 oder 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 > Themen > Leistungen > Zuzahlungen bei Leistungen 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 und sonstige Angehörige

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

Freibetrag

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

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis:

Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragenen 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 Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinderfreibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

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 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)

ergibt: 5.013 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, fallen keine weiteren Zuzahlungen mehr an.

- 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. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- 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 Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Bei Erreichen der Belastungsgrenze gilt die Befreiung auch für Pflegehilfsmittel der Pflegekasse. Weitere Informationen unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungen Pflegeversicherung“.



Besondere Belastungsgrenze bei Bezug von Sozialleistungen

Beim Bezug bestimmter Sozialleistungen gilt eine besondere Belastungsgrenze von 135,12 € pro Jahr, bei chronisch Kranken 67,56 € pro Jahr. Sie wird auf der Basis des sog. Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 berechnet. Er beträgt 2024 563 € monatlich, mal 12 Monate ergibt 6.756 €. Die besondere Belastungsgrenze beträgt dann 2 bzw. 1% davon.

Wer Sozialhilfe bezieht und im **Heim** wohnt, kann ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (135,12 € bzw. bei chronisch Kranken 67,56 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld verrechnet. Betroffene können dafür eine Person ihres Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen, wenn ihnen die Formalitäten zu viel sind.

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 z. B. für Depressionen oder Koronare Herzerkrankungen angeboten. 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 des DMP und bietet weitere 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.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. **Chroniker-Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* herunterladen. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.





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 in Folge 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 oder selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch bei 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** 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. Wer trotz Aufforderung des Arbeitgebers nicht in eine Arztpraxis geht und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lässt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch gekündigt werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie die 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.

Dauer

Die **gesetzliche Anspruchsdauer** auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, sondern auf das volle Arbeitsentgelt. Die fehlenden Stunden müssen nicht nachgearbeitet werden. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung beginnt dann erst am nächsten Tag.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 38.

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

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

Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses 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 von der Krankenkasse Krankengeld gezahlt werden. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Betrieb.

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-17 und Fr 8-12 Uhr.

 Wer hilft weiter?

Krankengeld

Gesetzlich krankenversicherte Menschen mit MS, 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 dazukommt.

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben in der Regel:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 58) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung
- 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, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Bürgergeld

Wichtige Ausnahmen:

- 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. Drei Jahre lang sind sie an ihre Entscheidung gebunden. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch entsprechen Dauer und Höhe des Krankengelds denen angestellter Versicherter.

Berechnet wird das Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung **aus Arbeitseinkommen** berücksichtigt wurde.

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. 35).

Der Anspruch auf Krankengeld verfällt 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**, also schon am 1. Krankheitstag, krankschreiben lassen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 120,75 € täglich.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) in den 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 wird individuell hochgerechnet. Wenn auch 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 im „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 07.09.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2024 ein Betrag von 172,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 62.100 € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 120,75 € 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.

Bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit:

Den Beitragszuschlag von 0,6% für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten **allein** bezahlen.

Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern **allein** von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, das heißt, ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich bei 1,7%.

Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9% für die Sozialversicherung.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier ist 60 Jahre alt, hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1.800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

1. Berechnungsgrundlage für das tägliche Krankengeld, errechnet aus dem monatlichen Bruttolohn: $3.000 \text{ €} : 30 = 100 \text{ €}$
2. davon 70% = **70 €**
3. Berechnung des täglichen Nettolohns aus dem monatlichen Nettolohn: $1.800 \text{ €} : 30 = 60 \text{ €}$
4. davon 90% = **54 €**
5. Höhe des Brutto-Krankengelds: der niedrigere errechnete Wert, also **54 €**
6. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 12,3% = **47,36 €**

Herr Maier erhält also **47,36 € Krankengeld täglich**.

Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt, sind es $47,36 \text{ €} \times 30$, also **1.420,80 €**, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, weil es dem sog. Progressionsvorbehalt unterliegt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen. Wer mehr als 410 € Krankengeld und/oder andere Lohnersatzleistungen, wie z. B. Arbeitslosengeld, in einem Kalenderjahr erhalten hat, muss deshalb eine Steuererklärung abgeben, auch wenn sonst keine Pflicht dazu besteht.

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 38) 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 Arbeitgeber. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

- 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 Krankengeld der sozialen Entschädigung, 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 auf Grund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der keine Arbeitsleistung fällig ist.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung 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.
- in der Zeit, bis die nächste AU die Krankenkasse erreicht hat, bei Menschen, die eigentlich Krankengeld beziehen, aber deren AU die Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos bescheinigen, sondern mit Lücken von bis zu 1 Monat.
Sie sollen zwar in den Lücken **kein** Krankengeld bekommen, aber trotzdem nicht gleich ihren ganzen Krankengeldanspruch und auch nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung verlieren. Damit die Betroffenen nicht aus der Pflichtversicherung fallen, müssen sie rechtlich als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten, obwohl sie tatsächlich kein Krankengeld bekommen.

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, kann die Krankenkasse der versicherten Person eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen. Häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit der Frage zur Erwerbsfähigkeit, um den weiteren Rehabilitationsbedarf abzuklären.

- 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 > 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. durch einen 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 und 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 zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 45.
- 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 Menschen mit MS 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 und für ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig sind.

