

Epilepsie & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

Epilepsie ist eine chronische Erkrankung, bei der durch eine vorübergehende Funktionsstörung der Nervenzellen im Gehirn Anfälle ausgelöst werden können. Die Krankheit erfordert meist eine medikamentöse Therapie. Wenn die Therapie gut greift, können Menschen mit Epilepsie über Jahre anfallsfrei leben.

Epilepsie ist eine Erkrankung mit ganz unterschiedlicher Ausprägung, was sich je nach Alter und Lebensumständen sehr verschieden auswirkt. Das kann bereits in Kindheit und Jugend beginnen, Schule und Berufswahl beeinflussen und über die Jahre immer wieder zu finanziellen, krankensicherungs- und rentenrechtlichen Fragen führen. Speziell hier möchte dieser Ratgeber helfen, indem er das komplizierte Sozialrecht für Betroffene und ihre Angehörigen verständlich erklärt.

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

*Mit herzlichen Grüßen
Ihre betapharm*

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

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

Inhalt

Vorwort	2
Epilepsie	5
Anfallsformen	5
Ursachen	7
Erste Hilfe	8
Hilfsmittel bei Anfällen	9
Behandlung	11
Leben mit Epilepsie	15
Vorsichtsmaßnahmen im Alltag	15
Sport	16
Autofahren	17
Urlaub	20
Beruf	21
Familienplanung	24
Epilepsie bei Kindern	26
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	29
Zuzahlungsregelungen	29
Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze	31
Sonderregelung für chronisch Kranke	34
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	37
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	38
Krankengeld	40
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	47
Rehabilitation	49
Überblick über Reha-Leistungen	49
Kostenträger	50
Medizinische Rehabilitation	52
Anschlussrehabilitation	57
Stufenweise Wiedereingliederung	59
Kinderrehabilitation	61
Berufliche Rehabilitation	63
Übergangsgeld	65
Haushaltshilfe	68
Behinderung	73
Definition	73
Grad der Behinderung	74
Schwerbehindertenausweis	76
Nachteilsausgleiche	77

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	79
Erwerbsminderungsrente	79
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	83
Adressen	87
Anhang	89
Impressum	95

Epilepsie

Epilepsie ist eine vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns mit anfallsartig auftretenden Muskelkrämpfen und Bewusstseinsstörungen. Sie entsteht durch plötzliche elektrische Entladungen von Nervenzellen, die Auswirkungen auf einzelne Hirnregionen oder das gesamte Gehirn haben.

Um eine Epilepsie genau beschreiben zu können, ist es wichtig, zwischen dem Krankheitsbild als solchem (der Epilepsieform) und den Symptomen der Erkrankung (den epileptischen Anfällen) zu unterscheiden.

Der erste Krampfanfall muss nicht mit Epilepsie gleichbedeutend sein. Besonders Auslöser wie Fieberkrämpfe im Kleinkindalter können einen **Gelegenheitsanfall** begünstigen. Dieser verschwindet, sobald die akute Erkrankung abklingt. Nach Angaben der Deutschen Epilepsievereinigung tritt bei etwa 5% der Bevölkerung einmal in ihrem Leben ein epileptischer Anfall auf.

Experten sprechen erst von Epilepsie, wenn jemand ohne ersichtlichen Grund **mindestens 2 epileptische Anfälle im Abstand von mehr als 24 Stunden** aufweist. Außerdem kann ein sog. **Epilepsiesyndrom** vorliegen, wenn sich die Anfallsmerkmale in ein bereits existierendes Krankheitsbild eingliedern lassen.

Anfallsformen

Ein epileptischer Anfall tritt plötzlich auf und klingt in der Regel nach wenigen Sekunden oder Minuten wieder ab. Die Formen unterscheiden sich darin, ob das gesamte Gehirn oder nur einzelne Hirnregionen betroffen sind. Zudem existieren zahlreiche Unterformen. Die Folgen können zwischen einem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust, dem leichten Zucken einer Extremität, bis hin zu einem unkontrollierten Krampfanfall variieren.

Bei einem **generalisierten Anfall** ist das gesamte Gehirn betroffen. Die Symptome dieser Anfallsform charakterisieren den bekannten Epilepsieanfall (früher: Grand mal oder „großer Anfall“): Die Augen sind aufgerissen, der Körper fällt zu Boden, verkrampft und versteift sich (**tonische Phase**) und beginnt daraufhin immer heftiger zu zucken (**klonische Phase**). Gleichzeitig wird der Betroffene bewusstlos. Damit einhergehen können bläuliche Hautverfärbungen, Einnässen und Speichelaustritt sowie Bissverletzungen an der Zunge. Viele Patienten brauchen nach einem Anfall eine längere Erholungszeit oder Schlaf und klagen über Gedächtnislücken.

Generalisierter Anfall

Eine sehr milde Form des generalisierten Anfalls ist die sog. Absence (früher: Petit mal oder „kleiner Anfall“), die meist nur wenige Sekunden anhält und oft als „Verträumtheit“ oder „Aussetzer“ verkannt wird. Der Betroffene erlebt eine kurze Bewusstseinspause und hält inne in dem, was er gerade tut. Manchmal kommt es zu leichten Zuckungen der Augenlider. Stürze und ausgeprägte Krämpfe kommen nicht vor. Die Absence kommt in verschiedenen Formen sehr häufig bei Kindern und Jugendlichen vor. Es existiert jedoch im Kinder- und Jugendalter eine große Spannbreite von Anfallsarten.

Fokaler Anfall

Diese Anfallsform ist **lokalisationsbezogen**, d. h. sie betrifft nur bestimmte Teile des Gehirns. Die Art des Anfalls hängt davon ab, welches Hirnareal betroffen ist. Es können **motorische Symptome** auftreten, welche sich in eigenartigen und unangemessenen Verhaltensweisen, wie z. B. Schmatzen, Kauen, Zupfen an der Kleidung, Brummen oder bestimmten Gesichtsausdrücken, zeigen. Ebenfalls sind **sensorische Symptome** möglich, die optische oder akustische Halluzinationen oder Missempfindungen wie Kälte- oder Wärmegefühle verursachen. Es ist auch möglich, dass sich ein fokaler Anfall im weiteren Verlauf zu einem generalisierten Anfall entwickelt und eine tonische oder klonische Phase hinzukommen kann.

Auren

Ähnlich wie bei einer Migräne kann es vorkommen, dass eine **Aura** durch Kopfschmerzen oder emotionale Anspannung einen Anfall ankündigt. Eine Aura kann aber auch eine **eigene Form** des Anfalls sein, die mit einer verzerrter Wahrnehmung (z. B. sensorische Halluzinationen) sowie psychischen Symptomen (z. B. Angst, Depression) oder unangenehmen körperlichen Gefühlen einhergeht.

Status epilepticus

Dabei handelt es sich um eine Serie von epileptischen Anfällen, die so kurz hintereinander auftreten, dass der Betroffene sich nicht davon erholen kann und auch das Bewusstsein nicht wiedererlangt. Hält die Serie **länger als 5 Minuten** an, spricht man vom **Status epilepticus**. Dieser kann **lebensbedrohlich** sein und muss sofort medikamentös behandelt werden. Der Status epilepticus kann bei allen Anfallsformen auftreten.

Ursachen

Viele Aspekte der Erkrankung können bis heute nicht erklärt werden, jedoch gibt es verschiedenste Ursachen und Risikofaktoren, die zu einem Anfall führen können.

In der Fachliteratur werden unterschiedliche Klassifikationen der Ursachen und Risikofaktoren für einen epileptischen Anfall benannt.

Es kann auch vorkommen, dass sich die einzelnen Faktoren gegenseitig bedingen und einen Anfall auslösen:

- **Genetisch (idiopathisch)**

Die Anfallsbereitschaft ist individuell unterschiedlich und angeboren. Es bestehen keine Hinweise auf die Ursache.

- **Strukturell (symptomatisch)**

Dem epileptischen Anfall kann eine konkrete Ursache zugeschrieben werden, z. B.:

- Schädel-Hirn-Trauma (z. B. bei Sportunfällen)
- Tumor
- Gehirnentzündung, Hirnhautentzündung
- Sauerstoffmangel und Fehlbildung des Gehirns während der Geburt
- Durchblutungsstörung (z. B. bei einem Schlaganfall)
- Stoffwechselstörung des Gehirns
- Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten
- Schlafentzug
- Akute allgemeine Krankheitszustände (z.B. Unterzucker, Nierenversagen, Schilddrüsenerkrankungen, Fieber)

- **Ungeklärte Ursache (kryptogen)**

Es findet sich keine Ursache der Erkrankung aber es existieren deutliche Hinweise für den Auslöser des Anfalls (z. B. der übermäßiger Konsum von Videospiele ohne Pausen).



Praxistipp!

Die Klinik für Epileptologie der Universität Bonn bietet Patientenbroschüren zur Erkrankung unter <http://epileptologie-bonn.de> > Patienten > Patientenbroschüren an.

Erste Hilfe

Wie man sich bei einem Anfall verhalten sollte ist in jedem Stadium eines epileptischen Anfalls unterschiedlich.

Verschiedene Hinweise und Verhaltensregeln können Beteiligte dabei unterstützen, effektiv Erste Hilfe zu leisten.

- **Beginnender Anfall**

- Betroffenen auf den Boden legen (ggf. Brille abnehmen).
- Kissen oder Kleidungsstück unter den Kopf legen.
- Alle Gegenstände, die den Betroffenen während des Anfalls verletzen könnten, entfernen. Da es während des Anfalls zu heftigen Zuckungen und Verkrampfungen kommen kann, alle scharfkantigen Gegenstände außer Reichweite bringen.
- Enge Kleidungsstücke, insbesondere am Hals, möglichst lockern.

- **Während des Anfalls**

- Auf keinen Fall Arme und Beine festhalten.
- Keinen Keil zwischen die Zähne schieben, um einer Zungen- oder Bissverletzung vorzubeugen.
- Nicht versuchen, den Verlauf des Anfalls zu beeinflussen oder zu unterbrechen. Das bedeutet auf keinen Fall versuchen verkrampfte Fäuste zu öffnen.
- Außenstehende sollten Ruhe bewahren.
- Dauer und Begleiterscheinungen des Anfalls beobachten.
- Dauert der Anfall länger als 5 Minuten **sofort** den Notarzt rufen!

