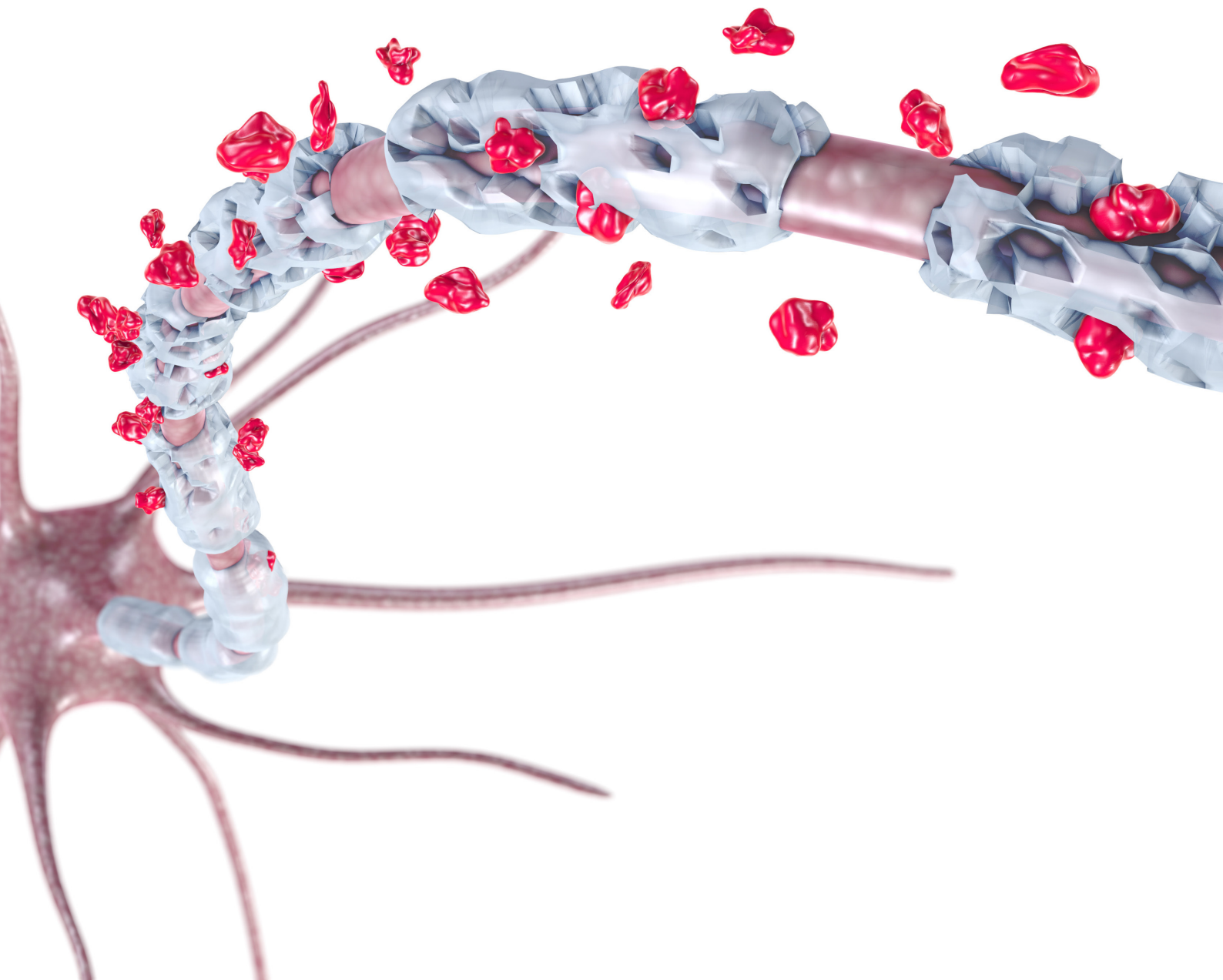


Multiple Sklerose

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Multiple Sklerose, die „Krankheit mit den 1.000 Gesichtern“, verläuft sehr unterschiedlich und nicht vorhersagbar. Viele Fragen zur Erkrankung, wie z.B. die Entstehung, konnten noch nicht gänzlich geklärt werden.

Dieser Ratgeber möchte Patienten, bei denen Multiple Sklerose diagnostiziert wurde, sowie deren Angehörige unterstützen. Als chronische Erkrankung mit schwer abzuschätzendem Verlauf beeinflusst Multiple Sklerose den Alltag und die weitere Lebensplanung der Betroffenen entscheidend. Da die jeweilige Situation der Erkrankten jedoch sehr individuell ist, beantwortet dieser Ratgeber Fragen, die erfahrungsgemäß für Menschen mit Multipler Sklerose von Bedeutung sein können. Er gibt einen kurzen Überblick über die Erkrankung sowie Behandlungsmöglichkeiten, legt seinen Schwerpunkt jedoch auf sozialrechtliche und psychosoziale Themen, um ganz konkret über mögliche Hilfsangebote zu informieren. Auf diese Weise sollen Menschen, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, Sicherheit und Orientierung gewinnen.

Insbesondere im Sozialrecht ist es von großer Bedeutung, Formalitäten wie Anträge und Fristen korrekt einzuhalten. Deshalb gibt dieser Ratgeber einen Überblick darüber, welche (finanziellen) Leistungen Betroffenen und ihren Angehörigen wann zustehen und wo sie diese beantragen können. Wir hoffen, dass wir Sie dadurch in Ihrer oft schwierigen Situation unterstützen können.

Inhalt

Vorwort	2
Multiple Sklerose	5
Krankheitsbild	5
Symptome	5
Verlaufsformen	6
Diagnose	7
MS bei Kindern und Jugendlichen	8
Behandlung	9
Medikamentöse Behandlung	9
Heilmittel	9
Ergotherapie	10
Physiotherapie	11
Logopädie	11
Hilfsmittel	12
Alternative Behandlungen	14
Leben mit Multipler Sklerose	15
Partnerschaft	15
Kinder von Eltern mit MS	15
Sexualität	16
Kinderwunsch mit MS	18
Chronische Müdigkeit – Fatigue	19
Depression	20
Psychotherapie	21
Ernährung und Bewegung	22
Urlaub	23
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	25
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	25
Krankengeld	26
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	30
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	32
Erwerbsminderungsrente	32
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	34
Hilfe zum Lebensunterhalt	35
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	37
Zahlungsregelungen	37
Zahlungsbefreiung	38
Sonderregelung für chronisch Kranke	41
Rehabilitation	42
Überblick über Reha-Leistungen	42
Ambulante Reha-Maßnahmen	43

Stationäre Reha-Maßnahmen _____	44
Anschlussheilbehandlung _____	46
Stufenweise Wiedereingliederung _____	48
Berufliche Reha-Maßnahmen _____	49
Übergangsgeld _____	50
Reha-Sport und Funktionstraining _____	52
Haushaltshilfe _____	53
Behinderung _____	56
Definition _____	56
Grad der Behinderung _____	56
Schwerbehindertenausweis _____	57
Nachteilsausgleiche _____	58
Häusliche Krankenpflege _____	59
Pflege _____	61
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	61
Pflegegrade _____	64
Pflegeleistungen _____	64
Leistungen für pflegende Angehörige _____	68
Patientenvorsorge _____	70
Vorsorgevollmacht _____	70
Betreuungsverfügung _____	70
Patientenverfügung _____	71
Adressen _____	72
Impressum _____	74

Multiple Sklerose

Multiple Sklerose (MS) ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Sie umfasst Gehirn und Rückenmark und ist in Bezug auf die Beschwerden, die Verlaufsform und den Behandlungserfolg sehr unterschiedlich.

Aus diesem Grund wird MS auch als „Krankheit mit den 1.000 Gesichtern“ bezeichnet. Allgemeingültige Aussagen sind sehr schwierig zu treffen. Deshalb muss insbesondere die Therapie individuell auf jeden einzelnen Patienten ausgerichtet sein.