Pflicht zur Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

Wer ALG beantragt hat oder bezieht, muss eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, also so schnell wie möglich, anzeigen.

Spätestens vor Ablauf des 3. Kalendertags nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist eine Krankschreibung nötig. Seit 01.01.2024 kann die Agentur für Arbeit elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) abrufen, sodass die Arbeitslosen in der Regel keine Papierbescheinigung mehr einreichen müssen. Davon gibt es aber Ausnahmen.

Krankschreibung während Arbeitslosengeld

Es gehört zu den Voraussetzungen für Arbeitslosigkeit und damit normalerweise auch für den Bezug von ALG, **dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen**, also auch dazu in der Lage zu sein, zu arbeiten. Wer aber erst während des Bezugs von ALG arbeitsunfähig wird, bekommt es noch für höchstens 6 Wochen weitergezahlt.

Wer danach immer noch krankgeschrieben ist, kann längstens für weitere 72 Wochen Krankengeld in Höhe des ALG bekommen, bis zur sog. Aussteuerung (siehe S. 43).

Während Krankengeld gezahlt wird, besteht kein Anspruch auf ALG. Endet die Arbeitsunfähigkeit und damit der Krankengeldbezug, läuft das ALG weiter, es ist aber eine neue Arbeitslosmeldung nötig.

Bei weiterer Arbeitsunfähigkeit nach der Aussteuerung besteht keine Arbeitslosigkeit, weil die arbeitsunfähige Person dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Der Bezug von ALG ist dann nur im Rahmen der sog. Nahtlosigkeitsregelung möglich.

Nahtlosigkeitsregelung

Die Nahtlosigkeitsregelung hilft Menschen, die immer noch krankgeschrieben sind, wenn ihr Krankengeld bereits ausgelaufen ist: Sie haben darüber ggf. einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, solange noch nicht klar ist, ob sie nur für ihre bisherige Arbeit arbeitsunfähig sind, oder ob sie gar nicht mehr mind. 15 Wochenstunden arbeiten können, egal in welchem Beruf und an welchem Arbeitsplatz (= volle Erwerbsminderung, siehe S. 62). Die Rentenversicherung hat die Aufgabe das zu prüfen, aber es dauert oft sehr lange und teils kommt es zu Streit darüber. Normalerweise zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld nur an Erwerbsfähige, also an Menschen, die noch mind. 15 Wochenstunden arbeiten können. Die Nahtlosigkeitsregelung ist eine Ausnahme davon, damit die Versicherten nahtlos abgesichert sind. Sie würden sonst ohne Geld dastehen, so lange ungeklärt ist, ob sie nun erwerbsfähig sind oder nicht.

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine Erwerbsminderung von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens aber bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Rechtskräftig heißt, dass die Entscheidung nicht mehr anfechtbar ist.

Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Wer Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II vom Jobcenter bekommt, ist arbeitsunfähig, wenn krankheitsbedingt keine Arbeit oder Eingliederungsmaßnahme mit mindestens 3 Stunden täglich möglich ist.

Wenn Arbeitnehmer aufstockendes Bürgergeld bekommen, kann es deshalb vorkommen, dass sie für ihre Arbeit krankgeschrieben werden, aber nicht fürs Jobcenter, weil sie nur diese bestimmte Arbeit nicht mehr ausführen können. Z. B. kann ein Umzugshelfer mit gebrochenem Bein keine Möbel mehr tragen, aber er kann damit in einem Büro aushelfen oder an einem Computerkurs zur Weiterbildung teilnehmen.

Wer Bürgergeld bekommt und arbeitsunfähig ist, bekommt das Bürgergeld zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange (noch) keine volle Erwerbsminderung festgestellt wurde.

Bezug von Krankengeld während des Bezugs von 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 das Jobcenter.

Rehabilitation

Menschen mit Multipler Sklerose können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei einer Reha geht es darum, die Funktionsfähigkeit und den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

Ziele der Reha sind z. B.:

- Verlängerung der symptomarmen Zeit
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Verhinderung von Folgeerkrankungen und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands

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. Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt, Stufenweise Wiedereingliederung
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha),**
z. B. Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,**
z. B. Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung,**
z. B. Schulbegleitung, Kommunikationshilfen
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha),**
z. B. Assistenzleistungen, Fahrdienste

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 Reha-Leistungen bzw. 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 unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, z. B. Heil- und Hilfsmittel. Bei Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer 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.

Träger der Sozialen Entschädigung

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

Finanzielle Leistungen während der Reha

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
- Krankengeld der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld (= Grundsicherung für Arbeitsuchende, sog. Leistungen nach dem SGB II)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen in der Regel beantragt werden, je nach Reha-Leistung und Zuständigkeit bei verschiedenen Trägern. Auch die Formulare unterscheiden sich. Wer sich unsicher fühlt, sollte auf jeden Fall Beratung und Unterstützung beim Antrag in Anspruch nehmen, z. B. beim Sozialdienst von Kliniken, bei Fördereinrichtungen oder den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe. Eine Adressensuche bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter www.ansprechstellen.de.

Fristen für die Träger

Wenn sich der Reha-Träger, bei dem der Antrag eingegangen ist, für unzuständig hält, muss er diesen innerhalb von 2 Wochen nach Antragsingang weiterleiten. Anderenfalls muss er innerhalb einer weiteren Woche selbst über den Antrag entscheiden.