- **Nach dem Anfall**

- Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen, da es oft zu erhöhtem Speichelfluss kommt.
- Atemwege freihalten.
- Auf einen Anfall folgt bei manchen Betroffenen eine kurze Schlaf- bzw. Erholungsphase. Währenddessen sollte man den Betroffenen nicht wecken, sondern ihn vor Unterkühlung schützen.
- Unbedingt beim Betroffenen bleiben, bis er wieder vollständig orientiert ist. Dies ist durch einfache Fragen wie „Wie heißt du? Wo bist du? Welcher Tag ist heute?“ herauszufinden.
- **Wichtig** ist auch die Dokumentation jedes Anfalls, besonders für den behandelnden Arzt, denn nur mit genauen Angaben über Zeitpunkt, Dauer und Art der Anfälle ist eine medikamentöse Einstellung möglich. Es kann auch sinnvoll sein, das Gesicht des Betroffenen während des Anfalls zu fotografieren. Besonders die Augen liefern wichtige Hinweise: Sind die Augen zu Beginn eines Anfalls geschlossen, stehen die Chancen gut, dass es sich nicht um einen epileptischen Anfall handelt.

Hilfsmittel bei Anfällen

Zur Unterstützung bei einem Anfall und zur sicheren Betreuung eines Epilepsie-Patienten stehen verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung.

Signalgeräte können Epilepsie-Patienten helfen, die vor allem nachts Anfälle haben. Dabei wird ein Sensor an der Matratze montiert. Die Sensoren unterscheiden normale Schlafbewegungen von einem Anfall mit Krämpfen. Bei einem Anfall löst das Gerät einen Alarm aus, z. B. im Elternschlafzimmer, beim Partner, anderen Angehörigen oder in einer Notrufzentrale. So kann im Notfall schnell gehandelt werden. Der Anfall wird zudem aufgezeichnet und mit Dauer und Stärke dokumentiert. Das bietet dem Arzt wichtige Informationen für die Behandlung.

Signalgeräte für epileptische Anfälle können vom Arzt verordnet und von der gesetzlichen Krankenversicherung als Hilfsmittel übernommen werden. Im Hilfsmittelkatalog haben sie die Pos.-Nr. 21.46.01. und laufen unter „Geräte mit Bettsensor“. Den Hilfsmittelkatalog können unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> eingesehen werden. Der Patient muss eine Zuzahlung leisten, siehe S. 29.

Sturzmelder können Patienten helfen, die bei Anfällen das Bewusstsein verlieren und stürzen. Das Gerät reagiert, wenn der Träger unbeweglich liegt und löst einen Alarm aus, wenn nach einer bestimmten Zeit keine Reaktion erfolgt.

Dieses zweistufige System verhindert, wie bei den Signalgeräten, Fehlalarme. Zudem kann ein Patient selbst einen Alarm auslösen, wenn er zwar bei Bewusstsein ist, aber Hilfe braucht.

Voraussetzung ist der Besitz eines **Hausnotrufgerätes**, damit ein Alarm an Angehörige oder eine Notrufzentrale absetzt werden kann. Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Bei einer Pflegeeinstufung gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) einen Zuschuss für die Anschlussgebühr von maximal 10,49 € sowie maximal 23 € für die monatlichen Gebühren. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Im Gegensatz zu anderen Führ- oder Servicehunden wachsen künftige **Epilepsiehunde** meist bei ihrem Patienten auf und werden dort ausgebildet. Grund ist, dass sie diesen sehr genau kennenlernen müssen, um Veränderungen vor dem Anfall zu erkennen. Krankenkassen übernehmen die Kosten für Epilepsiehunde in der Regel nicht.

Signalgeräte

Sturzmelder

Epilepsiehunde

Es gibt 2 Arten von Epilepsiehunden:

- **Warnhunde** haben die angeborene Fähigkeit, einen kommenden Anfall zu spüren und warnen dann den Betroffenen, sodass dieser Zeit hat sich vor Verletzungen zu schützen. Die Warnung erfolgt in der Regel durch Anstupsen oder Auflegen der Pfote.
- **Anzeigehunde** lernen, einen tatsächlichen Anfall zu erkennen und dann in vorher geübter Art und Weise zu helfen, z. B. einen Alarm auszulösen, andere Menschen auf die Notsituation aufmerksam zu machen, Notfallmedikamente zu bringen oder gefährliche Gegenstände zu entfernen.



Praxistipp!

Umfangreiche Informationen und Kontakte zu Assistenzhundtrainern bietet das Assistenzhund-Zentrum für Epilepsie unter www.assistenzhunde-zentrum.de > *Assistenzhunde* > *Epilepsiewarnhund*.

Behandlung

Es gibt verschiedene Formen der Epilepsie, entsprechend unterschiedlich ist die Behandlung. Wichtig ist daher eine genaue Bestimmung des vorliegenden Anfallstyps, denn Epilepsie ist behandelbar und wenn die Ursache bekannt ist kann sie möglicherweise geheilt werden.

Ein einziger epileptischer Anfall gibt noch keinen Anlass für eine Behandlung. Wenn die Anfälle jedoch häufiger auftreten, sollte mit der Therapie begonnen werden.

Die meisten Patienten werden mit sog. Antiepileptika (Antikonvulsiva) behandelt. Wenn die **medikamentöse** Einstellung gut gelingt, können Anfälle deutlich reduziert werden oder ganz ausbleiben. Dies hängt davon ab, ob die Ursache der Erkrankung bekannt ist (z. B. eine Hirnhautentzündung, die wieder abheilt). Die Medikamente wirken symptomatisch und können nur das Risiko von Krampfanfällen senken – die Epilepsie selber ist durch das Medikament nicht heilbar.

Viele Antiepileptika haben mehr oder weniger starke Nebenwirkungen. Bei der Einstellung auf ein Medikament geht es deshalb auch oft darum, zwischen positiven Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen abzuwägen. Dies sollte immer in enger Absprache zwischen Arzt und Patient erfolgen.

Bei einer medikamentösen Behandlung müssen die Antiepileptika/Antikonvulsiva regelmäßig eingenommen werden und dürfen, selbst nach einer langen anfallsfreien Zeit, **nur in Absprache mit dem Arzt** abgesetzt werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Anfälle nach einigen Monaten oder Jahren wiederkommen. Bei bleibenden Hirnschäden ist eine lebenslange Medikamenteneinnahme wahrscheinlich.

Erwachsene Patienten müssen für viele Medikamente Zuzahlungen leisten. Details, auch zur Zuzahlungsbefreiung, ab S. 29.

Wenn alle konservativen Behandlungsansätze auch nach wiederholten Versuchen versagen und der Patient weiterhin epileptische Anfälle hat, die seine Lebensqualität deutlich einschränken, kann über eine **Operation** (Epilepsiechirurgie) nachgedacht werden. Die Entscheidung für eine Operation ist sehr komplex und sollte in enger Absprache zwischen dem Patienten und dem behandelnden Ärzten gefällt werden.

Abhängig von der betroffenen Hirnregion sind folgende Operationsmethoden möglich:

- **Resektive Verfahren**

Die betroffenen Hirnabschnitte werden komplett entfernt. Dies ist nur möglich, wenn der Anfallsort genau bestimmt werden kann, ohne dabei wichtige Funktionen zu beeinträchtigen. In vielen Fällen führt dieses Verfahren zur Anfallsfreiheit.

Medikamentöse Behandlung

Operationen

- **Nicht-resektive Verfahren**

Bestimmte Hirnverbindungen werden durchtrennt, um einen Anfall im Gehirn zu unterbrechen. Diese nicht strukturentfernenden Verfahren können zwar keine Heilung, jedoch eine Verringerung der auftretenden Anfälle bewirken (palliatives Verfahren).

- **Vagusnerv-Stimulation**

Bei einer Operation wird eine Elektrode in Höhe des Schlüsselbeins eingesetzt und an den Vagusnerv angelegt. Die Elektrode gibt regelmäßige Stromimpulse an den Nerv (ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher). Dieses Verfahren kann die Anfallshäufigkeit bei einem Patienten reduzieren. Die Impulsstärke und -häufigkeit kann von außen mit einem Sender reguliert werden. Manche Patienten, die einen kommenden Anfall spüren, können diesen unter Umständen auch noch unterbrechen.

- **Tiefe Hirnstimulation**

Neueres Verfahren, bei dem Elektroden ins Gehirn implantiert werden, um bestimmte Bereiche elektrisch zu stimulieren. Dadurch kann eine Verminderung der Anfallsaktivität erzielt werden.

 **Praxistipp!**

Eine Operation sollte nur von zertifizierten Epilepsiechirurgischen Zentren durchgeführt werden. Adressen können unter www.izepilepsie.de > *Informationspool Epilepsie* > *Adressen & Links* > *Epilepsie-Zentren* gefunden werden.

Komplementäre Verfahren

Verschiedene weitere Behandlungsansätze wie Ernährungsumstellung, Homöopathie, Akupunktur oder Lichttherapie können die Epilepsie-Therapie ergänzen, aber nicht ersetzen. Die Wirksamkeit einiger dieser Methoden ist nicht bewiesen. Wenn Patienten sich dafür entscheiden, sollte dies immer mit dem behandelnden Facharzt abgestimmt werden.

Ergänzende Behandlungsformen können beispielsweise sein:

- **Ketogene Diät**

Die ketogene Diät ist eine Ernährung mit wenig Kohlenhydraten und viel Fett. Sie kann bei manchen Kindern helfen, die auf andere Behandlungsversuche nicht ansprechen und bei denen eine Operation nicht möglich ist. Eine ketogene Diät ist komplex und aufwendig und muss in enger Absprache mit einem Arzt und Ernährungsberater individuell berechnet, durchgeführt und kontrolliert werden.

- **Biofeedback**

Die EEG-Biofeedback-Methode zielt darauf ab, dass Patienten ihre Hirnströme sichtbar gemacht werden und dass sie erlernen, diese willentlich zu beeinflussen. Das Erlernen der Methode ist komplex und gelingt nur etwa der Hälfte der Patienten.

- **Anfallsselbstkontrolle**

Da ein Anfall häufig erst durch ein Zusammentreffen verschiedener Faktoren, z. B. bestimmten Schlafgewohnheiten oder Stress, ausgelöst wird, kann eine sorgfältige Beobachtung und Dokumentation dazu beitragen, Anfälle zu vermeiden. Dadurch kann herausgefunden werden, ob Anfälle besonders häufig in Entspannungsphasen oder in Anspannungsphasen und Stress-situationen auftreten oder ob sie sich kurze Zeit vorher durch eine Aura ankündigen. Ein Informationsblatt der Deutschen Epilepsievereinigung über die Anfallsselbstkontrolle kann unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Epilepsie* > *Diagnostik und Behandlung* > *Anfallsselbstkontrolle* heruntergeladen werden.