Laut Bundesversicherungsamt gibt es in Deutschland mehr als 200.000 Menschen, die an MS erkrankt sind. In der Regel wird die Krankheit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr diagnostiziert. Frauen sind etwa dreimal so häufig betroffen wie Männer.

Krankheitsbild

Das Gehirn sendet Signale über das Rückenmark an den Körper. Verschiedene Nervenfasern leiten diese Signale. Ähnlich wie bei Elektrokabeln sind diese Fasern von einer Schutz- bzw. Isolierschicht umgeben, dem Stoff Myelin.

Bei MS entstehen Entzündungsherde im Bereich dieser Schutzschichten und die Übertragung von Signalen wird behindert oder blockiert, sodass es z.B. zu vermehrtem Stolpern oder Sehstörungen kommen kann. Zudem kommen häufig Symptome wie Müdigkeit, Schwäche, Nervenschmerzen und Gefühlsstörungen der Haut vor, die oft schubartig auftreten.

Die Verteilung der Erkrankung ist auf der Welt sehr unterschiedlich. Mit der geographischen Entfernung vom Äquator steigt die Erkrankungshäufigkeit an. Die Ursachen dafür sind noch nicht gänzlich geklärt. Die auffällige Verteilung hat allerdings zunehmend die Bedeutung von Vitamin D in das wissenschaftliche Blickfeld gerückt. Näheres ist in der Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose (Stand: Januar 2012, Ergänzung April 2014) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes Multiple Sklerose (KKNMS) zu finden. Diese ist nachzulesen unter www.dgn.org > Leitlinien > Volltextsuche > Suchtext „Multiple Sklerose“.

Ursachen

Die Ursachen für MS sind unklar. Es wird vermutet, dass mehrere Bedingungen zusammenkommen müssen, damit die Erkrankung ausgelöst wird. Als eine Ursache wird eine falsche Programmierung des Immunsystems vermutet. Das körpereigene Abwehrsystem richtet sich gegen die gesunden Nervenzellen und -fasern. Daneben werden auch Umwelteinflüsse, z.B. Infektionen, und genetische Faktoren diskutiert.

Symptome

Bei MS kommt es zu einer Auflösung und Zerstörung der Isolierschicht der Nervenfasern und dadurch zu einer Störung der „Zusammenarbeit“ von Nerven- und Körperzellen. Da sich diese Isolierschicht an den unterschiedlichsten Stellen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) befindet, kommt es zu ganz verschiedenen neurologischen Ausfallerscheinungen.

Häufig sind:

- Sehstörungen, wie Verschwommensehen, Nebelsehen oder Doppelbilder
- Gefühlsstörungen der Haut, wie Kribbeln oder Taubheitsgefühle
- Unsicherheit beim Gehen oder Greifen
- Lähmungserscheinungen
- „verwaschenes“ Sprechen und
- Blasenfunktionsstörungen

Daneben treten oft schwer fassbare Beschwerden auf, wie eine unverhältnismäßige Erschöpfung, depressive Verstimmungen, Schmerzen, Schwindel, sexuelle Funktionsstörungen sowie eingeschränkte Konzentration und Merkfähigkeit.

All diese Symptome können nur kurzfristig anhalten und dann wieder vollkommen zurückgehen oder sie bleiben langfristig. Das Auftreten eines oder mehrerer Entzündungsherde im Nervensystem nennt man „Schub“. Ein Schub entwickelt sich in der Regel innerhalb von Stunden oder sogar Tagen und klingt mit der Zeit wieder ab. Medizinisch wird erst von einem Schub gesprochen, wenn die Symptome mindestens 24 Stunden andauern.

„Pseudoschub“

Anders als ein „echter“ Schub haben „Pseudoschübe“ eine erkennbare Ursache wie beispielsweise eine Infektionskrankheit oder die Erhöhung der Körpertemperatur. Sobald diese Ursache behoben ist, gehen auch die Symptome zurück.

Ein Beispiel hierfür ist das sog. **Uhthoff-Phänomen**. Etwa zwei Drittel der MS-Erkrankten vertragen keine Hitze, da sich durch die Körpererwärmung die Leitfähigkeit der geschädigten Nerven verschlechtert. Bei hohen Temperaturen leiden sie dann z.B. unter einer Einschränkung der Sehfähigkeit, Lähmungserscheinungen oder Koordinationsstörungen. Wird die Körpertemperatur z.B. durch ein kaltes Bad wieder gesenkt, verschwinden diese Symptome jedoch augenblicklich oder spätestens nach 24 Stunden wieder.

Verlaufsformen

MS verläuft von Patient zu Patient sehr verschieden. Sowohl die Auswirkungen und bleibenden Behinderungen nach einem Schub als auch der zeitliche Verlauf sind äußerst unterschiedlich.

Nur wenige Patienten (unter 5 %) haben eine so schwere Verlaufsform, dass sie innerhalb von wenigen Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Der Großteil der Erkrankungen verläuft schubförmig und geht später in einen progredienten (fortschreitenden) Verlauf über.

Man unterscheidet bei MS zwischen 3 charakteristischen Verlaufsformen:

Schubförmiger Verlauf (rezidivierend-remittierender Verlauf)

Der Krankheitsverlauf ist bei den meisten Patienten nicht gleichförmig, sondern verläuft in Schüben. Die Symptome können sich nach einigen Tagen oder mehreren Wochen teilweise oder auch komplett wieder zurückbilden. Der Patient kann zwischen zwei Schüben komplett beschwerdefrei sein. Die Schübe können über mehrere Jahre in sehr unregelmäßigen Zeitabständen auftreten. Bei etwa 85 % der MS-Patienten beginnt die Erkrankung mit einem schubförmigen Verlauf.

Sekundär progredienter (fortschreitender) Verlauf

Bei etwa der Hälfte der Patienten mit schubförmiger MS geht die Erkrankung nach 10–15 Jahren in einen sekundär progredienten Verlauf über. Das heißt, dass die körperlichen Beeinträchtigungen zwischen den Schüben bestehen bleiben bzw. zunehmen. Es kommt zu keinen Rückbildungen mehr. Dabei werden die Schübe weniger oder können ganz ausbleiben. Es kommt zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Krankheitssymptome. Neue Behandlungsmöglichkeiten können diesen Zeitpunkt jedoch hinauszögern.

Primär progredienter Verlauf von Beginn an

Bei etwa 10–15 % der Erkrankten treten keine Schübe auf und die Krankheitssymptome entwickeln sich von Beginn an ohne Rückbildungen; nur vereinzelt gibt es stabile Zeiten oder leichte Verbesserungen. Je nach Patient schreitet die Krankheit unterschiedlich schnell voran.



Praxistipp!

Der Bundesverband der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) hat eine App für Smartphones entwickelt, welche die Betroffenen dabei unterstützen sollen, ein MS-Tagebuch zu führen – unabhängig davon, an welchem Ort sie gerade sind. Weitere Informationen finden Sie unter www.dmsg.de/specials/ms-tagebuch.

Diagnose

Auch für einen erfahrenen Arzt kann es mitunter schwierig sein MS eindeutig zu diagnostizieren, besonders, wenn es um eine exakte Einordnung von Krankheitszeichen im Frühstadium geht. Es kann Wochen, Monate, bisweilen sogar Jahre dauern, bis eine Diagnose feststeht.

Bei verdächtigen Symptomen stehen den Ärzten verschiedene diagnostische Untersuchungen zur Verfügung:

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

Alle Ergebnisse werden auch differenzialdiagnostisch bewertet, um andere Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen auszuschließen.

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

MS bei Kindern und Jugendlichen

Bei etwa 3–5 % aller MS-Erkrankten wird die Diagnose bereits im Kindesalter gestellt. In Deutschland leben mehr als 200 Kinder und Jugendliche mit der Erkrankung. In der Regel sind die Kinder beim ersten Schub älter als 10 Jahre.