Nach einer Weiterleitung darf es bis zur Entscheidung über den Antrag noch höchstens 3 weitere Wochen dauern. Wenn sich auch der 2. Träger für unzuständig hält, darf er den Antrag zwar noch einmal weiterleiten, aber dann ist eine sog. **Turbo-Klärung** nötig. Das bedeutet, dass der Träger, bei dem der Antrag dann landet, innerhalb der schon laufenden 3 Wochen-Frist entscheiden muss.

Durch diese Regeln kann es passieren, dass ein Träger über die Leistung entscheiden muss, der in Wirklichkeit gar nicht zuständig ist. Dieser Träger muss nach der Entscheidung die Leistung erbringen und heißt deshalb „leistender Reha-Träger“. Der leistende Reha-Träger kann sich die Kosten später vom eigentlich zuständigen Reha-Träger erstatten lassen, aber das müssen die Träger unter sich klären, ohne Auswirkung auf den Menschen mit (drohender) Behinderung.

Es kommt auch vor, dass für einen Antrag gleichzeitig verschiedene Träger zuständig sind. In dem Fall gelten andere Fristen: Vom Antrag bis zur Entscheidung dürfen **ohne** sog. Teilhabeplankonferenz höchstens 6 Wochen vergehen und mit Teilhabeplankonferenz höchstens 2 Monate. Eine Teilhabeplankonferenz ist ein Treffen zwischen den beteiligten Reha-Trägern und dem Mensch mit Behinderung sowie evtl. Rehaeinrichtungen oder Pflegediensten, um den Bedarf des Menschen mit Behinderung zu besprechen.

Wenn ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, darf es bis zur Entscheidung über den Antrag länger dauern. Zunächst bekommt der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung Zeit, den Gutachter auszuwählen. Das Gutachten muss dann aber vom leistenden Reha-Träger unverzüglich in Auftrag gegeben werden und 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen. Die Entscheidung über den Antrag muss 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger den Antrag nicht weiterleitet und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag ein- oder zweimal weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn mehrere Träger zuständig sind, aber keine Teilhabeplankonferenz stattfindet.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wird.
- Wird ein Gutachten benötigt, gibt es keine feste Maximaldauer, weil es individuell unterschiedlich ist, wie lange die Auswahl des Gutachters und dessen Beauftragung dauern.

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, siehe S. 99.
 - 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 sich im Vorfeld gut, z. B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung (www.teilhabeberatung.de).
 - Informieren Sie **vorher** den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben.
 - Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter: 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.

Eine medizinische Reha kann Menschen mit MS dabei unterstützen, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen und ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität zu verbessern.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter 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 > *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 > 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 **ambulante** und **stationäre** medizinische Reha-Maßnahmen.

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

- 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. Sie hat den Vorteil, dass die erlernten und in der Reha-Einrichtung erprobten Verhaltens- und Bewegungsstrategien zuhause getestet werden können. So kann die Reha bei Problemen individuell angepasst werden.
- Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Eine **stationäre Reha** wird umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet und findet mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt. Sie ist z. B. sinnvoll, 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, Erlernen von Alltagshilfen, Verbesserung der Koordination und der Fortbewegung zu Hause sowie im öffentlichen Bereich
- 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

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

- Leistungsfähigkeit erhalten oder verbessern
- Selbstständigkeit und Fortbewegungsfähigkeit fördern
- Selbsthilfe und Einbindung in das soziale Umfeld stärken
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
- Folgeerkrankungen und -schäden entgegenwirken bzw. behandeln
- Einer (weiteren) Behinderung vorbeugen
- Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verringern

Allgemeine Voraussetzungen

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

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

Dauer

- Ambulant als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage.
- Stationär als Krankenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen.
- Stationär oder ganztätig ambulant als Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei einer Kinderreha 4–6 Wochen.

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

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 Erwerbsersatz Einkommen (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 1.415 €** liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger 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.

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

Praxistipps!



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

Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Sie bieten Menschen mit MS verschiedene Möglichkeiten zur nachhaltigen Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und stärken Ausdauer und Kraft. Die körperliche Aktivität und auch der Austausch mit der Gruppe, kann die Stimmung verbessern und das Selbstbewusstsein stärken.

Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll die frühere Belastbarkeit soweit wie möglich 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 > 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 nach der sog. Nahtlosigkeitsregelung (siehe S. 45).

Voraussetzungen

Anregen können eine stufenweise Wiedereingliederung Betroffene, Arbeitgeber (z. B. Personalabteilung, Betriebsrat), Ärzte oder Versicherungsträger bzw. der Medizinische Dienst (MD).

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- 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 wieder besser 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 betroffene 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.

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 vom Arbeitgeber (siehe S. 35)
- Im unmittelbaren Anschluss (bis zu 4 Wochen) an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit
- 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. 59) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 58). 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.

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie den Antrag darauf im Laufe der Reha stellen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt ihn zusammen mit Ihnen und Ihrem Arzt aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung finden Sie in der „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Unfall- oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt, Arbeitgeber (insbesondere Stellen wie betriebliches Eingliederungsmanagement, Sozialberatung oder Gesundheitsmanagement).