- **Psychotherapie**

Epileptische Anfälle gehen häufig einher mit Depressionen oder Angststörungen. In der Regel sind diese Belastungen psychotherapeutisch gut behandelbar. Wenn man in absehbarer Zeit keinen Termin bei einem Psychotherapeuten erhält, kann man sich an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wenden. Dort erhält man innerhalb von 4 Wochen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde in zumutbarer Entfernung. Dabei wird geklärt, ob anschließend eine Psychotherapie durchgeführt werden sollte. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht und es ist nicht garantiert, dass im Anschluss an die Sprechstunde übergangslos eine Psychotherapie erfolgen kann. Die Terminservicestelle ist unter der bundeseinheitlichen Telefonnummer 116117 erreichbar. Weitere Informationen zur Psychotherapie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Psychotherapie“*.

Psychoedukationen sind Patientenschulungen, die Betroffenen helfen sollen ihre Krankheit zu verstehen, um mit den Einschränkungen im Alltag besser zurechtzukommen. Informationen über Diagnoseverfahren, Therapiemöglichkeiten, Hilfe zur Selbsthilfe, Anfallsvermeidung durch Selbstkontrolle, Umgang mit der Angst vor einem Anfall und Reaktionen aus dem Umfeld sind deshalb wichtige Bestandteile einer Psychoedukation für Epilepsie-Patienten. Sie orientiert sich an der individuellen Erkrankungsform, den Belastungen, den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation.

Psychoedukationen können während eines stationären Aufenthalts (z. B. in einem Epilepsie-Zentrum) oder außerhalb einer Klinik stattfinden. Stationär entstehen dem Patienten keine Kosten, auch im ambulanten Bereich werden die Kosten in vielen Fällen von der Krankenkasse übernommen.

Psychoedukation

Praxistipps!

- Es gibt mehrere Anbieter von Patientenschulungen: Ein Konzept ist die **MOSES-Schulung** für Patienten ab 16 Jahren und deren Angehörige, analog dazu gibt es die **Familienschulung famoses** für Patienten zwischen 7 und 12 Jahren. Informationen unter www.moses-schulung.de und www.famoses.de.
- Für Epilepsiepatienten, die zusätzlich eine Lernschwäche oder geistige Behinderung haben, gibt es die **PEPE-Schulung**. Informationen unter www.bethel-regional.de/psycho-edukatives-programm-epilepsie.html.

Selbsthilfegruppen

Manchen Betroffenen helfen auch Unterstützung und Austausch in einer **Selbsthilfegruppe**. Die Deutsche Epilepsievereinigung unterstützt Betroffene bei der Suche nach einer Gruppe in Wohnortnähe.

Die Deutsche Epilepsievereinigung ist unter www.epilepsie-vereinigung.de oder Telefon 030 3424414 zu erreichen.

Praxistipp!

Die Klinik für Epileptologie der Universität Bonn bietet Patientenbroschüren zur Erkrankung unter <http://epileptologie-bonn.de> > *Epilepsie* > *Patientenbroschüren* an.

Leben mit Epilepsie

Die Auswirkungen von Epilepsie auf das Leben des Betroffenen hängen stark von der Art, Häufigkeit und Schwere der Anfälle ab. Die meisten Menschen können ein ganz normales Leben führen, wenn sie einige Hinweise beachten.

Eine gute Anlaufstelle für Fragen rund um das Leben mit Epilepsie sind die sog. Epilepsie-Ambulanzen. Das sind regionale Spezialeinrichtungen, die neben Diagnose und Therapie auch Beratungen zu psychosozialen und sozialrechtlichen Themen durchführen, die bei Epilepsie von Bedeutung sind.

Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie bietet eine Übersicht aller Epilepsie-Ambulanzen unter www.dgfe.info > *Informationspool Epilepsie* > *Adressen & Links* > *Ambulanzen*.

Vorsichtsmaßnahmen im Alltag

Ein epileptischer Anfall kann Betroffene in gefährliche Situationen bringen. Folgende Hinweise können dabei helfen, das Verletzungsrisiko im Alltag zu reduzieren:

- Die häufigsten Todesfälle bei Epilepsie geschehen durch Ertrinken. Daher wird Betroffenen geraten nur unter Aufsicht zu baden und zur eigenen Sicherheit lieber zu duschen.
- Bei Rauchern besteht bei einem Anfall Brandgefahr. Daher am besten nicht oder nur in der Nähe von anderen Menschen rauchen.
- Wegen Sturzgefahr beim Schlafen ein niedriges Bettgestell wählen.
- Scharfe Kanten und Gegenstände in der Wohnung sichern bzw. entfernen.
- Nur die hinteren Herdplatten beim Kochen verwenden, um das Verbrennungsrisiko zu minimieren.
- Kurze Wege beim Transportieren von Gegenständen oder heißen Speisen.
- Sicherheitsabstand zu Straßen, offenen Feuerstellen und Gewässern einhalten.
- Alkohol nur in geringen Mengen und nicht regelmäßig konsumieren.
- Auf einen konstanten Schlafrhythmus und individuelle Auslösefaktoren achten, starke Belastungen vermeiden.
- Einen **Anfallskalender** verwenden, um auf zukünftige Anfälle auch unterwegs besser vorbereitet zu sein. Ein solcher Kalender kann unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Suchbegriff: „Anfallskalender“* heruntergeladen werden.

Sport

Sport ist gesund – auch für Epilepsie-Patienten. Meiden sollten sie jedoch Sportarten, die im Falle eines Anfalls zu Unfällen führen können, also schnelle Sportarten, Sportarten mit Absturzgefahr und Sport im Wasser. Vermehrtes Atmen und Schwitzen bei sportlicher Betätigung löst keine Anfälle aus. Anfallsfördernde Faktoren können jedoch Überhitzung, Unterzuckerung oder Flüssigkeitsmangel sein.

Wer zu Anfällen neigt, sollte seine Teamkameraden und Trainer über seine Erkrankung informieren. Zum einen, um sie auf einen Ernstfall so vorzubereiten, dass sie adäquat reagieren können und evtl. Erste Hilfe leisten können. Zum anderen, damit durch einen Anfall andere nicht gefährdet werden.

Ungeeignete Sportarten

Die Gefahr beim Sport geht vom akuten Anfall aus. Deshalb gibt es einige Sportarten, die für Menschen, die häufige oder nicht einschätzbare Anfälle haben, **nicht geeignet** sind.

Die Faustregel lautet:

„Nicht zu schnell, nicht zu hoch und nicht ins Wasser.“

- **Nicht zu schnell!**

Rennsportarten wie Fahrrad- oder Autorennen sind riskant und sollten vermieden werden. Dagegen kann ein Betroffener kontrolliert Fahrrad- und Skifahren, sollte aber unbedingt einen Helm tragen.

- **Nicht zu hoch!**

Sportarten in großer Höhe mit Absturzgefahr sind zu meiden, z. B. Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Klettern, Sportfliegen. Auch beim Reiten kann ein Sturz sehr gefährlich werden. In jedem Fall ist, wie bei gesunden Reitern auch, das Tragen eines Schutzhelms notwendig.

- **Nicht ins Wasser!**

Bedenklich ist Wassersport (Schwimmen, Surfen, Tauchen), da ein Anfall im Wasser lebensgefährlich sein kann, wenn nicht neben dem Betroffenen eine Begleitperson schwimmt, die ihn im Ernstfall vor dem Ertrinken retten kann. Beim Rudern oder Segeln ist eine Schwimmweste wichtig.

Schutzmaßnahmen

Grundsätzlich sollten Sportler mit Epilepsie Sport in Begleitung und unter Anwendung der auch für Gesunde üblichen Schutzmaßnahmen (Helme, Schwimmwesten) ausüben. Außerdem ist es für Brillenträger ratsam, während des Sports Kontaktlinsen oder Sehhilfen mit Kunststoffgläsern zu tragen, damit bei einem Sturz keine zusätzliche Gefahr durch Glassplitter besteht.

Praxistipp!

Die Stiftung Michael gibt die Broschüre „Sport bei Epilepsie“ heraus, die Epilepsie-Patienten bei der Wahl einer geeigneten Sportart unterstützt. Kostenloser Download unter www.stiftungmichael.de > *Information* > *Publikationen* > *Informationen zu Epilepsie*.

Autofahren

Mobilität ist für die meisten Menschen sehr wichtig und das Autofahren oft Bestandteil des Berufs- und Privatlebens. Die Diagnose Epilepsie bedeutet nicht automatisch den Verzicht auf das eigenständige Autofahren. Dennoch kann ein epileptischer Anfall am Steuer schwerwiegende Folgen haben, weshalb die Fahrtüchtigkeit bei Betroffenen eingeschränkt sein kann.

Ob eine Fahrerlaubnis erteilt wird, hängt von mehreren Faktoren ab.

Wichtig ist, ob es sich um einen einmaligen Anfall, eine behandelbare Epilepsie oder um eine langjährig therapieresistente Epilepsie handelt. Entscheidend sind der Anfallstyp (mit oder ohne Bewusstseinsstörung, wann die Anfälle auftreten – tagsüber, nachts) und die Behandlung mit Medikamenten. Eine Fahrerlaubnis kann **nicht** erteilt werden, wenn Anfälle nicht durch Medikamente vermieden werden und daher jederzeit auftreten können.

In den „**Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung**“ sind genaue Bestimmungen für die Fahrerlaubnis von Epilepsie-Patienten aufgeführt. Diese Leitlinien können bei der Bundesanstalt für Straßenwesen unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* eingesehen werden. Die Bestimmungen bei Epilepsie sind in Kapitel 3.9.6 ab S. 31 aufgeführt.

**Begutachtungsleitlinien
zur Kraftfahreignung**

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in zwei Gruppen unterteilt:

- **Gruppe 1** umfasst die Klassen A, A1, B, BE, M, L und T.
Darunter fallen z.B. Mopeds, Kraft- und Leichtkrafträder, Kraftfahrzeuge, land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen. Es handelt sich um Fahrzeuge bis 3,5 Tonnen und Motorräder.
- **Gruppe 2** umfasst die Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE und D1E.
Das sind beispielsweise Lastkraftwagen und Busse sowie die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen. Für eine Fahrerlaubnis der Gruppe 2 bestehen schärfere Bestimmungen als für Gruppe 1.

Wer unter epileptischen Anfällen leidet, ist in der Regel nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug der Gruppe 1 zu führen, solange ein wesentliches Risiko für ein Anfallsrezidiv besteht.