Da die Diagnose von MS so schwierig ist, ist es auch keine Seltenheit, dass die Krankheit erst Jahre nach dem ersten Schub erkannt wird. Die ersten Symptome können dann nur noch rückblickend richtig gedeutet werden.

Bei Kindern und Jugendlichen sind oft Sehstörungen, z.B. durch eine Sehnervenentzündung, die ersten Anzeichen für eine MS. In der Regel können Augenärzte diese Symptome richtig deuten und überweisen an einen Neurologen.

Wichtig ist, die Kinder und Jugendlichen offen und altersgemäß über ihre Krankheit aufzuklären. Verschweigen macht Angst und erschwert es, MS zu verstehen und damit umzugehen. Auch wenn ein normaler Alltag oft nicht möglich ist, sollte der richtige Mittelweg zwischen Überforderung und Überbehütung gefunden werden.

Spezielle Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche gibt es aktuell nicht, sodass bei Erwachsenen erprobte Arzneimittel nach Gewicht und Körpergröße angepasst werden. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind jedoch neben der medikamentösen Therapie eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, eine regelmäßige Physiotherapie sowie eine gute psychosoziale Betreuung von großer Bedeutung.



Praxistipps!

- Das Infoportal des DMSG Bundesverband e.V. und AMSEL e.V. für Kinder zum Thema MS unter www.kinder-und-ms.de bietet kindgerecht Informationen zur Krankheit sowie die Möglichkeit, sich online mit anderen betroffenen Kindern auszutauschen.
- Das Jugendportal „Ich habe MS“ des DMSG Bundesverband e.V. informiert betroffene Jugendliche unter www.dmsg.de/jugend-und-ms über die Erkrankung und den Umgang damit, bietet ein Internet-Forum sowie eine Plattform, um die eigene Geschichte online veröffentlichen zu können. Zudem haben Jugendliche die Möglichkeit, sich telefonisch an die MS Helpline unter der Nummer 01805 777007 (0,14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. 0,42 Cent/Min. aus dem Mobilfunknetz) zu wenden. Hier werden sie von DMSG-Mitarbeitern beraten.

Behandlung

Die Behandlungsmöglichkeiten von MS haben sich in den letzten Jahren stark verbessert. Von zentraler Bedeutung ist die Behandlung mit Medikamenten. Es gibt verschiedene Medikamente, die Schübe verzögern und die Entzündungen eindämmen können.

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung muss individuell abgestimmt werden, da die Krankheitsverläufe sich stark unterscheiden. Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Patient und Neurologe. Bei der medikamentösen Behandlung von MS gibt es verschiedene Ansatzpunkte.

Akute Schubbehandlung

Schubregulierende Medikamente wie Cortison können die Auswirkungen eines akuten Schubs verbessern. Cortison wirkt entzündungshemmend und kann eine schnelle Rückbildung der Symptome bewirken.

Verlaufsmodifizierende Behandlung

Immunregulierende Medikamente wie Beta-Interferone oder Glatiramacetat können die Schubrate verringern und das Fortschreiten der Erkrankung verzögern. Sie werden in der Regel als Basisbehandlung eingesetzt.

Symptomatische Behandlung

Die Symptome sind von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Einige Patienten leiden unter Blasenstörungen oder unter Depressionen. Für die Behandlung der entsprechenden Symptome können weitere Medikamente erforderlich sein.



Praxistipp!

Weitere Informationen über die aktuellen Behandlungsmethoden gibt der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. unter www.vfa.de > Arzneimittel & Forschung > Woran wir forschen > Multiple Sklerose: Neue Behandlungsmöglichkeiten.

Heilmittel

Heilmittel wirken äußerlich auf den menschlichen Organismus ein, um die Symptome der Krankheit zu bekämpfen. Abhängig von den Beschwerden können bei MS verschiedene Heilmittel helfen, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

Heilmittel werden vom Haus- oder Facharzt **verordnet**. Die Kosten werden in den meisten Fällen von der Krankenkasse übernommen. In der Regel werden bei einer Erstverordnung 10 Einheiten für eine bestimmte Maßnahme von der Krankenkasse erstattet. Eine Folgeverordnung ist möglich.

Heilmittelkatalog

Innerhalb der Heilmittelrichtlinien regelt der sog. Heilmittelkatalog die jeweiligen Indikationen zu

den einzelnen Heilmittelmaßnahmen wie der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Ergotherapie. MS ist als Indikation für diese Maßnahmen im Heilmittelkatalog enthalten. Die Heilmittelrichtlinien und den Heilmittelkatalog können Sie unter www.g-ba.de > Informations-Archiv > Richtlinien downloaden.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen weichen durch individuelle Satzungsleistungen vom gesetzlichen Grundanspruch zu Gunsten ihrer Versicherten ab und übernehmen freiwillig die Kosten für Heilmittel, die nicht im Heilmittelkatalog aufgeführt sind. Dies ist individuell mit der zuständigen Krankenkasse zu klären.

Antrag auf Genehmigung für längeren Zeitraum

Gesetzlich Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf im Sinne einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der funktionellen bzw. strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des nachvollziehbaren Behandlungsbedarfs können bei ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen, die erforderlichen Heilmittel für einen längeren Zeitraum als es die Regel-Einheiten vorsehen, zu genehmigen. Diese Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

Die Krankenkasse hat über den Antrag innerhalb von 4 Wochen zu entscheiden, andernfalls gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

Praxistipp!

Die Patienteninformation „Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs“ inklusive Muster-Antrag finden Sie unter www.g-ba.de > Informationsarchiv > Richtlinien > Heilmittel-Richtlinie > Weitere Informationen.

Zuzahlung

Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu, auch bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen bzw. ambulanten Behandlung. Näheres zur Zuzahlungsbefreiung siehe S. 38.

Therapiebesuch zu Hause

Die Verordnung von Heilmitteln außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines Hausbesuchs, ist ausnahmsweise nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Der verordnende Arzt muss auf der Verordnung „Hausbesuch“ ankreuzen.

Ergotherapie

Durch Ergotherapie können MS-Erkrankte üben, ihren Körper zu steuern, damit sie den größtmöglichen Grad an Selbstständigkeit erhalten. So kann der Betroffene lernen, weniger anstrengende Bewegungen zu verinnerlichen, ungünstige Körperhaltungen zu vermeiden oder entstandene Behinderungen durch neue Bewegungsabläufe auszugleichen.

Bei Gedächtnis- und Konzentrationsverlust infolge von MS können spezielle Übungen die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Falls erforderlich, trainiert Ergotherapie auch den Umgang mit

Hilfsmitteln, die den Alltag erleichtern. Der Ergotherapeut kann solche Hilfsmittel verordnen und individuell anpassen.

Wenn möglich soll die Ergotherapie auch zur Wiedererlangung oder zum Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit beitragen. Zum Spektrum gehört deshalb auch das Arbeitsplatztraining. Dies kann im Einzelfall ergonomisches Arbeiten oder eine Beratung über die Anpassung des Arbeitsplatzes sein.

Physiotherapie

Physiotherapie (Krankengymnastik) ist wichtiger Bestandteil der MS-Behandlung und kann dabei helfen, die Beweglichkeit des Patienten so lange wie möglich zu erhalten.

Physiotherapie kann den Patienten dabei unterstützen, seine körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern und im Alltag belastbar zu bleiben.

Eine zielgerichtete Behandlung fördert Kraft und Koordination, kann Spastik und Schmerzen verhindern sowie Gleichgewicht und Bewegungsabläufe verbessern. Beispiele physiotherapeutischer Übungen sind Bewegungstherapien gegen Krämpfe oder Beckenbodengymnastik zur Regulierung von Blasenstörungen.

Logopädie

Logopädie (Sprachtherapie) umfasst im Erwachsenenalter vor allem Maßnahmen zu Verbesserung von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen.