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 Multipler Sklerose 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:
 - Arbeitsassistenten
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen
 - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung, z. B. spezielle Trainings zur Vorbereitung auf die Qualifizierung
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen:
 - 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.

Praxistipps!



- 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 > *Dienststelle finden*.
- Möchten Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch darauf. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Teilzeitarbeit“*.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. Lohnersatzleistungen, 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 ergänzende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld
- Leistungen zum Lebensunterhalt, z. B. Ausbildungsgeld, Unterhaltsbeihilfe
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 55)
- Reisekosten: Fahrt-, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- Schulungen: Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige und Eltern-Kind-Kurse
- 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. Angebote der Selbsthilfe für Betroffene/Angehörige

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, sondern finanzieren z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch oder wegen der Behinderung nötige Hilfsmittel.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung gibt es, damit Menschen mit Behinderung gleichberechtigt an Bildung – insbesondere in den folgenden Bereichen – teilhaben können:

- Schulvorbereitung
- Schule im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht
- schulische Berufsausbildung
- schulische Weiterbildung
- Hochschule
- Weiterbildung an einer Hochschule (z. B. Masterstudium)

Daneben sind auch Hilfen in ähnlichen anderen Bildungsbereichen möglich, denn die gesetzliche Regelung ist nicht abschließend formuliert.

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, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Verbesserung der Kommunikation
- Leistungen zur Mobilität, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall im Teilhabeplanverfahren bzw. Gesamtplanverfahren bestimmt.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Multiple Sklerose kann dazu führen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Sie 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 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 und Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausbezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 18.558,75 € (2024) 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 37.117,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

Seit 01.01.2024 können Bezieher einer Erwerbsminderungsrente durch die sog. **Arbeitserprobung** testen, ob sie wieder (mehr) arbeiten können. Während eines Zeitraums von in der Regel 6 Monaten können sie eine bestehende Arbeit ausweiten oder eine neue Arbeit aufnehmen, ohne dadurch ihren Rentenanspruch zu gefährden.

Ausführliche Informationen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Broschüre „Arbeitserprobung: Aus der Erwerbsminderungsrente zurück in den Beruf“ unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“*.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Rente* > *Allgemeine Informationen zur Rente* > *Rentenarten & Leistungen* > *Erwerbsminderungsrenten* heruntergeladen werden.

Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter: 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. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen mit MS, die im Alter oder bei unbefristeter voller Erwerbsminderung zu wenig Einkommen und Vermögen haben, insbesondere, weil sie keine Rente bekommen, oder weil ihre Rente nicht reicht, um davon zu leben.

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 getrennt lebenden 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, die für die Deckung des Lebensunterhalts herangezogen werden können, 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 Lebensunterhalt zu decken.

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

RS*	Regelsätze	Höhe
1	z. B. für – volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende, die Bürgergeld oder Sozialhilfe beziehen – im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	563 €
2	z. B. für – volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft beim Bürgergeld – Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	506 €
3	für – Volljährige in Einrichtungen, die Sozialhilfe beziehen – Erwachsene vor dem 25. Geburtstag in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern beim Bürgergeld	451 €
4	für Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	471 €
5	für Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	390 €
6	für Kinder bis zum 6. Geburtstag	357 €

* RS = Regelbedarfsstufe

- 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. 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, solange 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. Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und Rente 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 finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Wer eine befristete 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. 65) 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.

Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter: www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.



Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

en: 217-13-8

ahme einer
esen



Behinderung

Bei Multipler Sklerose (MS) kann das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung (GdB) feststellen. Der GdB muss beantragt werden. Die Höhe des GdB richtet sich vor allem nach den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen 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 > *Menschen mit Behinderungen* > *Spezielle Hilfe und Unterstützung* > *Gleichstellungsantrag und Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen* beantragt werden.

Grad der Behinderung bei Multipler Sklerose

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

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätzen aus der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung ist vom Einzelfall abhängig.

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

Praxistipps!



- Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der besonders wichtigen Anlage 2 (Versorgungsmedizinische Grundsätze) finden Sie in ständig aktualisierter Form unter 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 > *Suchbegriff: „K710“*.
- Wird ein zu niedriger GdB bewilligt, ist ein kostenfreier Widerspruch (siehe S. 97) ratsam. Wenn Sie hierfür anwaltliche Hilfe brauchen, sich diese aber nicht leisten können, können Sie dafür Beratungshilfe beantragen, Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Beratungshilfe“*.

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

Wer einen Schwerbehindertenausweis bekommen möchte, muss dafür einen Antrag auf Feststellung eines GdB stellen. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer diese Option bei Antragstellung angekreuzt 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-teilhabe.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 mit einreichen, 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.

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

Das **Merkzeichen aG** können auch Menschen mit **Multipler Sklerose** bekommen, wenn eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, die mindestens einem Grad der Behinderung (Gdb) von 80 entspricht. Dies ist dann der Fall, wenn der Mensch mit Behinderung sich außerhalb seines Autos nur unter großer Anstrengung oder mit Unterstützung durch eine andere Person fortbewegen kann. Meistens betrifft das Menschen, die auch für kurze Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter 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. Zahlreiche Nachteilsausgleiche gibt es auch ohne Schwerbehindertenausweis, teilweise bereits ab einem GdB von 20.