Ausnahmen:

- Die fachneurologische Abklärung hat nach einem unprovokierten erstmaligen Anfall keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko ergeben. Die Fahreignung ist dann nach einer anfallsfreien Beobachtungszeit von **6 Monaten** wieder gegeben.
- Der Anfall war an bestimmte Bedingungen geknüpft, z. B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (hohes Fieber), und es wurde der Nachweis erbracht, dass diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind: nach einer Beobachtungszeit von **3 Monaten**. Dieser Nachweis muss auch eine idiopathische Disposition zu Epilepsie mittels EEG ausschließen.
- Der Anfall ereignete sich in der 1. Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einer neurochirurgischen Operation: nach einer Beobachtungszeit von **3 Monaten**.
- Bei Epilepsien, wenn mindestens **1 Jahr Anfallsfreiheit** vorliegt. Nach einer Epilepsie-Operation sind zusätzlich operationsbedingte Funktionsstörungen zu beachten, die die Kraftfahreignung beeinträchtigen können.
- Bei fortdauernden Anfällen, wenn diese **ausschließlich an den Schlaf** gebunden sind: nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit.
- Bei fortdauernden Anfällen, wenn es sich um **einfache fokale** Anfälle handelt, die keine Bewusstseinsstörung und keine motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen eines Fahrzeugs zur Folge haben und bei denen nach mindestens einjähriger Beobachtungszeit keine fahrrelevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik und kein Übergang zu komplex-fokalen oder sekundär generalisierten Anfällen erkennbar wurden. Dies muss durch Fremdbeobachtung gesichert sein.
- Im Falle eines „sporadischen“ Anfalls oder mehrerer Anfälle innerhalb von 24 Stunden nach langjähriger Anfallsfreiheit genügt in der Regel eine Fahrunterbrechung von 6 Monaten, wenn die fachneurologische Abklärung **kein erhöhtes Unfallrisiko** ergibt. Wenn nach einem sporadischen Anfall der Provokationsfaktor bekannt und vermeidbar ist, kann eine Fahrpause von 3 Monaten genügen. Ergibt sich ein erhöhtes Rückfallrisiko, erhöht sich die Fahrpause auf 1 Jahr.
- Bei Beendigung einer Therapie mit Antiepileptika ist für die Dauer der Reduzierung und des **Absetzens des letzten Arzneimittels** sowie für die ersten 3 Monate keine Kraftfahreignung gegeben. Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich, z.B. bei insgesamt wenigen Anfällen, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rückfallrisiko, erfolgreicher epilepsiechirurgischer Behandlung.

Generell gilt, dass eine Fahreignung nur erteilt wird, wenn der Betroffene **keine Antiepileptika** einnimmt.

Ausnahmen:

- Nach einem erstmaligen Anfall im Erwachsenenalter ohne Anfallsauslöser und ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie oder eine andere hirnorganische Erkrankung ist eine anfallsfreie Zeit von **2 Jahren** abzuwarten.
- Nach einem erstmaligen Anfall, der an bestimmte Gegebenheiten geknüpft war (z. B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankung), reicht eine anfallsfreie Beobachtungszeit von **6 Monaten**. Dabei muss eine idiopathische Disposition zu Epilepsie mittels EEG ausgeschlossen werden.
- Bei epileptischen Anfällen in der 1. Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff nach einer anfallsfreien Zeit von **6 Monaten**.
- Bei Epilepsien eine **5-jährige**, durch fachneurologische Kontrolle nachgewiesene Anfallsfreiheit ohne epileptische Behandlung.



Wer hilft weiter?

- Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU) durchführen.
- Zur persönlichen Beratung kann man sich auch an einen Verkehrspsychologen wenden. Adressen und Informationen findet man beim Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen unter www.bnv.de oder beim *Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Verkehrspsychologie*, unter www.bdp-verkehr.de > *Verband* > *Sektionen* > *Verkehrspsychologie*.

Urlaub

Epilepsie-Patienten sollten ihren Urlaub sorgfältig planen. Die Vorsichtsmaßnahmen und Beschränkungen auf Reisen richten sich nach der Art der Anfälle bzw. nach den Anfallsauslösern.

Patienten mit Epilepsie sollten für ihre Urlaubsplanung folgende Hinweise beachten:

- Je nach Epilepsieform können Stress, ungewohnte Belastungen, zu wenig Schlaf (z. B. durch nächtliche Autofahrten), Alkohol, Langstreckenflüge oder Zeitverschiebung (und eine damit einhergehende unregelmäßige Medikamenteneinnahme) Anfälle auslösen. Betroffene sollten ihr Urlaubsziel und ihre Urlaubsart entsprechend sorgfältig auswählen und auch im Urlaub **Anfallsauslöser meiden**. Das gilt auch für Kinder.
- **Wichtig** ist, **ausreichend Medikamente** in den Urlaub mitzunehmen. Bei Flügen und Ausflügen ist es ratsam, reichlich Medikamente im Handgepäck mitzuführen, falls das Gepäck verloren geht oder sonstige Verzögerungen eintreten.
- Haben Patienten viele Anfälle und ist auch während einer langen Flugreise damit zu rechnen, sollte im Vorfeld der Reise und des Flugs mit dem behandelnden Arzt über eine **höhere Dosierung der Medikamente** gesprochen werden. Dabei sollte auch abgeklärt werden, wie die Medikamenteneinnahme an eine mögliche Zeitverschiebung angepasst wird.
- **Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe** müssen unbedingt rechtzeitig mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, da manche das Anfallsrisiko erhöhen können, andere die Wirksamkeit der Epilepsiemedikamente verringern.
- Manche Fluggesellschaften verlangen ein ärztliches Attest oder eine **Flugtauglichkeitsbescheinigung**. Darüber sollte man sich vor Flugbuchung informieren.
- Vor einer Reise ist der **Krankenversicherungsschutz im Ausland** zu klären. Auskunft gibt die Krankenkasse bzw. private Krankenversicherung. Je nach Anfallsart und -häufigkeit ist der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung zu überlegen.
- Am Urlaubsort können Alleinreisende, wenn sie das aufgrund von häufigen und großen Anfällen für nötig halten, das Hotelpersonal oder andere Gäste **über ihre Erkrankung informieren**. Sonst kann es passieren, dass bei einem Anfall sofort der Notarzt gerufen wird.
- Im Ausland sollten Patienten auf **Nahrungsmittel und Trinkwasser** achten, da Durchfälle die Aufnahme von anfallsvorbeugenden Medikamenten erschweren und zudem Anfälle begünstigen können.

Patienten sollten den **Internationalen Epilepsie Notfallausweis (IENA)** mit sich führen. Dieser wurde von der Interessenvereinigung für Anfalls Kranke in Köln (IfA Köln), dem Verein zur Hilfe Epileptiker und Epileptikerinnen entwickelt. Es handelt sich dabei nicht um einen amtlichen Ausweis, sondern um ein **freiwillig mitgeführtes Dokument**, das aber bei einem Anfall, einem Unfall oder einer plötzlichen schweren Erkrankung lebenswichtig sein kann.

In diesen Ausweis werden folgende Informationen eingetragen:

- Persönliche Daten
- Krankheitsbild, Behandlungsmaßnahmen im Notfall (am besten vom Arzt eintragen lassen)
- Medikamente, Dosierung und Zeitraum der Einnahme bzgl. der Epilepsie
- Andere Medikamente, die eingenommen werden
- Medikamentenunverträglichkeiten



Praxistipp!

Nähere Informationen zum Internationalen Epilepsie Notfallausweis finden man unter www.epilepsie-online.de > *Mitmachen* > *Der Internationale Epilepsie Notfallausweis (IENA)*. Dort kann der Ausweis sowie bei der Deutschen Epilepsievereinigung unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Informations-Pool* > *Internationaler Notfallausweis* bestellt werden.

Beruf

Menschen mit medikamentös gut eingestellter Epilepsie sind in der Regel nicht häufiger krankgeschrieben als der Arbeitnehmerdurchschnitt und sind auch in ihrer Leistungsfähigkeit kaum eingeschränkt. Betroffene Arbeitnehmer müssen ihrem Arbeitgeber ihre Erkrankung auch nur dann mitteilen, wenn bei einem epileptischen Anfall ein Risiko für eine Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen würde.

Bei der **Berufswahl** sollten sich junge Menschen mit Epilepsie frühzeitig beraten lassen. Dabei sollten persönliche Wünsche, die eigene Leistungsfähigkeit sowie die Einschränkungen, die eine Epilepsie mit sich bringen kann, berücksichtigt werden. Nicht immer kann der Wunschberuf erlernt werden, weil z. B. von einer Eigen- oder Fremdgefährdung auszugehen ist. Häufig sind die Berufswünsche jedoch realisierbar oder es finden sich verwandte Berufe, die nur weniger bekannt sind.

Eigengefährdung

Eine **Eigengefährdung** besteht z.B. durch die Gefahr mit gesundheitsschädlichen elektrischen Spannungen, infektiösen oder toxischen Stoffen in Berührung zu kommen. Zudem bestehen Gefährdungen durch ungeschützte bewegte Maschinenteile, Absturzmöglichkeiten, Arbeit in engen Räumen oder Alleinarbeit.

Fremdgefährdung

Fremdgefährdung ist z.B. gegeben bei anfallsbedingter Unterbrechung der Aufsicht von Minderjährigen bzw. Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen im Bereich sozialpflegerischer oder pädagogischer Berufe.

Maßnahmen und Hilfen bei Einschränkungen im Beruf

Tritt Epilepsie erst nach der Berufsausbildung auf und kann der Betroffene deshalb seine Tätigkeit trotz Behandlung nicht mehr ausüben, muss geprüft werden, welche Alternativen in Frage kommen.

Möglicherweise ist eine Weiterbeschäftigung im selben Unternehmen möglich, z. B. durch:

- Anpassung des Arbeitsplatzes, z. B. indem Gegenstände, die bei einem Anfall zu Verletzungen führen könnten, vom Arbeitsplatz entfernt werden, durch Schutzvorrichtungen an Maschinen oder durch Schaffung eines Rückzugsraums, in den sich der Mitarbeiter zurückziehen kann, wenn er spürt, dass ein Anfall auftritt.
- Wechsel an einen Arbeitsplatz, an dem weiterhin die Erfahrungen und Qualifikationen des Arbeitnehmers genutzt werden können, an dem eine Eigen- oder Fremdgefährdung aber ausgeschlossen ist, z. B. Wechsel von der Montage zur telefonischen Service-Hotline.
- Interne und externe Weiterbildung und Wechsel zu einem anderen Aufgabenbereich.

Kosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, können unter Umständen im Rahmen der Leistungen zur Berufliche Reha (siehe S. 63) von verschiedenen Kostenträgern übernommen werden.