Eine logopädische Behandlung ist insbesondere hilfreich bei:

- neurologisch bedingten Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen
- myofunktionellen Störungen, muskulären Beeinträchtigungen des Mund- und Gesichtsbereichs
- organisch und funktionell bedingten Dysphonien (Stimmstörungen)
- Dyslalien (Aussprachestörungen)

Therapie bei Schluckstörungen

Durch MS können einzelne oder mehrere Phasen des Schluckens gestört sein. Das Schlucken von Flüssigkeit oder fester Nahrung ist ein weitaus komplexerer Vorgang als man zunächst meint. 25 Muskeln sind daran beteiligt. Es kann insbesondere zu wiederholten Hustenanfällen kommen, zu vermehrtem Speichelfluss, zum Zurückfließen von Nahrung in die Nase oder zu einem Fremdkörpergefühl nach dem Schlucken.

Aufgabe der Behandlung von Schluckstörungen (Dysphagien) ist es, den normalen Schluckablauf wiederherzustellen. Der Patient wird in der Therapie angeleitet, selbstständig Nahrung aufzunehmen. Die Nahrungsaufnahme muss so gesichert sein, dass der Patient sich nicht verschluckt, weil er sonst eventuell eine Lungenentzündung aufgrund eingeatmeter Fremdkörper (Aspirationspneumonie) entwickelt.

Meist besteht eine Beeinträchtigung der Sensibilität im Schlucktrakt, der Patient spürt dann nicht wenn Nahrungsreste auf den Stimmlippen liegen.

Hilfsmittel

Im fortgeschrittenen Stadium einer MS-Erkrankung können alltägliche Dinge wie Einkaufen, Hausarbeit, An- und Ausziehen zum Problem werden und ohne fremde Hilfe nur noch schwer durchführbar sein. Eine Reihe von Hilfsmitteln können die Mobilität und die Selbstständigkeit der Betroffenen erhöhen.

Vor der Anschaffung von Hilfsmitteln zur Alltagserleichterung sollte ein Beratungsgespräch mit dem Arzt, Physio- oder Ergotherapeuten stattfinden, damit unter der Vielzahl der verfügbaren Hilfsmittel die Richtigen für den Patienten ausgewählt werden.

Kosten

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel verordnen.

Bei haltbaren Hilfsmitteln, z.B. Krücken, Rollstühlen und Badehilfen, werden diese meist **leihweise** überlassen.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch die Vertragspartner der Krankenkasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Hilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Krankenkasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag (siehe unten) besteht, und Hilfsmitteln ohne Festbetrag:

- **Hilfsmittel mit Festbetrag:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags.
- **Hilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Hilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Krankenkasse sind:** Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Festbeträge

Festbeträge gibt es in der Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Gruppen Sehhilfen, Hörhilfen, Inkontinenzmittel, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stoma-Artikel und Einlagen. Die Krankenkasse erstattet nur bis zu diesem Betrag. Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Höhe der Festbeträge kann beim GKV-Spitzenverband unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge eingesehen werden.

Zuzahlung

Bei der Zuzahlung in der Krankenversicherung wird zwischen „nicht zum Verbrauch bestimmten“ und „zum Verbrauch bestimmten“ Hilfsmitteln unterschieden.

Gibt es für das Hilfsmittel einen Festbetrag (siehe oben), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem Versicherten oder im

Wiedereinsatz von verschiedenen Versicherten verwendet werden, z.B. Rollstuhl, Beatmungsgerät, Absauggerät. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises zu, jedoch mindestens 5 und maximal 10 €.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z.B. Vorlagen bei Inkontinenz, Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 € monatlich. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen oder aus mehreren Produktgruppen benötigt werden.

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich (Näheres auf S. 38).

Umfang

Die Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für

- die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung vieler Hilfsmittel
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels
- die Betriebskosten des Hilfsmittels (z.B. Unterhaltskosten für einen Blindenhund, Wartung eines Lifters, Reparatur eines Rollstuhls)
- Wartungen und technische Kontrollen, wenn diese aufgrund eines unvermeidbaren gesundheitlichen Risikos für den Versicherten erforderlich sind

Reparaturkosten tragen die Krankenkassen bis zur Höhe des Festbetrags bzw. bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises des Hilfsmittelerbringers.

Nicht übernommen werden alle diese Kosten bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Beschädigung.



Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.



Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist in 33 Produktgruppen gegliedert. Es ist nicht abschließend, d.h.: Es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Apotheken, Sanitätshäuser oder z.B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über einen (Auszug aus dem) Hilfsmittelkatalog. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

Alternative Behandlungen

Aus schulmedizinischer Sicht können keine zuverlässigen Aussagen über alternative MS-Behandlungen getroffen werden, da diese in der Regel nicht wissenschaftlich analysiert wurden.

Da schulmedizinische Behandlungsansätze MS jedoch in der Regel nicht heilen können und die Patienten oft unter den Nebenwirkungen der Therapien leiden, ist das Interesse an alternativen Behandlungsmöglichkeiten groß. Das Spektrum alternativer Ansätze reicht von Homöopathie über Nahrungsergänzungsmittel bis hin zu Diäten.

Die Wirksamkeit von alternativen Behandlungen ist jedoch nicht belegt. Aus diesem Grund sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, welcher Ansatz die schulmedizinische Therapie sinnvoll ergänzen kann.

Es werden auch unangenehme, sehr teure oder gefährliche alternative Behandlungen, wie z.B. mit Schlangentoxin, angeboten. Solche riskanten und belastenden Verfahren sollten gemieden werden.

Praxistipp!

Eine Übersicht über Entspannungsverfahren und alternative Therapien finden Sie unter www.dmsg.de > Multiple Sklerose > MS behandeln > Komplementäre und alternative Verfahren.

Leben mit Multipler Sklerose

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

Da die Schübe und die daraus folgenden Beeinträchtigungen meist unvorhersehbar sind, leiden Patienten und Angehörige oft auch unter Ängsten und großer Verunsicherung. Aus diesem Grund beeinflusst MS die Lebensqualität, die Lebensplanung und die sozialen Kontakte sehr stark.

Partnerschaft

Das Leben mit MS stellt eine Partnerschaft vor große Herausforderungen. Durch die 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. Die reduzierte Leistungsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit des Erkrankten kann bei diesem zu Frustration, Wut und Niedergeschlagenheit führen. Dagegen kann der gesunde Partner sich überfordert und eingeengt fühlen, wenn er sich zu viele Aufgaben auflastet. Eine offene Kommunikation mit dem Partner ist deshalb sehr wichtig. Missverständnisse können dadurch verringert und das alltägliche Zusammenleben erleichtert werden. Um Konflikte und ein „Burn-Out-Syndrom“ zu vermeiden, sollten rechtzeitig Ressourcen genutzt werden, z.B. durch Informationen und Unterstützung von professionellen Helfern und Selbsthilfeverbänden.



Wer hilft weiter?

- Das Multiple Sklerose Portal AMSEL bietet telefonisch oder per E-Mail psychologische und psychosoziale Beratung. Informationen über Erreichbarkeit und das Beratungsangebot finden Sie unter www.amsel.de/beratung.
- Allgemeine Ehe-, Familien- und Lebensberatung wird unter Anderem von der Caritas (www.katholische-beratung.de > Was wir für Sie tun können? > Beratungsstellen) und Profamilia (www.profamilia.de > Beratungsstellen) kostenlos angeboten.

Kinder von Eltern mit MS

Wenn ein Elternteil erkrankt, machen sich Kinder verständlicherweise große Sorgen. Die Krankheit und die damit einhergehenden Veränderungen können bei den Kindern Ängste und Verunsicherungen hervorrufen.

Da Kinder schon in sehr jungem Alter intuitiv spüren, wenn etwas nicht stimmt, sollte frühzeitig mit ihnen über die Krankheit der Mutter/ des Vaters gesprochen werden. Denn die Ungewissheit wird als eine größere Belastung empfunden als die Wahrheit.