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 104.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber > Behinderung & Soziales kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Näheres unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do von 8-17 und Fr von 8-12 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter 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 unter www.teilhabeberatung.de.



Praxistipps!



Wer hilft weiter?



***Häusliche
Krankenpflege***

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte von der Krankenversicherung nach ärztlicher Verordnung, wenn sie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines MS-Schubs 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 hauswirtschaftliche Versorgung.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung (siehe S. 83).

Voraussetzungen

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 Krankeneinweisung verweigert oder nicht transportfähig ist (**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*
- der Patient von keiner im Haushalt lebenden Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.

Es gibt allerdings keine Möglichkeit, ein anderes Haushaltsmitglied zur Pflege zu zwingen, und es kann auch unzumutbar sein, sich von einer bestimmten Person pflegen zu lassen.

Deshalb gilt, dass häusliche Krankenpflege auch dann nicht ausgeschlossen ist, wenn

- zwar eine Person im Haushalt die Pflege übernehmen könnte, aber dazu nicht bereit ist *oder*
- wenn es zwar eine Person im Haushalt gibt, die zur Pflege bereit ist, aber die pflegebedürftige Person von dieser aus nachvollziehbaren Gründen nicht gepflegt werden will. Ob die Gründe als nachvollziehbar anerkannt werden, ist immer eine Einzelfallentscheidung.

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

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

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

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist die ärztliche Verordnung auf dem Verordnungsbogen Muster 12. Nur, wenn auch Behandlungspflege notwendig ist, übernimmt die Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Verordnung

In der Regel verordnet die hausärztliche Praxis die häusliche Krankenpflege. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung auch für einen längeren Zeitraum.

Die Folgeverordnung kann nach ärztlicher Entscheidung auch in einer Videosprechstunde oder in Ausnahmefällen telefonisch veranlasst werden, wenn

- die versicherte Person vorab persönlich bei der Erstverordnung oder beim Hausbesuch untersucht wurde.
- die Erkrankung eine Verordnung in der Videosprechstunde nicht ausschließt, z. B., weil keine ausreichende ärztliche Beurteilung möglich ist.

Arztpraxen sind jedoch nicht verpflichtet Videosprechstunden anzubieten.

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

Qualifizierte Pflegekräfte können bei Maßnahmen der Behandlungspflege eigenständig entscheiden (sog. Häusliche Krankenpflege Blankoverordnung), wie lange und wie oft diese angewendet werden 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 Pflegefachkraft berücksichtigt werden.
- Regelmäßiger Austausch zwischen behandelndem Arzt und der Pflegefachkraft.
- Pflegefachkraft muss sich persönlich ein Bild vom Gesundheitszustand machen und diesen dokumentieren.
- Spätestens 3 Monate 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. 27.

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 Pflegefachkraft können in angemessener Höhe (d. h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft) übernommen werden, wenn

- die Krankenkasse keine Pflegefachkraft 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 > *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. Dann können verschiedene Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt werden, um die Pflege zu erleichtern und die finanziellen Belastungen, die eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt, zu mildern.

Hinweis: Am 01.07.2023 ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) in Kraft getreten. Mit dem ersten Schritt wurde die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt. Zum 01.01.2024 gab es weitere Änderungen, z. B. eine Erhöhung des Pflegegelds und der Pflegesachleistungen. Zum 01.01.2025 steigen dann alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung und werden ab 2028 regelmäßig entsprechend der Inflation angepasst. Nähere Informationen und ein Gesamtüberblick zu den Änderungen durch das PUEG unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

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 Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten 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 S. 75.
- Wenn Sie oder Ihre Angehörigen unsicher sind, ob und welche Pflegeleistungen überhaupt in Betracht kommen, können Sie sich zur Information oder Unterstützung an eine örtliche **Pflegeberatung** (siehe S. 80) wenden.



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 war und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, muss die Pflegekasse in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder z. B. durch einen Pflegestützpunkt zugänglich machen.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe der Kontaktperson anbieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- einen **Beratungsgutschein** ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann, und
- über Leistungs- und Preisvergleichslisten, die z. B. Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen enthalten, informieren. Die Listen werden nur ausgehändigt, wenn Pflegebedürftige dies anfordern.

Die Fristen für Beratungstermine gelten auch bei weiteren Anträgen, z. B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie Änderungsanträgen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Beratung im häuslichen Umfeld und außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss die pflegebedürftige Person über diese Möglichkeit aufklären.

Praxistipps!



- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte – und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Bestellen* > *Beratung zur Pflege*.
- Adressen von Beratungsstellen bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter www.zqp.de > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der pflegebedürftigen 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, das Begutachtungssystem ist identisch.

Der Termin zur Begutachtung wird schriftlich angekündigt und findet in der Regel im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person statt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind andere Arten, z.B. Begutachtung nach Aktenlage, möglich. Für die Bearbeitung des Pflegeantrags gibt es festgelegte Fristen.

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

Ermittlung des Pflegegrads

Um den Pflegegrad zu bestimmen, wird in der Regel eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Bereichen (Modulen) ermittelt. Anhand des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse über den Pflegegrad.

Folgende 5 Pflegegrade sind möglich:

Pflegegrad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
1	12,5 bis unter 27	Geringe
2	27 bis unter 47,5	Erhebliche
3	47,5 bis unter 70	Schwere
4	70 bis unter 90	Schwerste
5	90 bis 100	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass bei der Begutachtung die Situation falsch eingeschätzt wird. Ist die pflegebedürftige Person mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen, Näheres zum Widerspruch auf S. 97.