Gefährdungsrisiko

Der Ausschuss Arbeitsmedizin der Gesetzlichen Unfallversicherung hat im Januar 2015 die DGUV Information 250-001 „Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall“ herausgegeben.

Darin wird davon ausgegangen, dass bei Menschen mit Epilepsie grundsätzlich keine Bedenken bestehen, wenn sie als langfristig oder teilweise auch mittelfristig anfallsfrei gelten:

- Als **langfristig anfallsfrei** gilt, wer mindestens 5 Jahre ohne antiepileptische Therapie keine Anfälle hat.

- Als **mittelfristig anfallsfrei** gilt, wer
 - nach operativer oder medikamentöser Behandlung mindestens 1 Jahr anfallsfrei ist (in besonderen Fällen erst nach 2 Jahren Anfallsfreiheit).
 - mindestens 3 Jahre lang Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf heraus hat.
 - mindestens 1 Jahr ausschließlich Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein, erhaltener Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit hat (kein Sturz, keine Bewusstseinsstörung, keine Störung der Willkürmotorik).

Nach Ablauf dieser Fristen wird das Gefährdungsrisiko im Beruf als so gering eingeschätzt, dass auch eine Vielzahl von Tätigkeiten wieder ausgeführt werden können, welche zuvor wegen Eigen- oder Fremdgefährdung nicht möglich waren.



Praxistipps!

- Die oben genannte Broschüre „Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall“ kann unter <https://publikationen.dguv.de> > Suchbegriff: „Epilepsie“ gefunden werden.
- Das Bundesprojekt TEA (Teilhabe Epilepsie Arbeit) bietet Informationen und Unterstützung rund um das Thema Epilepsie und Arbeit unter www.epilepsie-arbeit.de.
- Haben Jugendliche neben der Epilepsie weitere Einschränkungen, z.B. eine Lern- oder Körperbehinderung, bieten die Berufsbildungswerke verschiedene Möglichkeiten. Diese Einrichtungen bilden vor allem junge Menschen mit Behinderungen aus. Adressen unter www.bagbbw.de/bbw-vor-ort.



Wer hilft weiter?

Das Integrationsamt, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Unfall- und Rentenversicherung.

Familienplanung

Antiepileptika können die Wirkung einer Antibaby-Pille reduzieren. Bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Stillen sollten sich Patientinnen und ihre Partner eng mit ihrem Arzt abstimmen. Kinder von Epilepsie-Patienten haben nur ein leicht erhöhtes Risiko, selbst an Epilepsie zu erkranken. Die Mehrzahl der Schwangerschaften verläuft bei epilepsiekranken Frauen problemlos. Dennoch sollten einige Hinweise beachtet werden.

Verhütung

Die Wirksamkeit von hormonellen Verhütungsmethoden (z. B. Pille) kann durch die Einnahme bestimmter Antiepileptika herabgesetzt sein, sodass kein sicherer Verhütungsschutz mehr besteht. Dies sollte mit den behandelnden Ärzten besprochen und gegebenenfalls nach Alternativen gesucht werden.

Kinderwunsch

Risiken

Kinder von epilepsiekranken Eltern haben ein etwas höheres Risiko an Epilepsie zu erkranken als Kinder gesunder Eltern. Die Krankheit selbst wird **nicht** über die Gene übertragen, jedoch kann die Veranlagung für bestimmte Risikofaktoren an das Kind weitergegeben werden, d.h., dass lediglich die Neigung zu Anfällen vererbt werden kann. Wenn beide Elternteile an Epilepsie erkrankt sind, steigt das Risiko.

Für epilepsiekranke Mütter besteht ein leicht erhöhtes Risiko, dass **Fehlbildungen** beim Kind auftreten. Unbegründet ist dagegen die Befürchtung, dass die eingenommenen Antiepileptika von epilepsiekranken Männern zu einer Fehlbildung bei ihrem Kind führen können. Zur Vorbeugung von Fehlbildungen sollten Frauen, in Absprache mit dem Gynäkologen, ausreichend Folsäure zu sich nehmen und Vorsorgeuntersuchungen inkl. Ultraschalldiagnostik wahrnehmen.

Um potentielle Risiken zu vermeiden, sollten epilepsiekranke Frauen und ihre Partner bei Kinderwunsch unbedingt ausführlich mit dem behandelnden Neurologen und Gynäkologen sprechen.

Fruchtbarkeit

Antiepileptische Medikamente und die Krankheit selbst können bei **Frauen** zu einer verminderten Fruchtbarkeit führen, da sie häufig unter Menstruationsstörungen, z. B. Zwischenblutungen und dem Ausbleiben der Regelblutung, leiden.

Aufgrund von Spermienveränderungen kann auch bei **Männern** die Fruchtbarkeit herabgesetzt sein. Zudem können sexuelle Funktionsstörungen, z. B. der Verlust des sexuellen Interesses sowie Orgasmus- oder Erektionsstörungen, vorliegen. Ursache dafür können z. B. antiepileptische Medikamente oder psychische Begleiterkrankungen sein.

Betroffene sollten ihre Probleme unbedingt mit dem behandelnden Arzt besprechen, damit die Ursache der Funktionsstörung gefunden werden kann. Unter Umständen kann auf ein anderes Antiepileptikum ausgewichen werden. Spielen psychische Konfliktsituationen eine Rolle, kann eine psychotherapeutische Beratung oder Behandlung, evtl. in Form einer Paartherapie, hilfreich sein.

Um Anfällen während der **Schwangerschaft** vorzubeugen, sollte die Patientin schon vor der Schwangerschaft optimal medikamentös eingestellt sein. Gefährlich kann es für werdende Mutter werden, wenn ohne ärztliche Rücksprache die Medikation reduziert oder abrupt abgesetzt wird. Dies fördert Anfallsserien und kann bei Stürzen die Mutter und das Ungeborene verletzen. Um das Anfallsrisiko im Blick zu haben, empfiehlt sich eine regelmäßige Blutuntersuchung beim zuständigen Arzt.

In der Regel verläuft die Entbindung einer Mutter mit Epilepsie nicht schwieriger als bei anderen Müttern auch. Mit einem Kaiserschnitt wird normalerweise nur entbunden, wenn die Mutter vor und während der **Geburt** sehr häufig Anfälle hat. Manche Medikamente beeinflussen die Blutgerinnung der Mutter und des Babys. Dies muss von den behandelnden Ärzten berücksichtigt werden, in der Regel wird Vitamin K verabreicht.

Auch bei epilepsiekranken Müttern ist **Stillen** in der Regel problemlos möglich. Die Epilepsiemedikamente finden sich zwar auch in der Muttermilch, aber nur in sehr niedriger Konzentration. Nur wenige Antiepileptika verursachen Nebenwirkungen beim Baby, z.B. zu starke Schläfrigkeit, Antriebsarmut oder Trinkschwäche. Bei Verdacht auf Nebenwirkungen sollte die Medikamentenkonzentration beim Baby untersucht und gegebenenfalls schrittweise abgestellt werden.

Bei einigen Epilepsieformen löst **Schlafentzug** Anfälle aus. Wenn ein Elternteil an einer solchen Epilepsieform leidet, sollte dieser sehr auf seine Nachtruhe achten. Die nächtliche Betreuung des Kindes sollte dann der gesunde Elternteil oder eine andere nahestehende Person übernehmen. Ist die stillende Mutter betroffen, kann es sinnvoll sein, Milch tagsüber auf Vorrat abzupumpen, um die Nachtruhe zu sichern.

Schwangerschaft

Geburt

Stillen

Wochenbett

Bei hoher Anfallshäufigkeit eines Elternteils sollten bestimmte Maßnahmen ergriffen werden, um das Kind nicht zu gefährden und die Unfallgefahr zu reduzieren:

- Beim Füttern so sitzen oder liegen, dass das Kind nicht herunterfallen kann.
- Das Baby nicht alleine baden.
- Das Baby auf dem Boden wickeln.
- Ein Tragetuch verwenden, aus dem das Baby nicht herausfallen kann.



Praxistipp!

- Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. hat zahlreiche Informationen zum Thema Familienplanung unter www.eurap.de > *EURAP* > *Informationen zur Schwangerschaft* veröffentlicht.
- Pro familia bietet Beratungen rund um das Thema Sexualität, Schwangerschaft und Kinderwunsch an. Anlaufstellen vor Ort können unter www.profamilia.de > *Beratungsstellen* gefunden werden.

Epilepsie bei Kindern

Bei epilepsiekranken Kindern sind unbedingt Erzieher bzw. Lehrer zu informieren, um richtiges Verhalten im Fall eines Anfalls zu gewährleisten. Kinder sollten so weit wie möglich am Schulsport teilnehmen.

Aufklärung und Beobachtung der Erkrankung

Auffälligkeiten oder Anfälle treten oft zum ersten Mal in Kindergarten oder Schule auf. Es ist deshalb wichtig, dass Erzieher/Lehrer die Kinder beobachten und ihre Beobachtungen den Eltern mitteilen. Diese Anzeichen können dem Arzt bei Diagnose und Therapie helfen.

Wenn bereits die Gefahr von Anfällen besteht, sollten Eltern die Erzieher bzw. Lehrer unbedingt davon unterrichten, damit diese wissen, wie sie bei einem Anfall richtig reagieren. Das Wissen über die Krankheit und das richtige Verhalten bei einem Anfall kann Panik und Hilflosigkeit verhindern. Auch die anderen Kinder in der Gruppe bzw. Klasse sollten über die Erkrankung aufgeklärt werden, um Ablehnung und Ausgrenzung zu vermeiden.

Die **Gabe von Medikamenten** durch Erzieher/Lehrer im Kindergarten bzw. in der Schule ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Eine Pflicht für Erzieher/Lehrer, Medikamente zu geben, gibt es nicht. Zum Teil gibt es Ängste und Vorbehalte zu Haftungsfragen. Im Sinne einer Integration und altersgemäßen Entwicklung des Kindes sollte man mit den jeweiligen Verantwortlichen gemeinsam nach sicheren und für alle Beteiligten akzeptierbaren Lösungen suchen. Selbsthilfegruppen und Epilepsieberater können mit Erfahrungen und Formularen helfen, aber auch die zuständigen Ministerien oder Fachbehörden der Kindergärten/Schulen halten zum Teil Informationen und Empfehlungen bereit.

Schulsport ist besonders für die Integration in der Klasse und das Selbstbewusstsein des Kindes wichtig. Wenn Kinder bereits über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren anfallsfrei sind, können sie grundsätzlich jede Sportart ausüben.

Anders ist es jedoch bei häufigen Anfällen, die nicht einschätzbar sind.