Manche Eltern möchten ihre Kinder schonen und die bedrohliche Wirklichkeit von ihnen fernhalten,

aber Kinder merken, das „hinter ihrem Rücken“ etwas vorgeht und fühlen sich mit ihren Bedenken allein gelassen und unsicher. Deshalb sollten die Eltern sich ihrem Kind zum ausführlichen Gespräch zur Verfügung stellen und es zu Fragen ermuntern.

Kindergarten und Schule

Es kann dem Kind helfen, wenn auch Lehrer/Erzieher über die Erkrankung Bescheid wissen. So bekommt es die nötige Rücksichtnahme, Verständnis und Trost, falls es sich anders verhält als gewohnt.

Bei Jugendlichen sollte man solche Informationen nur nach Rücksprache mit dem „Kind“ weitergeben, denn: Teenager orientieren sich an Gleichaltrigen, sie wollen gleich (stark) sein und dazugehören. Oft können sie auch die unbeschwerte Zeit mit ihren Freunden nutzen, um die Sorgen und Ängste für kurze Zeit zu vergessen. Wenn die Freunde jedoch über die Krankheit der Mutter/ des Vaters Bescheid wissen, ist dies nur schwer möglich.

Veränderung und Normalität

Manchmal kommt es in Familien zu Konfliktsituationen, weil die Eltern sich zwar einerseits wünschen, dass ihr Kind durch die veränderte Situation nicht belastet wird, sie aber andererseits enttäuscht über fehlendes Mitgefühl sind.

Es ist wichtig, Veränderungen klar zu kommunizieren, die den Alltag des Kindes betreffen: z.B. wer für das Kind kocht oder es vom Kindergarten abholt.

Die Eltern sollten versuchen sowohl sich selbst als auch dem Kind gerecht zu werden: z.B. auf Ruhe im Haus bestehen, wenn sie müde sind. Dem Kind sollten jedoch auch Zeiten zugestanden werden, in denen das Leben „wie früher“ ist: Freunde dürfen mitgebracht werden, Fernsehen oder Musik laufen. Kinder eines chronisch kranken Elternteils brauchen Normalität und den Kontakt zu Gleichaltrigen, um die belastende Situation besser verarbeiten zu können und nicht zusätzlich aus der Gleichaltrigengruppe als Außenseiter herauszufallen.

Praxistipp!

Ein gutes Infoportal für Kinder und Jugendliche zum Thema MS ist www.kinder-und-ms.de. Verantwortlich für die Inhalte sind der DMSG Bundesverband e.V. und AMSEL e.V.

Sexualität

Ein erfülltes Sexualeben gehört für die meisten Menschen zu einer glücklichen Partnerschaft dazu. Viele MS-Betroffene haben aufgrund psychischer oder organischer Ursachen Probleme in der Sexualität.

Die Diagnose MS stellt eine bestehende Partnerschaft auf die Probe. Wird es gelingen sich gemeinsam den neuen Herausforderungen zu stellen und das Leben vielleicht anders zu gestalten, als eigentlich geplant war? Wenn durch MS außerdem die Intimität leidet, kann dies die Beziehung zusätzlich belasten.

Befürchtungen, dass sexuelle Aktivität für den Erkrankten schädlich ist oder sogar einen Schub auslösen könnte, sind aus medizinischer Sicht unbegründet.

Mögliche Probleme

Lustempfinden und Sexualität sind komplexe Bereiche und können durch MS auf mehreren Ebenen beeinflusst werden.

Folgende Einschränkungen im genitalen Bereich können auftreten:

Bei Frauen

- Verminderte Empfindung oder Missempfindungen im Bereich der Scheide
- Trockenheit der Scheide
- Scheidenkrämpfe
- Schwierigkeiten einen Orgasmus zu erreichen
- Verringerung/Verlust des Lustempfindens (Libido)

Bei Männern

- Störung oder Verlust der Erektionsfähigkeit
- Verringertes Empfinden im Glied
- Störung oder Verlust des Ejakulationsvermögens
- Verringerung/Verlust des Lustempfindens (Libido)

Zudem können weitere körperliche Einschränkungen Auswirkungen auf das Sexualleben haben:

- Gesteigerte Muskelspannungen (Spasmen) in den Oberschenkeln
- Blasen- und Darmstörungen (Inkontinenzprobleme)
- Fehlende Energie durch Müdigkeit/Fatigue
- Geringeres sexuelles Verlangen durch Medikamente

Die psychische Verfassung spielt eine große Rolle für ein erfülltes Sexualleben. MS-Erkrankte sind häufig mit folgenden Problemen konfrontiert:

- Seelische Belastungen
- Depressionen
- Negatives Körpergefühl durch krankheitsbedingte optische und funktionale Veränderungen
- Rückzug wegen des Gefühls, als Sexualpartner nicht attraktiv zu sein
- Kein gleichberechtigtes Partnerschaftsgefühl durch Verschiebung von Rollen

Unterstützungsmöglichkeiten

Die Diagnose MS bedeutet nicht, dass Nähe und Intimität mit einem Partner nicht mehr möglich sind. Es gibt verschiedene Wege, sich einer gemeinsamen Sexualität anzunähern. Von zentraler Bedeutung ist eine offene Kommunikation mit dem Partner. Gemeinsam können mögliche Ängste und Wünsche besprochen werden und der Körper, z.B. durch Tast- und Berührungsspiele, neu erkundet werden. In der Regel ist es auch hilfreich, sich einfach genug Zeit zu nehmen und sich nicht zu überfordern. Wenn man seinen Körper und seine Gefühle ernst nimmt und diese mit dem Partner teilt, wird sich mit der Zeit wieder Normalität und Erfüllung beim Sex einstellen.

Mit Hilfe des Arztes, z.B. Hausarzt, Neurologe, Gynäkologe oder Urologe, kann der Betroffene herauszufinden, ob die Ursachen für sexuelle Störungen organisch oder psychisch sind und ob eine

Behandlung mit speziellen Medikamenten oder die Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Gleitgel) sinnvoll ist.

Betroffene sollten sich auch nicht scheuen, einen Psychotherapeuten (siehe S. 21) zu kontaktieren, wenn die psychische Verfassung eine der Hauptursachen für ein nicht zufriedenstellendes Sexualleben ist.

Praxistipp!

Der Verband Pro Psychotherapie e.V. setzt sich für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen und deren Angehörigen ein. Auf der Internetseite www.therapie.de gibt es ausführliche Informationen über Therapieformen, Kostenübernahme durch die Krankenkasse sowie den Ablauf einer Psychotherapie.

Hilfreich ist insbesondere die Therapeuten- und Psychotherapeutensuche unter www.therapie.de/psychotherapie. In der Suchmaske kann unter „Worum es geht?“ auch das Thema (z.B. Sexualität, Depression) angegeben werden, das man in der Therapie besprechen möchte, um darauf spezialisierte Therapeuten zu finden.

Kinderwunsch mit MS

Die Erkrankung beginnt meist im jungen Erwachsenenalter. Daher spielt die Familienplanung bei vielen Betroffenen eine große Rolle. Generell ist MS kein Hinderungsgrund für eine Schwangerschaft. Eine genaue Abstimmung mit dem Neurologen ist aber in jedem Fall sinnvoll.

MS ist keine Erbkrankheit. Für das Kind steigt jedoch das Risiko, an MS zu erkranken. Dieses liegt im Laufe des Lebens allgemein bei 0,05–0,1 %, bei Kindern mit einem an MS erkrankten Elternteil bei 2–4 %.

Frauen mit MS gebären ebenso oft gesunde Kinder wie Frauen ohne MS. Auch die Schwangerschaft hat keinen negativen Einfluss auf die Erkrankung. Im Gegenteil nehmen die Schübe eher ab und die meisten Frauen mit MS fühlen sich während der Schwangerschaft sehr wohl. Allerdings bekommen in den ersten drei Monaten nach der Geburt etwa 30 % der Mütter einen Schub. Dies scheint jedoch keinen Einfluss auf das Fortschreiten der Erkrankung zu haben.

Folgendes sollte im Vorfeld einer Schwangerschaft überlegt werden:

- Vor einer geplanten Schwangerschaft sollten Betroffene sowohl mit ihrem Neurologen als auch ihrem Frauenarzt sprechen, ob aktuell etwas gegen eine Schwangerschaft spricht.
- Mit dem behandelnden Arzt muss abgeklärt werden, ob eine Dauermedikation während der Schwangerschaft beibehalten werden kann oder bestimmte Medikamente abgesetzt werden müssen. Der Frauenarzt kann Betroffene auch beraten, ob es möglich ist, das Kind zu stillen.
- Da der Verlauf der MS-Erkrankung schwer abzuschätzen ist, sollte sich eine Betroffene klar darüber sein, dass die körperliche Belastbarkeit abnehmen und Einschränkungen, beispielsweise 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 zeitweise oder langfristig nicht ermöglicht.



Wer hilft weiter?

- Speziell fortgebildete Beraterinnen beantworten in allen 16 Landesverbänden der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft Fragen zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Entbindung, Stillzeit und Elternschaft. Weitere Informationen unter www.dmsg.de/plan-baby-bei-ms/.
- Die Internetseite www.ms-und-kinderwunsch.de der Beobachtungsstudie des deutschsprachigen Multiple Sklerose und Kinderwunsch Registers informiert über Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt, Medikation sowie die erste Zeit mit Kind.

Chronische Müdigkeit – Fatigue

Von Fatigue (chronischer Müdigkeit) oder Erschöpfungssyndrom wird gesprochen, wenn Erschöpfung und Müdigkeit über das normale Maß hinausgehen, für den Patient sehr unangenehm sind und auch durch Schlaf und Regeneration nicht mehr verschwinden.

Fatigue betrifft gut 2/3 der MS-Erkrankten. Die anhaltende Erschöpfung schränkt die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit der Patienten stark ein. Da man den Betroffenen nur schwer ansieht, wie schlecht es ihnen geht und die ständige Müdigkeit kaum nachvollziehbar ist, treffen MS-Erkrankte oft auf Verständnislosigkeit.

Ursachen

Wie es zur Entstehung von Fatigue kommt, ist noch nicht abschließend geklärt. Möglicherweise ist der Auslöser die Schädigung der Nervensubstanz durch die MS. Verstärkend wirken z.B. Schlafstörungen oder Depressionen.

Symptome

Fatigue ist eine sehr vielschichtige Erkrankung. Körperliche und psychosoziale Symptome können alleine oder zusammen auftreten. Symptome sind z.B.

- anhaltende Müdigkeit, nicht zu befriedigendes Schlafbedürfnis
- eingeschränkte körperliche Leistung, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen
- körperliche und seelische Erschöpfung, fehlende Motivation
- Interesselosigkeit, Traurigkeit

Behandlung

Betroffene sollten die Fatigue ernst nehmen und mit ihrem Arzt darüber sprechen. Je nach Symptomen und Einschränkungen gibt es

- **ärztlich-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten**, z.B. Medikamente, Physiotherapie oder Psychotherapie,
- **unterstützende Maßnahmen**, z.B. Beratung, Aromapflege, Motivation zu körperlichem Training oder
- **Tipps für den Alltag**, die Patientinnen und Angehörige umsetzen können.

Tipps für den Alltag

Tagesablauf

- Tagesablauf bewusst planen, genug Zeit nehmen, so dass kein Druck entsteht.
- Dinge, die nicht wichtig sind, weglassen.
- Zeit für Ruhepausen zwischendurch nehmen.
- Täglich Dinge einplanen, die Körper und Seele gut tun.
- Kleine Hilfen im Alltag schaffen, z.B. Waschen und Ankleiden im Sitzen erledigen.
- Unterstützung/Hilfe von Angehörigen und Freunden einfordern und annehmen.
- Professionelle Hilfe, z.B. von einem Psychologen, annehmen.
- Energietagebuch führen, um Stärken und Schwächen zu erkennen.
- Nicht von Rückschlägen entmutigen lassen.

Schlaf

- Ein schönes und ruhiges Zimmer als Ort zum Schlafen wählen.
- Für gut temperierten (16–18 °C) Raum sorgen.
- Vor dem Schlafengehen erholsame Zeit verbringen: ein Bad nehmen, Musik hören oder lesen.
- Alkohol und koffeinhaltige Getränke vor dem Schlafengehen meiden.
- Vor dem Schlafengehen, wenn möglich, an die frische Luft gehen.



Praxistipp!

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

Depression

Bei manchen Patienten kann es im Krankheitsverlauf zu einer Depression kommen. Dabei handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die die Stimmung, das Denken, das Verhalten und die Körperfunktionen der Betroffenen tiefgreifend und langfristig verändert.

Depressionen haben sehr unterschiedliche seelische und körperliche Auswirkungen. Die häufigsten Symptome sind gedrückte Stimmung und Antriebslosigkeit, d.h.: die Unfähigkeit, sich zu irgendwelchen Handlungen aufzuraffen.

Die meisten Depressionen können durch Behandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie geheilt werden.



Praxistipp!

Die Stiftung Deutsche Depressions Hilfe bietet ein Info-Telefon unter der Nummer 0800 3344533 (Mo, Di und Do 13–17 Uhr, Mi und Fr 8:30–12:30 Uhr) sowie als Hilfestellung, um Depressionen bei sich zu erkennen, einen Selbsttest unter www.deutsche-depressionshilfe.de > Depression: Infos und Hilfe > Selbsttest.

Psychotherapie

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen (im Sinne einer Krankenbehandlung). Betroffene können sich ihre Therapeuten selbst aussuchen und zum Test 4 Probesitzungen machen.

Psychotherapie als Kassenleistung

Psychotherapie wird nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall.

Derzeit anerkannte Verfahren sind:

- **Verhaltenstherapie**
Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann, bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.
- **Psychoanalyse**
Psychoanalyse geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der Psychoanalyse ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
Diese am häufigsten in Anspruch genommene Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.

Wahl des Psychotherapeuten

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl des passenden Therapeuten wichtig. Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Qualifikation

Therapeuten können entweder Psychologen („psychologischer Psychotherapeut“) oder Mediziner („ärztlicher Psychotherapeut“) sein – beide dürfen Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandeln – oder (Sozial-)Pädagogen, die für die Therapie von Kindern und Jugendlichen ausgebildet sind („Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“). Alle 3 Arten von Psychotherapeuten haben zusätzlich zu ihrem „Grundberuf“ eine psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen.

Probesitzungen

Es ist möglich, 2–4 Probestunden bei einem gewählten Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen „probatorischen“ Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt (z.B. Hausarzt, Internist oder Neurologe) aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell

eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung

Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung, genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:

- Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
- Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anruftdatum und Wartezeit.
- Den Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.

Die Krankenkasse prüft dann selbst nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten.



Praxistipps!

- Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können regional Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gesucht werden unter www.kbv.de > Service > Service für Patienten > Arztsuche.
- Nähere Informationen zur Kostenerstattung bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Dieses kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren bestellt oder heruntergeladen werden.
- Zum 1.4.17 wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung neu strukturiert. Seitdem sind Psychotherapeuten verpflichtet, psychotherapeutische Sprechstunden zur ersten Abklärung sowie Akutbehandlungen bei Krisen anzubieten. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Begriffe A-Z > „Psychotherapeutische Sprechstunde“.

Ernährung und Bewegung

Eine gesunde Ernährung sowie ausreichend Bewegung haben einen positiven Effekt auf die Lebensqualität von MS-Erkrankten. Nicht nur der Körper, sondern auch die Seele profitiert von einer achtsamen und ausgewogenen Nahrungsaufnahme und sportlichen Aktivitäten.

Ernährung

Generell gibt es zum Thema gesunde Ernährung und Diäten endlose unterschiedliche Empfehlungen. Dies ist auch bei der Frage nach der richtigen Ernährung bei MS nicht anders. Verschiedenste Konzepte – angefangen bei lactovegetarischem Essen bis hin zu glutenfreier Kost – berichten über positive Erfolge. Wissenschaftliche Beweise gibt es dafür noch nicht.

Es gelten jedoch die generellen Empfehlungen zu gesunder Ernährung. Sinnvoll ist eine ausgewogene, abwechslungsreiche Nahrungsaufnahme mit frischem Obst und Gemüse sowie ausreichend Kohlenhydraten, Proteinen und „guten“ Fetten (z.B. Oliven- und Leinöl). Fleisch und Wurst sollte nur 1–2 Mal in der Woche gegessen werden und auch von übermäßigem Zuckerkonsum ist abzuraten.

Praxistipp!

Das unabhängige Projekt „Infothek: Gesundheit“ bietet unter www.infothek-gesundheit.de/ernaehrung-bei-multipler-sklerose-ms Informationen über alternative Ernährungsformen bei Multipler Sklerose.

Bewegung

Körperliche Bewegung und Sport können Krankheitssymptome vermindern und positive Auswirkungen auf die Körperfunktionen von MS-Patienten haben. Wichtig ist, dass sich Patienten nicht überfordern und langsam mit dem Training beginnen.

Regelmäßige Bewegung wirkt positiv auf das Immun- und das Herz-Kreislauf-System, senkt den Cholesterinwert sowie das Risiko für Osteoporose oder Arteriosklerose. Auch können bestimmte Sportarten eine gute Ergänzung zu der bestehenden Physiotherapie sein. Je nach körperlichen Funktionsstörungen kann z.B. Schwimmen, Krafttraining, Yoga oder Tai Chi ein sinnvolles Training sein. In jedem Fall sollte vor Aufnahme einer Sportart mit dem behandelnden Arzt und/oder dem Physiotherapeuten darüber gesprochen werden. So können auch mögliche Hinderungsgründe, wie z.B. eine starke Spastik beim Schwimmen, abgeklärt werden.

Die positiven Folgen von Sport und Bewegung sind jedoch nicht nur körperlich, sondern vor allem auch seelisch. Sport hebt die Stimmung und fördert soziale Kontakte. Auch das Risiko an einer Depression zu erkranken wird gesenkt.

Praxistipps!

- Das Multiple Sklerose Portal AMSEL bietet unter www.amsel.de > Multiple Sklerose > MS und Sport Informationen über körperliche Aktivitäten und Sport für Menschen mit Multipler Sklerose. Im AMSEL-Shop können Broschüren über geeignete Sportarten unter www.amsel.de > Shop > AMSEL-Infomaterial > Spezialwissen zu Multipler Sklerose bestellt werden.
- Relativ neu übernehmen einige Krankenkassen die Kosten für die sog. sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung. Hier können sich Sportbeginner und Wiedereinsteiger ärztlich untersuchen lassen, um Vorerkrankungen und damit verbundene Risiken abzuklären. Nähere Informationen finden Sie unter www.dgsp.de > Sportärztl. Untersuchung.

Urlaub

Gerade chronisch kranken Menschen kann eine Urlaubsreise sehr gut tun – auch bei starken körperlichen Einschränkungen. Lediglich die Planung kann etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen.

Eine Reise und die Auszeit vom Alltag können Körper und Seele entspannen, neue Eindrücke und unvergessliche Erlebnisse bringen. Selbst eine regelmäßige Injektionstherapie oder ein Rollstuhl stehen einem Urlaub, bei ausreichender Vorbereitung, nicht im Wege.

Sinnvolle Überlegungen im Vorfeld sind z.B.:

- **Was erhoffe ich mir vom Urlaub?**
z.B. Erholungsurlaub oder Städtereise
- **Wie kann ich die Medikation während der Reise sicherstellen?**
z.B. Transport- und Lagerbedingungen, unterschriebene Zollbescheinigung des Arztes
- **Welche Krankheiten gibt es vor Ort? Sind Impfungen nötig?**
Ob und welche Impfungen vorgenommen werden, sollten ausführlich mit dem behandelnden Arzt besprochen werden, da Impfungen einen negativen Einfluss auf die MS-Erkrankung haben können. Auch kann die Einnahme von Immunsuppressiva den Impferfolg schwächen.
- **Wie sind die medizinischen Versorgungsstrukturen vor Ort?**
Gibt es im Urlaubsland eine gute Therapie bei einem akuten Schub? Wie ist die Adresse des nächsten Neurologen/Krankenhauses?
- **Wie sind die Temperaturen im Reisegebiet?**
Leidet man unter dem Uhthoff-Phänomen (siehe S. 6) ist es sinnvoll, auf gemäßigte Temperaturen im Urlaubsland zu achten.
- **Wie ist die Barrierefreiheit?**
Hat man Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit oder ist auf einen Rollstuhl angewiesen, sollten sowohl die An- und Abreise als auch die gewählte Unterkunft barrierefrei sein.
- **Wie ist der eigene Versicherungsstatus im Ausland?**
Innerhalb der EU gilt im Regelfall die gesetzliche Krankenversichertenkarte. Wird eine private Auslandskrankenversicherung nötig, ist darauf zu achten, ob diese trotz der MS abgeschlossen werden kann und ob alle nötigen Leistungen (z.B. Krankentransport) im nötigen Umfang übernommen werden.



Praxistipp!

- Die Internetseite des Bundesministerium für Arbeit und Soziales www.einfach-teilhaben.de bietet unter Mobilität und Freizeit > Barrierefreies Reisen hilfreiche Tipps für die Reisevorbereitung sowie ausführliche Informationen über selbstbestimmtes Reisen behinderter Menschen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

MS kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitnehmer haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450 € Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, soweit ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen besteht.

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden. Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt 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**.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Sozialzuschläge (z.B. Orts- und Familienzuschläge).

In Tarifverträgen können die Berechnungsgrundlagen abweichend von den gesetzlichen Regeln festgelegt werden.



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung.
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 50).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

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.



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Berechnungsbeispiel

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

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

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängern.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Die Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt, sondern es beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass **mehrere** Blockfristen nebeneinander laufen.

Nach Ablauf der Blockfrist entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.

- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld oder Mutterschaftsgeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK (sog. Vertrauensarzt der Krankenkasse) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 32) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.

Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 32) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeits-

losengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 50) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.

Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.
- Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderung meint eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. MS kann aufgrund ihrer vielschichtigen körperlichen und psychischen Auswirkungen dazu führen, dass Betroffene ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur noch teilweise weiterführen können.

Wer aufgrund einer Krankheit oder Behinderung für eine nicht absehbare Zeit in seiner Arbeitsfähigkeit begrenzt ist, hat unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente, auf die Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.

Erwerbsminderungsrente

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

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

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

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und zugleich arbeitslos ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

Berufsschutz

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

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet. Sie wird für längstens 3 Jahre gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden. Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen.

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.
- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. 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.

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe.

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 409 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 368 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 327 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 291 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 237 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.

- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden.

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

- eigenes Einkommen und Vermögen **und**
- Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners, soweit es deren Eigenbedarf übersteigt.

Dabei gibt es bestimmte Anrechnungsgrenzen und Schonvermögen, die individuell verschieden sind. Detaillierte Auskünfte gibt der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts. Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz 4) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsleistungen erhalten nur Bedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig bestreiten können.

Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 34.

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.

Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. „Kenntnisgrundsatz“). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. „Belastungsgrenze“ ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
ab 100 €	10 €

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio- oder Ergotherapie.

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Prothesen oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 59).

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 gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 53).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

Alle Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner.
- Kinder bis zum 18. Geburtstag.
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind.
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz).

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit.
- Krankengeld.
- Arbeitslosengeld.
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über 300 € bzw. beim doppelten Bezugszeitraum über 150 € liegt.
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung.
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt.
- Altersrente.
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes.
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG.

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

- Kindergeld.
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum).
- Landeserziehungsgeld.
- Ausbildungsförderung (BAföG).
- Pflegegeld.
- Blindenhilfe.
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner.
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG.
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist.
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
davon 2 % = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.



Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) 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.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Rehabilitation

MS kann das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Um dies möglichst zu verhindern streben Reha-Maßnahmen die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben an.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 46) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 48).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 50), Haushaltshilfe (siehe S. 53), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 52), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein:

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und zur Beruflichen Reha, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Berufliche Reha-Leistungen, wenn kein anderer Sozialversi-

cherungsträger vorrangig zuständig ist.

- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet.

Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. „Reha-Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt.

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht.

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht dem Patient ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Er sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem er seine Reha-Wünsche äußert und begründet.



Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 37.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen.
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder**
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat **und** deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2017 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.191 €	keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 53) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

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

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**

- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Krankheit, die in der Indikationsliste aufgeführt ist (s.u.).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Krankheiten der Gefäße.
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen.
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen.
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen.
- hormonelle Erkrankungen.
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen.
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata.
- Krebserkrankungen.
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen.

Beginn und Dauer

Die Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für 3 Wochen übernommen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft oder Sozialamt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständig. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Hält der Arbeitgeber die Beschäftigung für nicht zumutbar, kann er die Mitwirkung an der Wiedereingliederung unter Benennung der Gründe ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 26), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 50) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 30). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Praxistipp!

Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus und erstellen einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

MS kann ganz unterschiedliche Auswirkungen auf Körper, Psyche und somit den Alltag der Betroffenen haben. Wie lange Patienten berufstätig sein können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern.

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

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

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderung.

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst.

Adressen finden Sie unter www.integrationsaemter.de.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

Übergangsgeld wird je nach Voraussetzungen vom jeweiligen Reha-Träger gezahlt. Höhe und Dauer sind im Wesentlichen einheitlich geregelt, nur die Voraussetzungen unterscheiden sich bei den Leistungsträgern.

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.

- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn die Betroffenen die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz 4) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Übergangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.

- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Für Patienten mit Multipler Sklerose kann ein gezieltes Training der Muskulatur und Knochen sehr hilfreich sein. Daher kann Reha-Sport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation vom Kostenträger übernommen werden.

Als **Reha-Sport** gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Hierzu zählen unter anderem Gymnastik, Leichtathletik und Schwimmen.

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physiotherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer organ-orientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

Reha-Sport oder Funktionstraining wird unter folgenden Voraussetzungen übernommen:

- Ärztliche Verordnung:
 - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit nehmen.
 - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist.
 - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten.
 - Angaben zur Auswahl der geeigneten Sportart.
- Durchführung in Gruppen.
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung.

Antrag

Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich. Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. „Abschlussbericht“ auszusprechen und

der weiterbehandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei berufsbedingten Erkrankungen ist die Unfallversicherung zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der Unfallversicherung in der Regel unbegrenzt.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel 18 Monate, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 36 Monate. Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



Wer hilft weiter?

Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben und die gegebenenfalls auf MS-Patienten spezialisiert sind.

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege der Krankenversicherung oder Medizinischer Reha **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung und Betreuung, **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt

oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Wichtig ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder, nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

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

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstausfalls geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 38).

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

MS kann dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass er den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten ist.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die Gleichstellung erteilt werden. Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von **weniger als 50, aber mindestens 30**, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz er- oder behalten können.

Gleichgestellte haben, wie schwerbehinderte Menschen, einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und **keinen** Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Für die Feststellung des GdB gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Bei Multipler Sklerose ist der GdB vor allem von den zerebralen und spinalen Ausfallserscheinungen abhängig. Ausserdem wird die sich aus dem klinischen Verlauf ergebende Krankheitsaktivität berücksichtigt.

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterecheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Je nach GdB und Merkzeichen werden gegebenenfalls folgende Nachteilsausgleiche gewährt:

- Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub
- Steuerliche Vergünstigungen
- Ermäßigungen bei Öffentlichen Verkehrsmitteln
- Fahrdienste für schwerbehinderte Menschen
- Kraftfahrzeughilfe
- Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung
- Parkerleichterungen
- Erhöhter Freibetrag beim Wohngeld



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause vorübergehend von Fachpersonal versorgt wird. Neben der medizinischen Versorgung kann das auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt des Patienten umfassen.

Die Häusliche Krankenpflege wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege der Pflegeversicherung. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Voraussetzungen

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

- eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit **oder** eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. falls der Arzt Injektionen im nötigen Umfang nicht selbst vornehmen kann (Sicherungspflege) **und**
- keine im Haushalt lebende Person den Patient im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

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

Dauer und Umfang

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

Umfang der Krankenhausvermeidungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Umfang der Sicherungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist
- Hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist

Leistungsinhalte

- **Behandlungspflege** umfasst:
 - medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden,

Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder

- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle.

Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

- **Grundpflege** beinhaltet pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** ist z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.



Praxistipp!

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

Verordnung

Die Verordnung einer Häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt.

Seit 1.1.2016 können auch Krankenhausärzte Häusliche Krankenpflege verschreiben, wenn sie wegen schwerer Krankheit, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer ambulanten Operation nötig ist. Der Krankenhausarzt soll vor der Entlassung den weiterbehandelnden Vertragsarzt darüber informieren.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 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 S. 37.

Sachleistungsprinzip

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

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine etc. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Pflege

MS kann je nach Verlauf zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.



Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

- Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen und
- Menschen, die 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.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 62).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Pflegekasse einlegen.

Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

Für die Module 1 bis 6, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken), ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, eventuell unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernähme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0-100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.



Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > Richtlinien/Publikati-

onen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Diese bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab:

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

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.



Praxistipp!

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. „Änderungsgutachten“) durchgeführt.

Pflegeleistungen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 66) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit

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

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschuss muss zweckmäßig eingesetzt werden, z.B. für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume, die die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen oder Personal- und Sachkosten, die z.B. in Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der ambulanten Wohngruppe stehen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbeitrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige *	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) **je Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

Leistungen bei stationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“

des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele, u.a. zur Ersatzpflege (S. 156-175).

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind in der Regel stark beansprucht. Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige durch verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe S. 69) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**
Pflegerische, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Service > Publikationen >

Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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



Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Dies kann in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht.
- Betreuungsverfügung.
- Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 70) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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

Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.

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

AMSEL, Landesverband e.V.

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

Pro Psychotherapie e.V.

Landwehrstr. 35, 80336 München
Telefon: 089 7299753-6
Fax: 089 7299753-8
E-Mail: psyche@therapie.de
www.therapie.de

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.

Am Karlsbad 15, 10785 Berlin
Telefon: 030 235009-0
Fax: 030 235009-44
E-Mail: bgst@dptv.de
www.dptv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon: 030 4005-0
Fax: 030 4005-1590
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 9724-493
Fax: 0341 9724-599
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de
Info-Telefon Depression: 0800 3344533 (Mo, Di, Do 13–17 Uhr und Mi, Fr 8:30–12:30 Uhr)

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstr. 40, 79104 Freiburg
Telefon: 0761 2000
E-Mail: info@caritas.de
www.caritas.de

pro familia Bundesverband

Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main
Telefon: 069 2695779-0
Fax: 069 2695779-30
E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de

Weitere informative Internetseiten:

www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

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

www.multiple-sklerose-e-v.de

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

www.kabelschaden.de

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

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Max Glaser, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

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.

3. vollständig überarbeitete Auflage, Oktober 2017