Praxistipps!



- Ein kostenloses Muster für einen Antrag auf Pflegeleistungen und die Feststellung eines Pflegegrads zum Online-Ausfüllen oder Ausdrucken und Ausfüllen per Hand finden Sie unter www.betacare.de > *Ratgeber* > *Pflege*.
- Ausführliche Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege-Check: Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* > *Pflege* kostenlos heruntergeladen werden.
- 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. Wenn die finanziellen Mittel für die Vorfinanzierung nicht vorhanden sind, ist Hilfe zur Pflege vom Sozialamt möglich.
- 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 Sie beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* herunterladen oder als Broschüre bestellen.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 108.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält. Ergänzend können bei häuslicher Pflege auch teilstationäre Angebote oder Kurzzeitpflege als stationäre Leistung in Anspruch genommen werden.

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 332 und 947 € monatlich, es muss beantragt werden und ist steuerfrei.

Pflegesachleistung

Unter **Sachleistung** versteht man die häusliche Pflegehilfe, die in der Regel durch ambulante Pflegedienste, aber auch durch zugelassene Einzelpersonen erbracht wird. Anspruch haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege. Die Pflegedienste bzw. -kräfte rechnen direkt mit der Pflegekasse ab und erhalten je nach Pflegegrad 761 bis 2.200 € monatlich. Der gleichzeitig vollumfängliche Bezug von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination beider Leistungen. Ergänzend sind weitere Leistungen der Pflegeversicherung möglich, z. B. Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, aber auch Pflegeleistungen vom Sozialamt (siehe S. 89).

Mehrere Pflegebedürftige, z. B. in Wohngemeinschaften, können die häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen und Zeit- und Kostenersparnisse für mehr Leistungen nutzen.

Auch ambulante Betreuungsdienste können vom Budget der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

Kombinationsleistung

Die **Kombinationsleistung** verbindet 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 (siehe S. 87) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich. Die Budgets für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) zusammengefasst. Die bisher unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen und abweichende Voraussetzungen, wie. z. B. Höchstdauer und Vorpflegezeit, werden angeglichen.

Schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre (Pflegegrade 4 und 5) können den gemeinsamen Jahresbetrag bereits seit 01.01.2024 in Anspruch nehmen. Der gemeinsame Jahresbetrag erhöht sich zum 01.07.2025 von derzeit 3.386 € um 4,5% auf insgesamt 3.539 €.

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 stattfinden. Die Teilnahme an Präsenzkursen oder Onlinekursen ist kostenlos.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Er wird nicht bar ausbezahlt, sondern nach dem sog. Kostenerstattungsprinzip geleistet. Er soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B.

- für Tages- oder Nachtpflege,
- für Kurzzeitpflege,
- für 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),
- als 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. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt.

Näheres zu den Regelungen unter www.betanet.de > *Suchbegriff*: „Entlastungsbetrag“.

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 > Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, die die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim verhindern oder hinauszögern. Häufige Maßnahmen sind z. B. der Umbau des Bades, Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 € für Wohngemeinschaften bzw. für ambulant betreute Wohnformen, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

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. Teilstationäre Leistungen ergänzen die häusliche Pflege.

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

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause, 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 z. B. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und Investitionskosten.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B., wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist, 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, siehe S. 84) 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.

Zum 01.07.2025 werden die Leistungsbeträge der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zu einem gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 84) zusammengefasst.

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 einen Teil dieses Eigenanteils erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 01.01.2024 erhöht. Nähere Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“*.

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Unter 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 14. November 2023 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.



Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Die sog. 24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause wird meist mit Hilfe von Betreuungskräften aus Osteuropa realisiert. Ausländische Haushaltshilfen, Betreuungskräfte und Pflegekräfte können über verschiedene Modelle beschäftigt werden.

In Deutschland sind alle Modelle illegal, bei denen eine einzige Person für Pflege, Betreuung und Hausarbeit angestellt wird, um rund um die Uhr einsatzbereit zu sein.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z. B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme eine Aufenthaltserlaubnis. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“, „Betreuungskraft“ und „Pflegekraft“. Für die Bezahlung kann das Pflegegeld eingesetzt werden, über die Hilfe zur Pflege (siehe S. 89) kann eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich sein.

Praxistipps!



- Wenn Sie überlegen, eine selbständige Kraft (Selbstständigenmodell) mit der Pflege zu beauftragen, haben Sie die Möglichkeit, vorab **rechtssicher** klären zu lassen, ob eine echte Selbstständigkeit vorliegen würde, oder eine illegale Scheinselbstständigkeit (sog. **Statusfeststellungsverfahren**). Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung unter: www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Formularpaket Statusfeststellung“.
- Umfassende Informationen zur Organisation einer Betreuung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte bietet die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ der Verbraucherzentrale. Kostenloser Download unter: www.verbraucherzentrale.de > *Gesundheit & Pflege* > *Pflege zu Hause* > *Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?*
Auf dieser Seite der Verbraucherzentrale gibt es unter der Überschrift „Deutsches Arbeitsrecht gilt auch für Ausländer“ (ganz unten) eine tabellarische Übersicht zum kostenlosen Download mit den wichtigsten Bedingungen und Voraussetzungen für eine legale Beschäftigung.
- Die Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können Sie als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer absetzen, wenn Sie sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegen können.
- Als Angehörige sollten Sie zunächst den konkreten Betreuungsbedarf ermitteln und sich bei der Suche nach einem passenden Betreuungsmodell zur Beratung an Pflegestützpunkte wenden.

- Vermittelt werden die Arbeitskräfte in der Regel über private Agenturen. Anzeigen dazu finden Sie in Tageszeitungen oder im Internet. Hier ist es besonders wichtig, sich gut zu informieren, da es zu Ausbeutung von Betreuungskräften kommen kann. Teilweise vermitteln auch Wohlfahrtsverbände wie Diakonie oder Caritas.
- Wenn Sie sich die 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, können Sie Hilfe zur **häuslichen Pflege** beantragen. Wenn die 24-Stunden-Pflege weniger kostet als ein Pflegeheim, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hilfe zur Pflege bewilligt wird. Trotz erheblicher Mehrkosten haben Sie aber bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege für 24-Stunden-Pflege, wenn **kein geeignetes und zumutbares Heim** vorhanden ist.
- Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) unter: www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/startseite.
- Leider gibt es keine offizielle Stelle, die in diesem sensiblen Bereich berät. Unterstützung finden Sie möglicherweise bei der Verbraucherzentrale, einem Pflegestützpunkt, der Seniorenberatung, den Wohlfahrtsverbänden oder bei Selbsthilfegruppen für Angehörige.

 Wer hilft weiter?

Hilfe zur Pflege

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Bei Pflegebedürftigkeit übernimmt das Sozialamt, unter bestimmten Voraussetzungen, dieselben Leistungen wie die Pflegekasse bzw. Kosten, die darüber hinaus für die Pflege anfallen.

Das Sozialamt leistet erst, wenn die **vorrangig zuständige Pflegekasse** oder andere Leistungsträger nicht oder zu wenig leisten.

Hilfe zur Pflege muss beantragt werden und wird in der Regel gewährt, wenn weder die pflegebedürftige Person, noch Angehörige die Eigenleistungen für die Pflege zahlen können oder in Fällen ohne Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege müssen den gesamten Pflegebedarf decken (sog. Bedarfsdeckungsprinzip) und sind nicht nach oben begrenzt wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Das Pflegegeld und der Entlastungsbetrag werden jedoch nur in Höhe der festgelegten Beträge der Pflegeversicherung geleistet, sie sind nicht vom Bedarfsdeckungsprinzip umfasst.

Antrag

Hilfe zur Pflege muss beim Sozialamt beantragt werden.

- Die Antragsunterlagen erhalten Sie beim Sozialamt bzw. steht der Antrag auf der Internetseite zum Ausdrucken zur Verfügung. Dort finden Sie in der Regel eine Auflistung über die Unterlagen, die mit dem Antrag eingereicht werden müssen. Dies sind z. B. Einkommens- und Vermögensnachweise, Personalausweis oder Schwerbehindertenausweis.
- Den Antrag sollten Sie **rechtzeitig** stellen, ggf. schon vor dem Einzug in ein Pflegeheim bzw. wenn sich abzeichnet, dass das Einkommen und Vermögen nicht ausreicht. Hilfe zur Pflege wird **nicht** rückwirkend, sondern erst ab Antragstellung bezahlt. Wenn beispielsweise vor einem Antrag schon Kosten, z. B. aus Schonvermögen der pflegebedürftigen Person gedeckt wurden, werden diese nicht erstattet.
- Einen Pflegeheimplatz können Sie in der Regel frei wählen.

Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

Wer hilft weiter? 

- Die Pflegekassen sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr, Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.
- Fragen zur Hilfe zur Pflege beantwortet das Sozialamt.

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Die „**kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“, eine Sonderform der Pflegezeit, können Berufstätige für bis zu 10 Arbeitstage beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen.

Seit 01.01.2024 besteht dieser Anspruch für Beschäftigte einmal pro Kalenderjahr und nicht wie bisher einmalig pro pflegebedürftiger Person. Die Freistellung kann für die Organisation der Pflege von Angehörigen in Anspruch genommen 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 Berufstätige 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 Berufstätige Kündigungsschutz.

Die pflegende Person kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts.

Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

Die zuständige Pflegekasse.



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 richtet sich nach dem Pflegegrad und der Leistungsart. Er 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!



- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ auf S. 14. Die Beiträge erhöhten sich zum 01.01.2024. Diese Broschüre können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“* herunterladen.
- Nähere Informationen zur Unfallversicherung finden Sie in der Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „A401“*.
- Erhält eine pflegebedürftige Person Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe, so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.

Patientenvorsorge

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

Eine Patientenvorsorge ist erst ab **Volljährigkeit** möglich. Vor dem 18. Geburtstag haben die Eltern das Sorgerecht und können in Notfällen und schweren Krankheitssituationen für ihr Kind Entscheidungen treffen.

In einer Ehe gilt das sog. **Ehegattennotvertretungsrecht**. Wenn Verheiratete bewusstlos oder krank sind und deshalb nicht selbst über ihre Gesundheitsversorgung entscheiden können, kann deren Ehepartner sie für bis zu 6 Monate bei diesen Entscheidungen vertreten. Der Ehepartner kann in dieser Notsituation z. B. in Untersuchungen und Heilbehandlungen einwilligen, Behandlungs- und Krankenhausverträge abschließen oder Reha-Maßnahmen organisieren und ihm gegenüber entfällt so lange die ärztliche Schweigepflicht. Eine wirksame Patientenverfügung muss berücksichtigt werden.

Das Notvertretungsrecht gilt nicht, wenn sich das (noch) verheiratete Paar getrennt hat oder wenn bekannt ist, dass die bewusstlose oder kranke Person die Vertretung nicht will. Es ist auch bei einer Vorsorgevollmacht oder rechtlichen Betreuung für die Gesundheitsversorgung ausgeschlossen.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen, für den Fall, dass sie sich nicht (mehr) selbst um ihre Angelegenheiten kümmern können, z. B. wegen einer Krankheit, wegen eines Unfalls oder wegen einer Behinderung.

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

- Gesundheitssorge 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.

Betreuungsverfügung

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

Rechtliche Betreuung bedeutet, dass das Betreuungsgericht jemanden für Entscheidungen einsetzt, die die betroffene Person wegen eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht (mehr) selbst treffen kann.

Wer in einer Betreuungsverfügung eine oder mehrere geeignete Person(en) für die rechtliche Betreuung vorgeschlagen hat, vermeidet, dass das Betreuungsgericht die Auswahl trifft.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, **aber** eine Person kennt, die unter Aufsicht des Betreuungsgerichts die **Verwaltung seiner Angelegenheiten** übernehmen soll und dies auch will und kann. In der Betreuungsverfügung können auch mehrere Personen genannt werden, denen im Bedarfsfall die rechtliche Betreuung übertragen werden soll.

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet 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 darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn

- die betreuungsbedürftige Person erkennbar nicht mehr an der Betreuungsverfügung festhalten will, z. B. wenn sie während des Betreuungsverfahrens andere Wünsche äußert, und/oder
- wenn eine vorgeschlagene Person ungeeignet ist, die Betreuung nach dem (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person zu führen.

Vorteil einer Betreuungsverfügung gegenüber einer Vorsorgevollmacht ist, dass das **Missbrauchsrisiko geringer** ist. Eine Vorsorgevollmacht kann schon missbraucht werden, bevor sie gebraucht wird, eine Betreuungsverfügung nicht. Außerdem werden rechtliche Betreuer, anders als Bevollmächtigte, vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

Eine Patientenverfügung kann die sog. Garantenpflicht des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. **Wichtig ist**, dass die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind. Es ist empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften, insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

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.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

- 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?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form aufschreiben) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?
- Wünsche bezüglich der Behandlung als Wachkomapatient.
- Eventuell Festlegungen zur Organspende.

Praxistipp!



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

Wer hilft weiter?



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

Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente, Leistungen der Eingliederungshilfe oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen.

Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn sie mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oftmals ganz oder teilweise statt.

Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) oder **zur Niederschrift** persönlich bei der Behörde vor Ort einlegen.

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein“),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss **unterschrieben** sein.

Der Widerspruch muss **spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids** bei der Behörde **eingegangen** sein. Das heißt, es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage. Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch **per Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.

Praxistipps!



- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen, reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein“. Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten“.

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 99. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtsgebühren fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wiedereinsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage aber **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen an und verlangt dafür eine Schweigepflichtentbindung sowie eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen. Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

Praxistipps!



- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen kann hilfreich sein.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren können sich über mehrere Jahre ziehen. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen.
Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.
 - Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe“.
 - Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragstelle zu stellen.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“.
-
- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
 - Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), kontakt@sovd.de, www.sovd.de
 - Sozialverband VdK Deutschland e.V., kontakt@vkd.de, www.vdk.de

 **Wer hilft weiter?**



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

www.dmsg.de

AMSEL – Aktion Multiple Sklerose Erkrankter Landesverband e.V.

Nöllenstraße 7, 70195 Stuttgart

Telefon 0711 69786-0

Telefax 0711 69786-99

E-Mail: info@amsel.de

www.amsel.de

Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose

Geschäftsstelle: KKNMS e.V.

ICB, Mendelstraße 7, 48149 Münster

E-Mail: info@kkn-ms.de

www.kompetenznetz-multiplesklerose.de > *Patienteninformationen*

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (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)
30/40	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 Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €

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)
70	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)
Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB
Bei Merkzeichen G behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	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"> • im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) 	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"> • blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> • Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe • Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)
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
erheblich gebehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 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 GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG) Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V) Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	TBI taubblind Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV) Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG) Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG) Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)			
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde		
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		

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

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

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	–
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	–
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Gemeinsamer Jahresbetrag (Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5)	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 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.)

Ab 2024 haben Beschäftigte einmal pro Jahr Anspruch auf 10 Tage Freistellung für die Organisation der Pflege von Angehörigen.

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
www.betanet.de

Zusammenstellung der Inhalte: Janina Del Giudice

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Claudia Gottstein, Maria Kästle, Lea Maier,
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

© 2024

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.

7. Auflage, April 2024

Gesundheit ist unser Ziel!

Besuchen Sie uns auf 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 erhältlich:

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

Sozialrechtliche Informationen auch online – 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 zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.