Grundsätzlich gilt:

Nicht alleine ins Wasser und keine absturzgefährdeten Sportarten wie Klettern oder Schwebelbalken ausüben. Hier sollte der Rat des Facharztes eingeholt werden. Mehr zu Sport bei Epilepsie siehe S. 16.



Praxistipps!

- Einen Vordruck für ein Informationsblatt für Betreuer bietet der Arzt Dr. med. Helmut Volkert unter www.anfallskind.de/Anfbetrmb1.htm.
- Informationen für Lehrer bietet der Landesverband Epilepsie Bayern e.V. unter www.epilepsie-lehrerpaket.de.
- Informationen bietet die Broschüre „Epilepsie bei Schulkindern“, kostenloser Download unter www.stiftung-michael.de > *Information* > *Publikationen* > *Informationen zu Epilepsie*.

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Versicherer

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Epilepsie eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Auch bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Die Liste der befreiten Arzneimittel wird alle 14 Tage aktualisiert und beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter www.gkv-spitzenverband.de > Service > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel veröffentlicht.

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 Betroffene somit die Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio-, Ergotherapie und Logopädie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankheitsbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Signalgeräte für Patienten mit Epilepsie, aber auch Prothesen oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

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 die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 68).

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 bei Erreichen der Belastungsgrenze

Wer im Laufe des Jahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht, kann sich für den Rest des Jahres von vielen Zuzahlungen befreien lassen bzw. sich den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstatten lassen.

Bei zahlreichen Leistungen der Krankenversicherung muss der Patient Zuzahlungen leisten. Damit Patienten, insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen nicht unzumutbar belastet werden, gibt es eine sog. **Belastungsgrenze**.

Diese Belastungsgrenze liegt bei **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**, d. h. wer darüber hinaus Geld für Zuzahlungen ausgeben muss(te), kann sich für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. bekommt den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei **1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen**. Details unter Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke. Näheres siehe S. 34.

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

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

Als „Angehörige“ des Versicherten gelten:

- Ehepartner/Lebenspartner (auch wenn einer der beiden beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebenspartnerschaft.

Belastungsgrenze

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Freibetrag

Von diesem „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.733 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.812 €.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)

ergibt: 8.643 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Besondere Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (432 € im Monat/ 5.184 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt somit 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle **Zuzahlungen** werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung **berücksichtigt**. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z. B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen sind z. B. Zuzahlungen beim Zahnersatz.

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

Ausnahme:

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



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer **alle Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei **verschiedenen Krankenkassen**, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Patienten sind auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Um sie nicht übermäßig finanziell mit Zuzahlungen zu belasten, gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze von 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die reduzierte Belastungsgrenze für chronisch Kranke beträgt 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Diese Belastungsgrenze gilt jedoch nur, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Zu den allgemeinen Regelungen der Zuzahlungsbefreiung siehe S. 31.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- **Schwerwiegend chronisch krank**

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die 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.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat und sich therapiegerecht verhält. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Bei den Vorsorgeuntersuchungen gelten bestimmte Altersgrenzen:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am **allgemeinen Gesundheitscheck** zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren **einmalig** durchführen.

- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen
- mit schweren geistigen Behinderungen
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Ausgenommen von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind:

- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren,
- Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2,
- Versicherte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent.

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

Richtlinie



Wer hilft weiter?

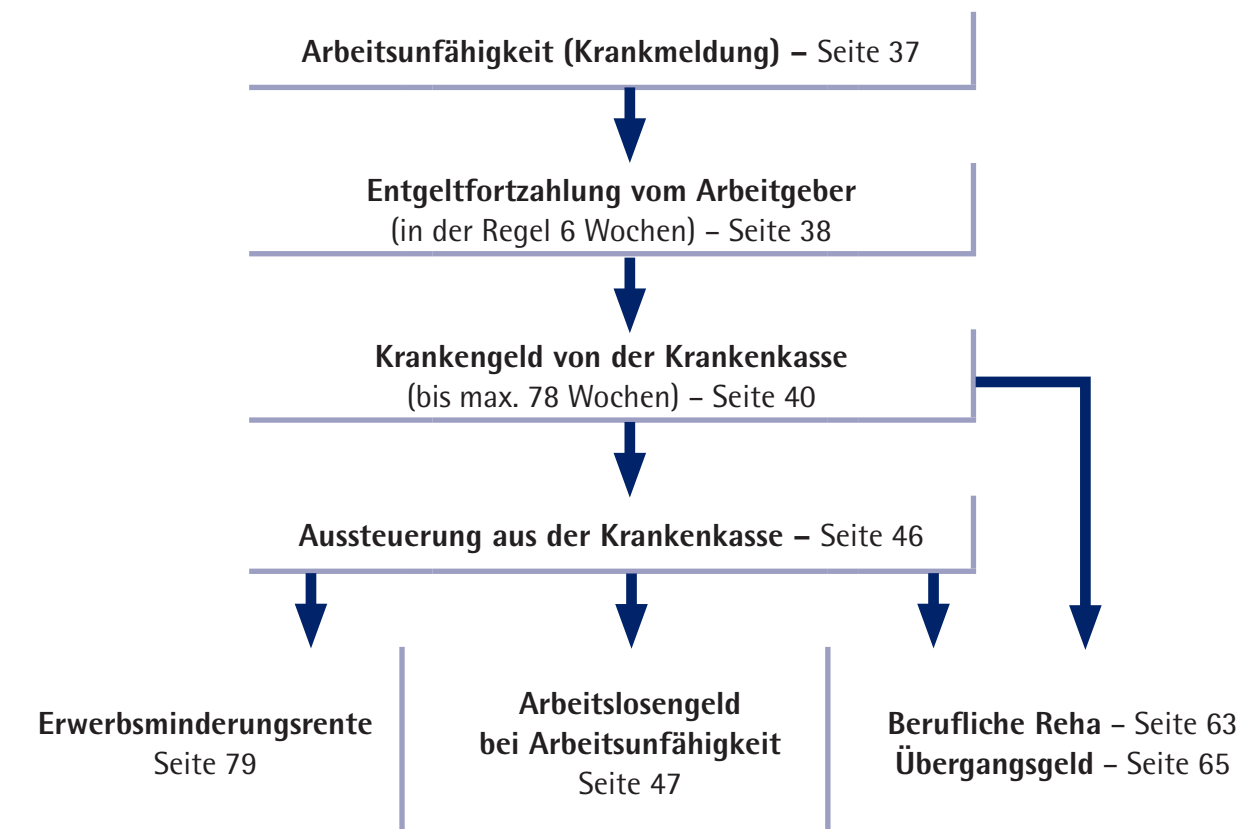
Die zuständigen Krankenkassen.



Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Eine Epilepsie und ihre Behandlung kann, z.B. wegen einer Operation oder dem Zeitraum der Medikamenteneinstellung, eine längere Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit einige finanzielle Leistungen, z.B. Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Wer arbeitsunfähig ist, hat einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z. B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

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, bereits 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.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Hat der Arbeitgeber **Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit** der Arbeitnehmerin, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

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

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

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

Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendersersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder -minderungen.

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

Dauer

Höhe

Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung mehr leistet und die Krankenkasse noch nicht zahlt und auch keine Einkünfte oder verfügbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der „Hilfe zum Lebensunterhalt“ der Sozialhilfe die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht, d.h. wenn der Patient nach 6 Wochen weiterhin arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit oder stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Bezieher von Arbeitslosengeld I erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a.:

- 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. 65).
- Praktikanten.
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Bezieher einer vollen Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

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

Krankengeld für Selbstständige

Der **Anspruch** auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber (siehe S. 38).

Beginn des Anspruchs



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 109,38 € täglich.

Kurzarbeitergeld ist **steuerfrei** und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

Bemessungszeitraum

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

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

Wie sich der Bemessungszeitraum in anderen Fällen, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2020 ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen.

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.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel

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

Monatlich brutto 3.000 €

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

Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €
davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025%
(Krankengeldempfänger mit Kind) = **47,51 €**

Der Patient erhält somit 47,51 € Krankengeld täglich.

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

*Sonderregelung bei
Arbeitslosigkeit*

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

Dauer

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

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

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

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

*Erneuter Anspruch auf
Krankengeld wegen
derselben Krankheit*

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

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

Beispiel

Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin deren Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d. h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt **nicht** weiter, obwohl hierauf ein Anspruch besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da dieses Krankengeld 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, z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung,
- 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.

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

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

Ausschluss von Krankengeld

Kürzung des Krankengelds

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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. 79) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen. Das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 47).

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchst- bezugsdauer

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.

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z. B. wenn die Arbeitsunfähigkeit durch ein vorsätzliches Vergehen verursacht wurde.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld, eine Sonderform des Arbeitslosengelds beantragen. Es überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z. B. der Erwerbsminderungsrente.

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit *oder* Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis 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. 79) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 63) oder Medizinischen Reha (siehe S. 52) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt werden. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 65) 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.

Praxistipp!

Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger bzw. der Agentur für Arbeit Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, fällt er aus dem Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld heraus. Um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, muss er sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers/der Agentur für Arbeit nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann er einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht er gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung seines Arztes.

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.

Rehabilitation

Epilepsie geht mit unterschiedlichen Arten von Anfällen einher, die das Leben der Betroffenen individuell einschränken und zu Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen können. Reha-Maßnahmen können dazu beitragen, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu reduzieren und die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern, damit sie so gut wie möglich am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

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 Epilepsie-Patienten 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 Wiederherstellung oder Erhaltung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind.
- **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. 65), Haushaltshilfe (siehe S. 68), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung**
Diese wurden 2018 eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen**
Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u. a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

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

Kostenträger

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig für Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann *und*
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag 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 und der Patient das Nachsehen hat.

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

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

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft.

Im Fall einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.



Praxistipp!

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

Medizinische Rehabilitation

Die Medizinische Reha umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Sie wird ambulant oder stationär erbracht und nicht auf den Urlaub angerechnet.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause

Voraussetzungen

Voraussetzungen für ambulante Reha-Maßnahmen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Reha in einer entsprechenden Einrichtung.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für stationäre Reha-Maßnahmen

- 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. Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4–6 Wochen.

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha **beantragen**, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkasse eine Reha verordnen.

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z. B. die Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Normalerweise genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch sinnvoll, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der MD über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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



Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die oben genannten Voraussetzungen hinaus **freiwillig** Medizinische Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

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

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

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

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht.

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z. B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z. B. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.



Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht.

Zuzahlungen zu Reha-Maßnahmen

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der **Krankenkasse** 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

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 Kinderrehabilitation.
- bei ambulanten Reha-Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen.
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € 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 2020 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275,00 €	Keine
ab 1.275,00 €	5 €
ab 1.401,40 €	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911,00 €	10 €

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann die **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.

*Antrag auf
Zuzahlungsbefreiung*

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger, in der Regel der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.
- Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, kann die **Unabhängige Teilhabeberatung** helfen. Sie bietet Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Zudem bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.

Anschlussrehabilitation

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

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

Die Anschlussrehabilitation wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein. In dieser Liste wird u. a. auch die Indikationsgruppe „Neurologische Krankheiten“ genannt, zu welcher auch die Epilepsie zählt.

Ist die Rentenversicherung Kostenträger, müssen folgende versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 15 Jahren oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 79) oder
- Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit oder
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen:

- Die Indikation muss in der Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d. h.: ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Voraussetzungen

Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung möglich.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.

Zuzahlungen

Ist die AHB eine Leistung der **Krankenkasse**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zahlen. Näheres zu Zuzahlungsregelungen und der Möglichkeit, sich davon befreien zu lassen, ab S. 29).

Ist die AHB eine Leistung des **Rentenversicherungsträgers**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 14 Tage im Kalenderjahr zahlen. Eine Befreiung hiervon kann z. B. bei Patienten mit geringem Einkommen beantragt werden.

Ist die AHB eine Leistung des **Unfallversicherungsträgers**, ist **keine** Zuzahlung fällig.

Wer hilft weiter?

Informationen sind beim Sozialdienst der Kliniken und beim zuständigen Kostenträger, z. B. der Krankenkasse oder der Rentenversicherung, erhältlich.

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

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 Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer (siehe S. 73) haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung (siehe S. 59), 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. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

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

Voraussetzungen

Dauer

Finanzielle Sicherung

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d. h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 40), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 65) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 47). 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.

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

Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Wer hilft weiter?

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

Kinderrehabilitation

Da die epileptische Erkrankung häufig bereits in den ersten Lebensjahren auftritt, kann unter Umständen eine Kinderrehabilitation (auch Kinderheilbehandlung genannt) erforderlich sein. Das ist eine Kur für Kinder, die in der Regel vom Rentenversicherungsträger bezahlt wird.

Die Kosten einer Kinderrehabilitation können nur für Kinder mit bestimmten Erkrankungen übernommen werden, dazu zählen unter anderem neurologische Erkrankungen, wie z. B. Epilepsie.

Als „Kinder“, die Anspruch auf eine Kinderrehabilitation haben, gelten:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:
 - die Kinder des Versicherten
 - die im Haushalt aufgenommenen Stief- und Pflegekinder
 - die im Haushalt aufgenommenen Enkel und Geschwister des Versicherten
2. die unter dem ersten Punkt genannten Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres
 - bei schulischer oder beruflicher Ausbildung
 - bei Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres
 - bei Ableistung des Bundesfreiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz
 - bei Behinderung (wenn sie sich nicht selbst unterhalten können)
 - beim Übergang (höchstens 4 Monate) zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres bzw. eines Bundesfreiwilligendienstes

Für die Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger muss der beantragende Elternteil des zu behandelnden Kindes eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen:

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 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
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren oder
- Bezug einer Altersrente oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

Oder: Das Kind selbst bezieht eine Waisenrente aus der Rentenversicherung.

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Voraussetzung der Krankenkasse

Liegen die o.g. Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger **nicht** vor, ann die Kinderrehabilitation von der **Krankenkasse** im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation übernommen werden.

Dauer und Wartezeit

Kinderrehabilitationen dauern in der Regel 4 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist und die Notwendigkeit vom Arzt oder von der Klinik begründet wird. Die Kinder- und Jugendreha kann bei medizinischer Notwendigkeit **jederzeit** beantragt werden.

Begleitperson

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten zur Unterbringung

- einer **Begleitperson**, wenn nur so die Durchführung oder der Erfolg der Kinderrehabilitation gewährleistet wird.
- der **Familienangehörigen**, wenn die Einbeziehung der Familie in den Rehaprozess notwendig ist.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die Mitnahme einer Begleitperson in der Regel

- bei Kindern bis zum 12. Geburtstag, bei älteren Kindern erfolgt bei Bedarf eine umfassende Einzelfallprüfung.
- bei Kindern, die eine Begleitperson brauchen, um sich artikulieren zu können (z. B. bei Taubheit).
- bei Kindern mit Behinderungen, die Unterstützung benötigen.
- bei Kindern mit schweren chronischen Erkrankungen.

Die nachfolgenden Leistungen können zusätzlich beantragt werden:

- Reisekosten für das Kind und für die Begleitperson.
- Kostenübernahme für den Gepäcktransport.
- Übernachtungs- und Verpflegungskosten während der Reise.
- Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr: Reisekosten für einen Reisebegleiter.
- Wird ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, als Begleitperson mitaufgenommen, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 68) beantragt werden.

Praxistipp!

Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ und das Faltblatt „Kinder und Jugendliche: Fit mit Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung können kostenlos heruntergeladen und bestellt werden unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“.



Wer hilft weiter?

- Auskünfte gibt der zuständige Sozialversicherungsträger, in der Regel der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.
- Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) bietet viele Informationen und Adressen spezialisierter Kliniken unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.

Berufliche Rehabilitation

Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern.

Es gibt mehrere Arten von Beruflichen **Reha-Leistungen**, dazu zählen z. B. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, die Berufliche Bildung, die Übernahme weiterer Kosten, z. B. Lehrgangskosten sowie Zuschüsse an den Arbeitgeber.

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht.

In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u. a. folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für die Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderungen für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen oder ein Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber.

Leistungen

Hilfen

- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung ansonsten gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z. B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.

Übernahme weiterer Kosten

Die Rentenversicherungsträger **übernehmen** auch **Kosten**, die mit den Beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z. B. Lehrgangskosten, Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte oder die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist, z. B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg).

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als **Zuschüsse an den Arbeitgeber** leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden.

Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als:

- **Ausbildungszuschüsse** zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen
Zuschusshöhe: 100% der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
Zuschusshöhe: bis zu 50%, für Menschen mit Behinderungen bis zu 70% (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10%) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, für Menschen mit Behinderungen in der Regel bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).

- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.**
Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll.
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes**



Wer hilft weiter?

- Mögliche Leistungsträger sind z. B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger.
- Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Auflistung aller Integrationsfachdienste für die einzelnen Bundesländer unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt* > *Integrationsfachdienst*.
- Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Übergangsgeld

Übergangsgeld ist eine sog. Lohnersatzleistung und überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen.

Das Übergangsgeld wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht (mehr) besteht. Es zählt zu den Ergänzenden Reha-Leistungen.

Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere **Voraussetzungen**.

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben oder z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Die **Agentur für Arbeit** zahlt Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn diese die Vorbeschäftigungszeit erfüllen.

D.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

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

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit nicht erfüllen müssen:

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

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

Voraussetzungen Unfallversicherung

Übergangsgeld der **Unfallversicherung** erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalls Leistungen zur Beruflichen Reha erhält.

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 Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65% des ortsüblichen Tarifs berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z. B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

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

Auf das Übergangsgeld werden u. a. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u. a.
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der Unfallversicherung gezahlt wird

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

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei **gesundheitsbedingter** Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe oben „Übergangsgeld bei Arbeitslosigkeit“).

*Übergangsgeld bei
Arbeitslosigkeit*

Anrechnung

Dauer

Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 59) im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträger und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Medizinischen Reha-Maßnahme teil oder ist als Begleitperson bei einer Reha-Maßnahme, z. B. bei einem epilepsiekranken Kind dabei, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

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

Voraussetzungen

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

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

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung und
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.



Praxistipp!

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Kosten der Haushaltshilfe übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V).

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Praxistipps!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

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

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

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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

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

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Die Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger können die erforderlichen **Fahrtkosten** und den **Verdienstauffall** für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad erstatten. Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

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

*Anderweitige
Unterbringung*

Die **Zuzahlung** beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €.

Zuzahlung

Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 31).



Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer
esen



Behinderung

Wer regelmäßig epileptische Anfälle hat, kann möglicherweise den Status einer (Schwer-)Behinderung erhalten. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

„Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Grundlage der Definitionen ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 50. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 76). Dieser kann neben dem GdB auch Merkzeichen enthalten, welche die Art der Behinderung genauer bezeichnen. Nach dem GdB und den Merkzeichen richten sich die Nachteilsausgleiche, die Menschen mit Behinderungen erhalten können.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Agentur für Arbeit auf Antrag eine **Gleichstellung** bewilligen. Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Gleichgestellten steht, wie schwerbehinderten Menschen auch, ein besonderer Kündigungsschutz zu. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und keinen Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

*Definition
„Menschen mit
Behinderungen“*

*Schwerbehinderte
Menschen im Sinne
des SGB IX*

Gleichstellung

Praxistipp!

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 und kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) beschreibt die Schwere der Behinderung. Er wird durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z. B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Der GdB wird in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Nachfolgend die Angaben zu epileptischen Anfällen, je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung.

Epileptische Anfälle	GdB
Sehr selten: generalisierte (große) und komplex fokale Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Monaten	40
Selten: generalisierte (große) und komplex fokale Anfälle mit Pausen von Monaten; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Wochen	50–60
Mittlere Häufigkeit: generalisierte (große) und komplex fokale Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach-fokale Anfälle mit Pausen von Tagen	60–80
Häufig: generalisierte (große) und komplex fokale Anfälle wöchentlich oder Serien von generalisierten Krampfanfällen; kleine und einfach-fokale Anfälle täglich	90–100
Nach weiteren 3 Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer antikonvulsiver Behandlung	30

Ein Anfallsleiden gilt als abgeklungen, wenn ohne Medikation 3 Jahre Anfallsfreiheit besteht. Ohne nachgewiesenen Hirnschaden ist dann kein GdB mehr anzunehmen.

Für die **Bemessung** des GdB ist die **tatsächliche** Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild **und** von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei **nicht** zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Bemessung

Praxistipp!

- Seit 01.01.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen (siehe S. 77) geht, z. B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.
- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwerbehinderung und Ausweis > Wie beantrage ich einen Schwerbehindertenausweis?.



Praxistipps!

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen 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 Belastungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- Bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- Bei schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.



Wer hilft weiter?

Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen 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. Beide sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Bei hirnorganischen Anfällen sind die Voraussetzungen für das **Merkzeichen „G“** im Schwerbehindertenausweis gegeben, wenn es durch die Art und Häufigkeit der Anfälle zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr kommt. Davon kann man ausgehen, wenn es sich um hirnorganische Anfälle ab einer mittleren Anfallshäufigkeit mit einem GdB von mindestens 70 handelt (siehe Tabelle S. 75) und diese überwiegend tagsüber auftreten.

Merkzeichen „G“

Wenn ein Patient mit Epilepsie das Merkzeichen „G“ bewilligt bekommen hat kann er auch das **Merkzeichen „B“** beantragen. Dies berechtigt den Betroffenen eine Begleitperson im öffentlichen Nahverkehr kostenfrei mitzunehmen.

Merkzeichen „B“



Praxistipp!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen findet man im Anhang dieses Ratgebers (ab S. 90).
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betacare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das kostenlose **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Telefon 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 bzw. die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt* > *Integrationsfachdienste*.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

In der Regel ist eine epileptische Erkrankung kein Grund für eine Erwerbsminderung. Sind dennoch alle therapeutischen, medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Möglichkeiten ausgeschöpft oder ist der Arbeitsmarkt verschlossen, kommen verschiedene finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung in Betracht.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält man die volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, kann die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ (siehe S. 83) beantragt werden.

Erwerbsminderungsrente

Wer bei Ablauf des Krankengelds (siehe S. 40) noch nicht wieder arbeitsfähig ist und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht wird, kann Erwerbsminderungsrente beantragen. Mit dem Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente wird die Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente umgewandelt.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren 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, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, und
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z. B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente.

Voraussetzungen

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.
- **Als voll erwerbsgemindert gelten auch**
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

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 02.01.1961 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.



Praxistipps!

- Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Hausarztes) 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.

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

Eine **Neuregelung** verbessert seit 01.01.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird 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.

Höhe

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Selbstständigkeit

Hinzuverdienst

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger berechnet.

Praxistipps!

- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Wer weiterhin arbeitsunfähig ist, aber (noch) keine (Erwerbsminderungs-) Rente oder sonstige Sozialleistungen erhält und nicht in der Lage ist für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann beim Sozialamt „Hilfe zum Lebensunterhalt“ beantragen. Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie 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.

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

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente *oder*
- dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente), *oder* Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen *und*
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt *und*
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der „Hilfe zum Lebensunterhalt“ der Sozialhilfe:

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 432 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 389 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 345 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 328 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 308 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 250 €

Voraussetzungen

Höhe

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.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z. B. für Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende, Schwangere
- Einmalige Leistungen, z. B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden (in begründeten Einzelfällen).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung und Änderung:

Die Auszahlung beginnt am Ersten 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 Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



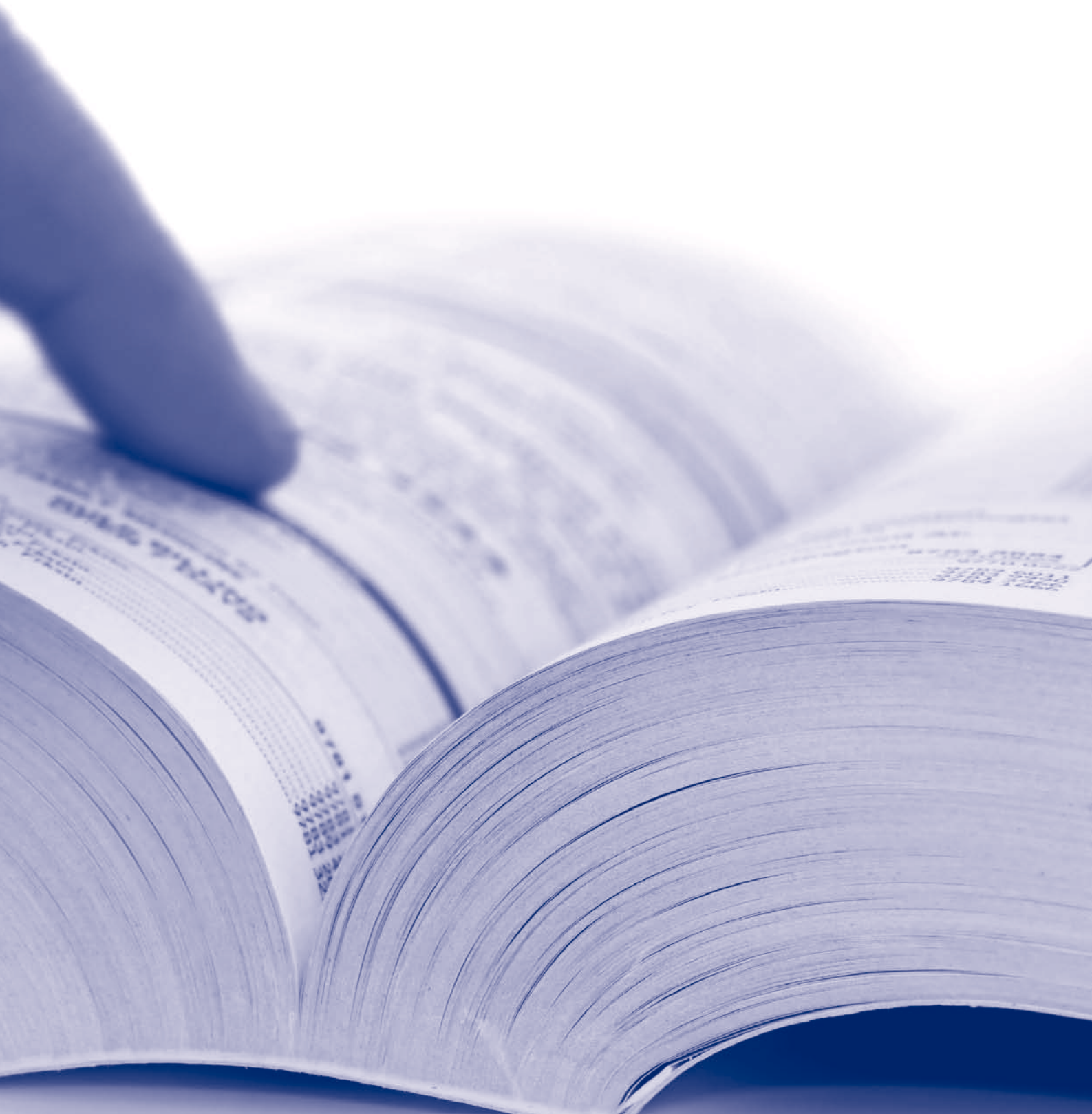
Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.
- Für längere Auslandsaufenthalte gilt seit dem 01.07.2017: Nach Ablauf der vierten Woche im Ausland bis zur nachweisbaren Rückkehr besteht **kein** Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung.



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.



Adressen

Deutsche Epilepsievereinigung e.V.

Zillestraße 102, 10585 Berlin

Telefon 030 3424414

(Mo, Di, Do, Fr von 10–12 Uhr, Mo, Di, Do von 14–16 Uhr, Mi 14–18 Uhr)

Fax 030 3424466

E-Mail: info@epilepsie-vereinigung.de

www.epilepsie-vereinigung.de

Dt. Gesellschaft für Epileptologie e.V.

Reinhardtstraße 27 c, 10117 Berlin

Telefon 0700 13141300 (Mo–Fr von 9–12 Uhr)

Fax 0700 13141399

E-Mail: ize@dgfe.info

www.izepilepsie.de

e.b.e. epilepsie bundes-elternverband e.V.

Am Eickhof 23, 42111 Wuppertal

Telefon 0202 2988465

Fax 0202 2988466

E-Mail: kontakt@epilepsie-elternverband.de

www.epilepsie-elternverband.de

Gesellschaft für Epilepsieforschung

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Telefon 0521 77278011

Fax 0521 77278013

www.epilepsieforschung.de

Bundesprojekt Teilhabe Epilepsie und Arbeit (TEA)

Dachauer Straße 17, 80335 München

Telefon 089 5404977-00

Fax 089 5404977-29

E-Mail: epilepsie-arbeit@im-muenchen.de

www.epilepsie-arbeit.de

Stiftung Michael

Alsstraße 12, 53227 Bonn

Telefon 0228 94554540

Fax 0228 94554542

E-Mail: post@stiftung-michael.de

www.stiftung-michael.de

Keto-Kinder

Anne-Frank-Straße 15, 67165 Waldsee

Beratungstelefon 06236 5095899

E-Mail: info@epilepsie-kind.de

www.epilepsie-kind.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf

Telefon 0211-310060

Fax 0211-3100648

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Anhang

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

20	50	60
Bei entsprechenden Voraussetzungen können Leistungen zur Reha und Teilhabe in Anspruch genommen werden, z. B. Medizinische, Berufliche oder Soziale Reha und unterhaltssichernde sowie ergänzende Leistungen (§ 29 Abs. 1 SGB I)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)
	Steuerfreibetrag: 570 € (§ 33b EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)	
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)	
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	
	Vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG)	
	Stundenermäßigung bei Lehrern: bundeslandabhängig	
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)	
	Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag von 924 € absetzen, wenn zusätzlich Merkzeichen H beim Pflegebedürftigen vorliegt (§ 33b EStG)	
	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern	
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 WoGG)	
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)	
	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	
	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen	
30/40		70
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)		Steuerfreibetrag: 890 € (§ 33b EStG)
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 151 Abs. 3 SGB IX)		Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33b EStG)		Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen G eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)
		Ermäßigte BahnCard

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

80	90	100
Steuerfreibetrag: 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.420 € (§ 33b EStG)
Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 WoGG)
Behinderungsbedingte Privat -fahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)		Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)		Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson: <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§ 228 ff. SGB IX) 	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Nachgewiesene Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 30 ct = 4.500 € (§ 33 EStG)	<ul style="list-style-type: none"> bei den meisten innerdeutschen Flügen blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33, 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuererklärung: 3.700 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	
Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)		Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)
		Nachgewiesene Privatfahrten steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)

G	GI	H	RF
erheblich gebehindert	gehörlos	hilflos	Befreiung vom Rundfunkbeitrag
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§ 228 ff. SGB IX) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG) Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 3.700 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/Monat (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag) Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70 steuerlich absetzbar: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mindestens 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)	TBI
Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)	Rundfunkbeitrag • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 924 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	taubblind Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortsatzungen)	Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)	In folgenden Bundesländern erhalten taubblinde Menschen monatlich • Bayern: 1.258 € (§ 2 BayBlindG) • Berlin: 1.189 € (§ 2 LPfIGG). • Sachsen: 650 € (§ 2 LBlindG) • Schleswig-Holstein: 400 € (§ 1 LBlindG) • Thüringen: 500 € (§ 2 ThürBlindG)
Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Nachgewiesene Privatfahrten steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Redaktionsleitung: Maria Kästle

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Ruth Fries, Simone Kreuzer, Jutta Meier,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2020

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.

9. vollständig überarbeitete Auflage, Juli 2020

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Familie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

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

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm