

# HAE & Soziales

Hereditäres Angioödem



Alltag  
Behandlung  
Finanzielle Hilfen  
Krankengeld  
Rehabilitation  
Notfall

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*Bei HAE – dem hereditären Angioödem – ist es für Betroffene oft eine Erleichterung, wenn sie endlich wissen, woher die Schwellungen oder Bauchkoliken kommen und dass diese behandelbar sind.*

*Trotz der guten Behandlungsmöglichkeiten ist HAE eine Herausforderung, die besser mit Unterstützung zu meistern ist. Von großer Bedeutung sind die Begleitung bei einem qualifizierten Arzt und Behandlungszentrum und der richtige Einsatz der Medikamente. Da HAE selten und darum wenig bekannt ist, kann der Austausch mit anderen Betroffenen sehr hilfreich sein.*

*Der betaCare-Ratgeber „HAE & Soziales“ informiert neben den Ursachen, Auswirkungen und Handlungsmöglichkeiten ausführlich zum Umgang mit der Erkrankung in Alltag, Schule und Beruf sowie zu Themen wie Familienplanung, Mobilität, Sport und Freizeit.*

*Der Schwerpunkt liegt jedoch bei sozialrechtlichen Fragen zu finanziellen Leistungen und Unterstützungsangeboten bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Behinderung sowie der möglichen Inanspruchnahme von Psychotherapie und genetischer Beratung.*

*Wir hoffen, dass Sie und Ihre Angehörigen durch diesen Ratgeber Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in Ihrer oft schwierigen Situation unterstützt werden können.*

*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 „HAE & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.*

*Mit herzlichen Grüßen  
betapharm Arzneimittel GmbH*

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

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

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Kurzinfo zu HAE: Hereditäres Angioödem</b>	<b>5</b>
Symptome und Auslöser	5
<b>Behandlung</b>	<b>7</b>
<b>Psychosoziale Hilfen für Betroffene und Angehörige</b>	<b>9</b>
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>19</b>
Zuzahlungsregelungen	19
Zuzahlungsbefreiung	21
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	25
<b>Finanzielle Leistungen bei Krankheit</b>	<b>27</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	27
Krankengeld	30
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitslosigkeit</b>	<b>33</b>
Arbeitslosengeld	33
Arbeitslosengeld II und Sozialgeld	35
<b>Genetische Beratung</b>	<b>37</b>
<b>Psychotherapie</b>	<b>39</b>
<b>Reha</b>	<b>45</b>
Medizinische Rehabilitation	45
Ambulante Reha-Maßnahmen	47
Stationäre Reha-Maßnahmen	48
Reha-Antrag	48
Berufliche Reha	51
<b>Behinderung/GdB bei HAE</b>	<b>55</b>
Grad der Behinderung	56
Schwerbehindertenausweis	57
Nachteilsausgleiche	59
<b>Behandlungszentren</b>	<b>61</b>
<b>Adressen</b>	<b>65</b>
<b>Impressum</b>	<b>67</b>



**HAE**  
Hereditäres Angioödem

# Kurzinfo zu HAE: Hereditäres Angioödem

---

**Das hereditäre Angioödem ist eine seltene Erkrankung. Die Abkürzung HAE leitet sich vom Englischen ab (Hereditary Angioedema), auf Deutsch bedeutet HAE in etwa „vererbliche Gefäßschwellungen“.**

Mittlerweile können die meisten HAE-Patienten medikamentös gut behandelt werden, was die Schwellungsattacken deutlich reduziert.

## Symptome und Auslöser

Schwellungsattacken sind typisch für HAE. Die Schwellungen treten meist unvermittelt auf, zum Teil gibt es aber auch Auslöser. Bekannt sind z. B. Angst, Stress, Stöße, Operationen, Zahnbehandlungen, Krankheiten wie Erkältungen oder Grippe, Hormonschwankungen und bestimmte Medikamente.

Die Schwellungen tun weh und sind oft so stark, dass während einer Attacke weder Berufstätigkeit noch sonstige Aktivitäten möglich sind. Die meisten Schwellungen treten an Schleimhäuten im Magen und Darm auf. Das führt zu Krämpfen, Koliken, Erbrechen, Durchfall und Kreislaufbeschwerden.

Besonders gefährlich sind Schwellungen im Kehlkopfbereich: Sie können zum Erstickten führen, weswegen es unbedingt wichtig ist, immer Zugriff auf Notfallmedikamente zu haben.

Äußerliche Schwellungen treten vor allem im Gesicht, am Hals, an Armen und Beinen, selten auch im Scham- und Gesäßbereich auf. Diese äußerlichen Schwellungen sind meist farblos weißlich, zum Teil aber auch gerötet. Sie jucken in der Regel nicht. Manche Betroffene spüren die Attacken schon vorher, z. B. durch ein Spannungsgefühl oder Prickeln auf der Haut.

## Häufigkeit der Schwellungsattacken

Manche Betroffenen haben wöchentlich Attacken, andere nur wenige im Jahr. Die Schwellungen dauern unbehandelt meist 1–3 Tage, können aber auch eine Woche anhalten.

Die Symptome beginnen meist im Kindes- oder Jugendalter, allerdings kann es Jahre dauern, bis erkannt wird, woher die Koliken und/oder Schwellungen kommen. Das liegt daran, dass HAE zu den seltenen Erkrankungen zählt. Nur 1–2 von 100.000 Menschen sind betroffen.

## **Ursachen und HAE-Krankheitstypen**

HAE ist eine genetische Veränderung auf Chromosom 11 und kann vererbt werden. Hat ein Elternteil HAE, ist das Risiko, dass ein Kind ebenfalls HAE bekommt, 50:50.

Aber nicht alle Patienten haben die Krankheit ererbt. Bei etwa einem Fünftel haben sich die Gene „von selbst“ verändert: eine sog. spontane Genmutation.

Es gibt verschiedene Formen von HAE, am weitesten häufigsten sind HAE Typ I und HAE Typ II. Deren Symptome sind gleich, aber die Genmutationen unterscheiden sich im Detail.



# Behandlung

**Die Schwellungen entstehen dadurch, dass die Blutgefäße (Gefäßwände) durchlässiger werden, so dass Flüssigkeit aus den Blutgefäßen ins Gewebe austritt und dort zu den Schwellungen (Angioödem) führt.**

Die Durchlässigkeit der Gefäße wird u. a. vom Gewebehormon Bradykinin verursacht. Bradykinin wiederum wird vom Enzym C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH) gesteuert. Doch bei den meisten HAE-Patienten ist entweder nicht genügend C1-INH vorhanden oder es funktioniert nicht richtig. Dieser Mangel hat zur Folge, dass zu viel Bradykinin gebildet wird und so zu den typischen HAE-Schwellungen führt.

Die genetische Veränderung HAE kann bisher nicht geheilt werden. Aber für die meisten Patienten gibt es Behandlungsmöglichkeiten, mit denen weniger Attacken auftreten oder die Attacken weniger lange dauern. Viele Betroffene können damit ein normales Leben führen.

**Für die Behandlung gibt es drei Ansätze:**

- Behandlung einer Schwellungsattacke (Akutbehandlung)
- Vorbeugung vor einem möglichen Auslöser einer Attacke (Kurzzeitprophylaxe, Behandlung bei Bedarf)
- Kontinuierliche Vorbeugung (Langzeitprophylaxe)

Die Medikamente für die Akutbehandlung und die Kurzzeitprophylaxe werden injiziert. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder wird das fehlende C1-INH als Konzentrat in die Vene eingebracht oder es wird ein Medikament in die tiefen Hautschichten gespritzt, das den Austritt von Flüssigkeit aus den Adern bremst. Neben Ärzten, medizinischen Fach- und Pflegekräften können auch Angehörige oder die Patienten selbst das Medikament verabreichen. Sie werden dafür speziell geschult.

## **Akute Attacke**

Die Behandlung der Schwellungsattacke ist die häufigste Maßnahme. Je früher das Medikament gespritzt wird, desto schwächer wird die Schwellung und desto schneller geht sie vorüber.

## **Kurzzeitprophylaxe: Behandlung bei Bedarf**

Wenn eine Operation oder Behandlung im Verdacht steht, dass sie eine gefährliche Schwellungsattacke auslösen könnte, wird etwa 1 Stunde davor C1-INH-Konzentrat injiziert. Dies ist z. B. sinnvoll vor Zahnbehandlungen, Eingriffen am Hals oder künstlicher Beatmung im Rahmen einer OP. Kurzzeitprophylaxe ist auch vor anderen absehbaren Auslösern sinnvoll, z. B. einem stressauslösenden Termin oder bei regelmäßig wiederkehrenden Attacken im Monatszyklus der Frau.

## Langzeitprophylaxe

Wenn Betroffene trotz Akutbehandlung und Bedarfsbehandlung zu viele schwere Schwellungsattacken bekommen, wird eine Langzeitbehandlung erwogen, hierfür gibt es verschiedene Wirkungsansätze und Medikamente (als Injektion oder Kapsel). Alle Therapieoptionen sollten in Abstimmung mit einem auf HAE spezialisierten Behandlungszentrum besprochen und entschieden werden, Adressen siehe Anhang.

### Praxistipp!

Wenn Sie sich für fachliche Details und den aktuellen Stand der Behandlungsmöglichkeiten interessieren, finden Sie dies in der medizinischen **Leitlinie** „Hereditäres Angioödem durch C1-Inhibitor-Mangel“ unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) > *Suche nach „Angioödem“*.



# Psychosoziale Hilfen für Betroffene und Angehörige

---

**Das Leben mit HAE ist eine Herausforderung. Eine Schwellungsattacke im Halsbereich kann tödlich sein, doch es gibt Akutmedikamente, die dies verhindern. Deshalb ist das Wichtigste für alle Lebensbereiche, dass diese im Notfall lebensrettenden Medikamente schnell zur Verfügung stehen, wo auch immer man sich aufhält. Und es muss jemand da sein, der sie medizinisch korrekt verabreichen kann.**

Doch geht es nicht nur um den lebensbedrohlichen Notfall. Jede Schwellungsattacke sollte frühestmöglich mit dem für den Betroffenen individuell passenden Akutmedikament behandelt werden. Das erspart Schmerzen, Leid und Krankheitszeiten.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Anregungen und Hilfen, die Ihnen das Leben mit HAE erleichtern können.

## Leben mit HAE

Je mehr Betroffene über HAE, mögliche Auslöser und passende Medikamente wissen, desto besser können sie mit ihrer Erkrankung umgehen.

Denn HAE ist eine seltene Erkrankung und selbst Ärzte und Kliniken erkennen die Schwellungen und Bauchschmerzen oft nicht als HAE. Das kann zu falschen Behandlungen führen. Das gesamte Umfeld sollte deshalb über die Erkrankung informiert sein und ein HAE-Notfallausweis (siehe S. 10) sollte immer dabei sein.

Es ist jedoch nicht so einfach, über eine Krankheit zu sprechen, die man „nicht sieht“, denn die meisten Schwellungsattacken finden innerlich statt, im Magen-Darm-Bereich. Wer „Bauchweh“ hat, bekommt jede Menge Ratschläge und Betroffene sind es irgendwann leid, immer wieder zu erklären, was sie haben, oder gar zu spüren, dass das Gegenüber nicht an diese seltene Krankheit mit dem schwierigen Namen glaubt. Dagegen sind die äußeren Schwellungen zum Teil so entstellend, dass Betroffene sich oft zurückziehen, um den Blicken anderer Menschen zu entkommen.

### Wer alles informiert sein sollte:

- die Angehörigen
- bei Kindern die Kita bzw. Schule
- bei Jugendlichen die Schule, die Ausbildungs- oder Arbeitsstelle
- bei Berufstätigen die unmittelbaren Kollegen
- in der Freizeit die Trainer, Betreuer, Begleiter, Kursleiter etc.
- alle behandelnden Ärzte und Therapeuten

Der Betroffene und seine Notfallmedikation sollten auch in den nächstgelegenen Krankenhäusern und möglichst in der Rettungsleitstelle bekannt sein, damit bei einem gefährlichen Anfall frühestmöglich richtig behandelt wird.

## Umgang mit einem Notfall

Ein Notfall ist eine Schwellung im Rachenbereich: Sie kann zum Ersticken führen. Dann müssen Notfallhelfer schnell wissen, was zu tun ist – und das bei einer so seltenen Erkrankung. HAE-Betroffene sollten deshalb immer einen **Notfallausweis** oder Notfallpass mit sich führen. Der Ausweis informiert über HAE und die Therapie bei einer akuten Attacke.

Einen **Notfallausweis** bekommen Sie bei den HAE-Behandlungszentren und bei der HAE Vereinigung e.V., Adressen finden Sie im Anhang.

Eine Notfallinfo in mehreren Sprachen finden Sie auf [www.hae-notfall.de](http://www.hae-notfall.de). Mit Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) seit 2021 besteht auch die neue Möglichkeit, einen Notfalldatensatz zu speichern. Auf Wunsch des Patienten werden die medizinische Diagnose und die rettende Notfallversorgung in der ePA hinterlegt.

## Notfallvorrat

Zuhause sollte jeder Betroffene mindestens einen Vorrat für 2 Attacken haben. Wenn möglich, sollte dieser auch in der Schule oder am Arbeitsplatz verfügbar sein. Zum Vorrat gehört immer eine kurze Notfallinfo zum HAE-Hintergrund, zur Anwendung der Spritze und die Notfallnummer des behandelnden HAE-Spezialisten – auch wenn der Patient sich selbst spritzen kann. Bei einer lebensbedrohlichen Attacke kann es infolge der Angst passieren, dass diese Fähigkeit nicht mehr abrufbar ist.

### Was das Umfeld wissen sollte:

Wo auch immer ein HAE-Betroffener sich aufhält, der Notfallausweis muss dabei sein – und möglichst auch ein Notfall-Set für 2 Anwendungen. Auch das Umfeld sollte wissen, wo der Ausweis und die Notfallmedikamente liegen.

Die Medikamente müssen nicht nur greifbar sein, sondern auch schnellstmöglich verabreicht werden. Am besten ist es, wenn Betroffene dies selbst erledigen können. An einer entsprechenden Schulung sollten aber auch nahe Angehörige teilnehmen, also Partner, Eltern, Geschwister oder Kinder, die alt genug dafür sind.

In größeren Unternehmen gibt es Betriebsärzte, die über die Anwendung der Akutmedikamente informiert sein sollten. Auch Kollegen im näheren Umfeld des Betroffenen sollten über die Anwendung der Akutmedikamente unterrichtet werden. Im Notfallset sollte eine Information liegen, aus der Rettungskräfte sofort erkennen, wie das Medikament verabreicht werden muss: in die Vene oder ins Gewebe.

## Vorsichtsmaßnahmen im Alltag

Nicht alle Betroffenen können durch Verhalten und Medikamente Schwellungsattacken vermeiden. Wichtige Angelegenheiten sollten so vorgeplant werden, dass bei Attacken ein Auffangnetz zur Verfügung steht, z. B.: Wer holt das Kind von der Kita ab? Wer kocht das Mittagessen? Wer schaut nach dem pflegebedürftigen Angehörigen?

Die meisten Schwellungsattacken kommen unvermittelt, aber für einen Teil gibt es Auslöser. Wer „seine“ Auslöser kennt, kann sie durch entsprechendes Verhalten vermeiden. Wichtig ist daher, ein Schwellungstagebuch zu führen.

## Schwellungstagebuch

In einem Schwellungstagebuch (auch Schwellungskalender oder Patiententagebuch genannt) werden alle Schwellungen dokumentiert: Wann, wo, wie lange und wie intensiv. Festgehalten werden sollte auch, wann welche Medikamente eingesetzt wurden und welchen (vermutlichen) Attackenauslöser es gab. Schwellungskalender sind in der Regel bei den Behandlungszentren erhältlich, siehe S. 61.

### Attackenauslöser sind z. B.:

- Angst, Stress
- Stöße, Schläge, Stürze
- Operationen, Zahnbehandlungen
- Krankheiten wie Erkältungen oder Grippe
- Hormonschwankungen, z. B. in der Pubertät, im Monatszyklus, in der Schwangerschaft oder den Wechseljahren
- Medikamente, z. B. ACE-Hemmer (Blutdruckmedikamente) und Östrogenhaltige Medikamente (Verhütung, Hormonersatzbehandlungen)

Je nach Absprache mit dem behandelnden HAE-Spezialisten sollten auch alle Ereignisse und Medikamente festgehalten werden, von denen bekannt ist, dass sie eine HAE-Attacke auslösen können. Bei bestimmten Medikamenten müssen Attacken und Medikamente sogar dokumentiert werden.

Wenn persönliche Auslöser bekannt sind, kann man sie vermeiden oder mit einer Kurzzeitprophylaxe gegen eine Schwellung vorbeugen.

## Stress vermeiden

Stress ist ein bekannter Auslöser von HAE. Da er sehr individuell wahrgenommen wird, sind die folgenden Tipps nicht für jeden passend.

Grundsätzlich lässt sich die Widerstandsfähigkeit gegen Stress durch mentales Training und bestimmte Verhaltensweisen verbessern. Stressmanagement-Kurse können auch von der Krankenkasse als Vorbeugung (Prävention) übernommen werden.

*Attackenauslöser*

Manche Aufregung lässt sich durch gute Planung vermeiden. Alle Aktivitäten, die bei Betroffenen bekanntermaßen mit Stress verbunden sein können, sollten genau vorbereitet werden: Ablauf im Kopf durchspielen, alles Notwendige vorher bereitlegen und Zeitpuffer einplanen.

Für alltägliche Abläufe helfen Routinen, denn Gewohnheiten reduzieren Stress im Alltag.

Ein großer Stressauslöser im Leben sind z. B. Umzüge. Sie sind mit viel Arbeit verbunden, überraschenden Vorfällen und einer Veränderung alltäglicher Abläufe. Das Aufstehen, Waschen, Essen und Trinken – schon in der alten Wohnung verschwinden die gewohnten Dinge in Kisten und brauchen danach einen neuen Ort. Die alltägliche Routine muss sich erst wieder einstellen. Umzüge sollten deshalb von langer Hand geplant werden und HAE-Betroffene sollten so wenig wie möglich selbst erledigen. Im Idealfall wird der Umzug komplett von anderen erledigt. Wenn möglich, sollten am Umzugstag vorbeugende Medikamente verabreicht werden. Alle Medikamente sollten immer greifbar sein und nicht in einer Kiste verschwinden.

### **Bewegung und Sport: Keine Stöße und Schläge**

Stöße und Schläge (fachsprachlich: physische Traumen) können Schwellungsattacken auslösen. Deshalb sollten sie möglichst vermieden werden.

Das bedeutet für jegliche Bewegung im Alltag ein vorausschauendes und umsichtiges Handeln.

**Stürze** sollten durch die Reduzierung von Stolperfallen in der Wohnung und am Arbeitsplatz verhindert werden. Auf Treppen gehört die Hand immer ans Geländer.

**Ecken und Kanten**, an denen man sich anstoßen kann, sollten entschärft werden.

Schwere und sehr dynamische **Arbeiten in Haus und Garten** sollte anderen überlassen werden. Gerade bei handwerklichen Arbeiten liegt die Konzentration oft auf dem Arbeitsfeld, nicht auf dem eigenen Körper. Bei notwendigen Arbeiten sollten deshalb alle Schutzmöglichkeiten wie Schutzkleidung, Polster und Sicherheitsschuhe genutzt werden.

Ungeeignet sind alle Sportarten, bei denen es regelmäßig zu Stößen und Schlägen kommt, z. B. Ballsportarten, Kampfsportarten, Klettern oder Bouldern. Empfehlenswert sind dagegen alle Ausdauersportarten ohne Geräte, also insbesondere Wandern, Walken, Joggen und Schwimmen. Diese Sportarten haben zudem den Vorteil, dass sie Stress abbauen und auch damit gegen HAE-Attacken vorbeugen können.

Empfehlenswert sind auch Gymnastik, Yoga, Tai Chi und andere Körperübungen, welche Körpergefühl und Balance stärken, ohne körperlichen oder emotionalen Druck aufzubauen.

## Operationen und Zahnbehandlungen

Operationen und Zahnbehandlungen können Schwellungsattacken auslösen. Deshalb sollte davor, wenn möglich, eine Kurzzeitprophylaxe verabreicht werden. Der behandelnde (Zahn-)Arzt muss über die Gefahr einer HAE-Attacke informiert sein und eine Notfalldosis bereithalten. Nach dem Eingriff sollte eine 24-stündige Überwachung sichergestellt sein.

## Autofahren, Reisen und Urlaub

Wer HAE hat, kann prinzipiell Autofahren und auf Reisen gehen, egal mit welchem Verkehrsmittel und wie weit.

Jeder Autofahrer muss stets sicherstellen, dass er weder sich noch andere gefährdet. Wer als Fahrzeuglenker eine Schwellungsattacke erleidet, welche die Fahrtüchtigkeit einschränkt, muss das Fahrzeug unverzüglich verkehrssicher abstellen. Wer regelmäßig mit Attacken rechnen muss, sollte deshalb längere Fahrten nicht alleine antreten.

Jede weitere Fahrt, Reisen und Urlaube sollten rechtzeitig und gründlich geplant werden, um Stress zu vermeiden. Denn Stress kann eine Schwellungsattacke auslösen. Rechtzeitiges Packen und reichlich geplante Fahrtzeit, z. B. zum Flughafen oder zur Fähre, helfen, entspannt in den Urlaub zu starten.

Zeitverschiebungen und Klimaextreme können zu Attacken führen. Deshalb sollte man sich mit mehreren Reisen daran herantasten, was einem gut tut oder was die Anfallshäufigkeit erhöht.

## Mitnahme von Medikamenten

Die **Notfallmedikamente** (2-fache Dosis) und der Notfallausweis sollten immer dabei sein, bei Auslandsreisen möglichst mit Erläuterungen in der Landessprache. Wer eine Kurz- oder Langzeitprophylaxe nutzt, sollte deutlich mehr als die Mindestmenge mitnehmen oder im Vorfeld klären, wo und wie man vor Ort Medikamente bekommt.

Bei **Flugreisen** sind Spritzen und Flüssigkeiten im Handgepäck in der Regel nicht zugelassen. Für HAE-Patienten sind sie aber im Extremfall lebensnotwendig. Es ist deshalb eine vom Arzt unterschriebene Erklärung notwendig, dass die Medikamente und die Spritzen jederzeit verfügbar sein müssen.

Prinzipiell darf ein Patient alle Medikamente in der **Menge** mit sich führen, die er wegen seiner Erkrankung für die Zeit des Aufenthalts benötigt. Bei der Zollerklärung müssen HAE-Medikamente (anders als Betäubungsmittel) eigentlich nicht angegeben werden. Aber es ist ratsam, vor einer Auslandsreise bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die **genauen Richtlinien** des Reiselandes zu erfragen und ggf. entsprechende Erklärungen bereitzuhalten.

*Notfallmedikamente*

*Flugreisen*

Die Medikamente sollten in ihrer Originalverpackung und mit Beipackzettel transportiert werden. Sie sollten immer aufgeteilt transportiert und aufbewahrt werden: einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer, einen Teil im Hotelzimmer, einen Teil im Safe, einen Teil für unterwegs. Falls ein Gepäckstück abhandenkommt oder eingebrochen wird, ist auf jeden Fall die Medikamentenversorgung gesichert.

Im Beipackzettel der Medikamente steht, bei welchen Temperaturen sie gelagert werden dürfen. Bei Reisen in heiße Länder ist an Isoliertaschen und Kühlakkus zu denken. Bei Flugreisen ist zu bedenken, dass der Gepäckraum Minustemperaturen haben kann.

### **Urlaubsaktivitäten**

Im Urlaub ist Gelassenheit angesagt. Es sollten Aktivitäten unterlassen werden, die zu Stürzen, Schlägen und Stößen führen können, also z. B. Baden in starker Wellenbrandung, Canyoning, enges Gedränge auf Märkten. Auch sollte man auf seinen Körper hören und nicht „alles mitmachen“.

Ideal ist es, wenn die Medikation selbst verabreicht werden kann, oder wenn dies ein Mitreisender übernehmen kann. Ist dies nicht möglich, sollte man sich schon vor Abreise die Arztadressen vor Ort organisieren und Kontakt aufnehmen, um zu klären, wo eine Notfalldosis verabreicht werden kann. Dazu sind in der Regel Informationen in der Landessprache erforderlich. Die sollten Sie beim HAE-Behandlungszentrum oder beim Hersteller der Medikamente erfragen. Auf Kreuzfahrtschiffen gibt es mindestens einen Schiffsarzt, je nach Größe eine ganze Bordklinik, die rund um die Uhr arbeitet. Auch dort sollte eine Voranmeldung erfolgen.

Der behandelnde HAE-Arzt sollte über die Reise informiert sein, um individuelle Tipps und Empfehlungen geben zu können.

### **HAE bei Kindern: Kita und Schule**

Die ersten Schwellungsattacken treten bei den Meisten im Kindesalter oder zur Pubertät auf. Die Kita oder die Schule sollten über die Krankheit informiert sein, damit sie wissen, dass eine Schwellungsattacke auftreten kann, wie sie sich äußert (Bauchkoliken sind nicht sichtbar) und wie dann zu reagieren ist. In der Regel wird eine schriftliche Information mit Anweisungen hinterlegt, über die alle betreuenden bzw. unterrichtenden Fachkräfte informiert werden. Im Idealfall kann auch die Notfallmedikation gelagert werden, damit ein herbeigerufener Notarzt sofort das richtige Medikament verabreichen kann. Je nach Reife des Kindes, spätestens aber im Jugendalter können Betroffene geschult werden, um sich selbst das Medikament zu verabreichen.

Wie bei Erwachsenen können bei Kindern und Jugendlichen die Schwellungsattacken unvermittelt auftreten oder werden durch bestimmte Ereignisse oder Stoffe ausgelöst.

Für Ausflüge und Klassenfahrten gilt das gleiche wie für Reisen, siehe S. 13.

Besonders relevant ist das Thema Stürze und Stöße: Kinder toben nun einmal herum. Hier ist abzusprechen, inwieweit das Kind an Bewegungs- und Sport-Aktivitäten teilnehmen kann. Ziel ist immer, so viel wie möglich zuzulassen, denn die gemeinsamen Aktivitäten sind wichtig für eine gesunde Entwicklung. Eine Sonderrolle kann zu Unverständnis und Ausgrenzung führen.

Im Zweifelsfall sollten Schulpsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten einbezogen werden, um optimale Lösungen zu finden. Sie alle brauchen allerdings eine Information zu HAE, z. B. diesen Ratgeber.

Kita oder Schule sollten vor dem Eintritt des Kindes informiert werden. Denn Kita- und Schuleintritt oder -wechsel sind mögliche Stressfaktoren und so ist vor allem am Anfang das Risiko für Schwellungsattacken erhöht. Auch Belastungen wie Prüfungsstress können Attacken auslösen.

**Wichtig** ist die Information auch bei Aktivitäten in Sportverein, Musikschule, Schachclub etc. Alle Trainer und Lehrer sollten über HAE Bescheid wissen und wissen, wie zu reagieren ist und wo die Notfallmedikation liegt. Das gilt auch für die Eltern von Freunden und für Verwandte.

## Pubertät und Berufswahl

Die **Pubertät** geht mit Hormonschwankungen einher und diese können Schwellungsattacken auslösen. Das gilt für Mädchen und Frauen zudem im Monatsrhythmus der Menstruation. Gleichzeitig beginnt mit der Pubertät die Abnabelung der Kinder vom Elternhaus: Sie wollen sich nichts mehr sagen lassen, sich nicht an Vorschriften halten – oft auch nicht an Einschränkungen wegen der HAE.

Das ist eine schwierige Phase auch für die Eltern: Denn auch wenn sie um ihr Kind Angst haben und verunsichert sind, sollten sie es zu Selbstständigkeit und Eigenverantwortung motivieren. So kann es den Umgang mit seiner Erkrankung lernen und diese selbstständig in den Griff bekommen.

Die Informiertheit des Umfelds ist wichtig bei gefährlichen Attacken. Dies sollten Jugendliche möglichst selbst übernehmen. Informationen sollten nicht ohne ihr Wissen weitergegeben werden, da dies als Vertrauensbruch gewertet werden kann.

HAE kann die **Berufswahl** beeinflussen. Je nach Ausprägung der Krankheit und der Bedeutung von Auslösern sollten manche Berufsbilder gemieden werden. Wer z. B. auf Stöße und Schläge mit Schwellungsattacken reagiert, sollte keinen körperbetonten Beruf wählen. HAE-Attacken sind aber in der Regel nicht so stark, dass sie zu einer sofortigen Arbeitsunfähigkeit führen. Deshalb gibt es für die meisten Betroffenen kaum Einschränkungen bei der Berufswahl. Viel wichtiger sind ein gutes Notfallmanagement und wenn nötig eine wirksame Prophylaxe.

*Pubertät*

*Berufswahl*



## Liebe und Partnerschaft

Mit der Liebe kommen Glück und Liebeskummer. Emotionale Schwankungen können HAE-Attacken auslösen. Das lässt sich nicht vermeiden, aber es ist hilfreich, davon nicht überrascht zu werden.

Der Beginn einer Beziehung ist eine sehr sensible Phase. Jeder Betroffene muss für sich entscheiden, wie offen er mit seiner Erkrankung umgeht, wann er darüber spricht. Ein zu frühes Offenlegen kann das unvoreingenommene Kennenlernen belasten. Ein zu langes Schweigen kann als Vertrauensbruch gewertet werden.

Längere Beziehungen können Differenzen und Spannungen mit sich bringen – was wiederum Schwellungsattacken auslösen kann. Kostenlose Paartherapien können dabei helfen, ein konstruktives, wertschätzendes Streiten zu erlernen. Diese werden z. B. von Profamilia, Diakonie oder Caritas angeboten.

**Ganz wichtig** ist – generell in jeder Beziehung – sich Freiräume zu lassen. Natürlich erfordert eine Erkrankung Rücksicht. Dennoch sollten die eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht vollkommen in den Hintergrund treten.

Bei gemeinsamen Aktivitäten (z. B. Sport, Ausflüge, Konzertbesuche) und bei Alltagsangelegenheiten (z. B. Verteilung der Hausarbeit, Terminabsprachen) kann eine gute und rechtzeitige Planung Stress vermeiden.

## Kinderwunsch und Schwangerschaft

### *Schwangerschaft*

Prinzipiell spricht nichts gegen eine **Schwangerschaft**, aber die Hormonumstellungen können zu vermehrten Schwellungsattacken bei Schwangeren führen. Die Geburt selbst scheint eher keine Schwellungsattacken auszulösen.

### *Kinderwunsch*

Ein Paar mit **Kinderwunsch** sollte sich rechtzeitig darüber austauschen, wie es mit der Vererbung von HAE umgeht. Wenn ein Elternteil HAE hat, ist das Risiko, dass das Kind ebenfalls Schwellungsattacken entwickelt, 50:50. Die Krankenkasse übernimmt hier auch die Kosten für eine genetische Beratung, siehe S. 37.

## Beruf

HAE führt unbehandelt bei den meisten Betroffenen zu vielen Krankheitstagen. Das kann zu Problemen am Arbeitsplatz oder gar zu Jobverlust führen. Oberste Priorität hat deshalb eine gute Akutmedikation, um die Schwellungen schnell einzudämmen. Wenn dies nicht ausreichend gelingt, sollte mit einem spezialisierten HAE-Behandlungszentrum eine Langzeitprophylaxe erwogen werden.

Gleichzeitig kann die Arbeit Schwellungsattacken auslösen. Typische berufsbedingte Auslöser sind Stress sowie bei handwerklichen Berufen Stöße und Unfälle.

## Hilfe bei psychischer Belastung

HAE kann sehr belastend sein. Insbesondere die oft jahrelange vergebliche Ursachensuche und die Angst vor einer lebensbedrohlichen Schwellungsattacke im Hals können ihre Spuren hinterlassen. Studien zeigen, dass Betroffene mit HAE ebenso stark belastet sind wie andere Betroffene mit schweren chronischen Erkrankungen. Manche ziehen sich stark zurück, schämen sich, haben Angst und vereinsamen. Andere bekommen Depressionen.

Doch all diese psychosozialen Folgen können gut behandelt werden. Betroffene sollten sich nicht scheuen, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, Näheres siehe S. 39.

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

-Brutto

Vers

Factor

Line

stätten-Nr.

# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit HAE sind häufig auf medizinische Leistungen wie z. B. Arzneimittel angewiesen. Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

## Zuzahlungsregelungen

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

### Arzneimittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Preis = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
Ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittel können von der Zuzahlung befreit werden.

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

### Festbeträge

Der Festbetrag ist 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 Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

### **Verbandmittel**

Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

### **Heilmittel**

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie Physiotherapie, Ergotherapie oder 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. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

### **Häusliche Krankenpflege**

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

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

### **Haushaltshilfe**

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

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

### **Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung**

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

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

### **Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation**

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

### **Fahrtkosten**

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden.

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

## Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Patient im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann er sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke, Versicherte mit einem geringen Einkommen oder Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen, siehe S. 25.

*Belastungsgrenze*

## Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

### Angehörige des Versicherten sind:

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

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

### Von dem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere **Freibeträge** abgezogen:

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

*Freibetrag*

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



Was zu den „**Einnahmen zum Lebensunterhalt**“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

**Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:**

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

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

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



## 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 (2021: 446 € im Monat/ 5.352 € im Jahr) als monatliches Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,04 €, bei chronisch Kranken 53,52 €.

## Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

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

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d. h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 21), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

## Belastungsgrenze und Zuzahlungsbefreiung

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

### Berechnungsbeispiel

#### Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

**minus** Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €

**minus** Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)

**ergibt:** 7.302 €, davon 2% = Belastungsgrenze: 146,04 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

#### Praxistipps!



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

Menschen mit HAE sind meist auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Unter bestimmten Voraussetzungen gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze. Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

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

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

*Schwerwiegend  
chronisch krank*

*Vorsorge*

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

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

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

*Richtlinie*

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

Wer hilft weiter?



Die zuständigen Krankenkassen.

# Finanzielle Leistungen bei Krankheit

---

HAE führt unbehandelt immer wieder zu Fehlzeiten, was auch zu einem Arbeitsplatzverlust führen kann. Nachfolgend die finanziellen Leistungen, die bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust den Gehaltsausfall teilweise ausgleichen können.

## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

### Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z. B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
  - nicht rechtswidriger Sterilisation,
  - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
  - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
  - einer Organspende und
  - medizinischen Reha-Maßnahmen.

### Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.

- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

### Dauer

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

## Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt **100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts**.

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

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

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

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

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

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





## Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind.

### Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

#### Weitere Voraussetzungen 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 **nicht**.

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

#### Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a.:

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

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

*Kein Anspruch auf Krankengeld*

*Krankengeld für Selbstständige*

## Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 27).

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



## Höhe

### Das Krankengeld beträgt

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

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

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

## Bemessungszeitraum

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

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

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

## Abzüge

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

### Berechnungsbeispiel

*Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat 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.

## Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

### Blockfrist

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Diese 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.

Wer hilft weiter?



Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitslosigkeit

## Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld (auch „Arbeitslosengeld 1“ genannt) wird normalerweise 12 Monate lang gewährt. Wer bei Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 50 Jahre alt ist, hat einen längeren Anspruch: je nach Alter bis zu 24 Monate.

Das Arbeitslosengeld beträgt 60% (ohne Kinder) bzw. 67% (mit Kinder) vom letzten Nettogehalt. Arbeitslosengeldempfänger sind über die Agentur für Arbeit gesetzlich kranken-, pflege- und unfallversichert und meist auch rentenversichert. Wichtig ist eine persönliche und frühzeitige Arbeitssuchendmeldung bzw. Arbeitslosenmeldung.

## Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitslosigkeit
- Die Altersgrenze der Regelaltersrente ist nicht erreicht
- Bereitschaft, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung zu stehen (Arbeitssuchendmeldung, Bewerbung etc.)
- **Persönliche** Arbeitslosenmeldung
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**  
Die Anwartschaftszeit ist in der Regel erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten **30 Monaten** vor der Arbeitslosenmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens **12 Monate** (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand.

## Sonderregelung verkürzte Anwartschaftszeit

**Für Arbeitslose, die die Anwartschaftszeit nicht erfüllen, gilt bis zum 31. Dezember 2022 eine verkürzte Anwartschaftszeit von 6 Monaten, wenn**

- sich die Beschäftigungstage in der Rahmenfrist (30 Monate) überwiegend aus versicherungspflichtigen Beschäftigungen ergeben, die im Voraus auf nicht mehr als 14 Wochen befristet sind und
- in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitslosigkeit das erzielte Arbeitsentgelt das 1,5-fache der zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung maßgeblichen Bezugsgröße (2021: 59.220 €) nicht übersteigt.

## Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig ist oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen (§ 146 SGB III).

## Dauer des Arbeitslosengelds

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld ist von der Dauer der Versicherungspflichtverhältnisse der letzten 5 Jahre vor Entstehen der Arbeitslosigkeit und vom Alter des Antragstellers abhängig.

## Höhe des Arbeitslosengelds

### Die Höhe hängt ab von

- der durchschnittlichen Höhe des zuletzt bezogenen versicherungspflichtigen Netto-Arbeitsentgelts, angesetzt werden 2021 jedoch maximal 7.100/6.700 € (West/Ost) monatlich,
- der Lohnsteuerklasse und
- dem Vorhandensein von Kindern (§ 32 EStG). Arbeitslose mit Kind bekommen 67 % des Nettoarbeitsentgelts, Arbeitslose ohne Kind 60 %.
- Das Selbstberechnungsprogramm zur Ermittlung der Höhe des Arbeitslosengelds der Bundesagentur für Arbeit bietet unter [www.pub.arbeitsagentur.de/start.html](http://www.pub.arbeitsagentur.de/start.html) Orientierungswerte.

### Praxistipp!



Die kostenlose Broschüre „Merkblatt für Arbeitslose“ der Bundesagentur für Arbeit kann unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > *Downloads* > *Merkblatt 1 – Arbeitslosigkeit* heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?



Die örtliche Agentur für Arbeit.

## Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Arbeitslosengeld II (ALG II, umgangssprachlich Hartz IV) erhalten in der Regel Arbeitslose nach dem Arbeitslosengeld, wenn sie erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. ALG II gibt es aber auch als aufstockende Leistung, wenn das Einkommen zu niedrig ist. ALG II ist eine Leistung der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Sozialgeld erhalten Angehörige von ALG-II-Empfängern, die selbst nicht erwerbsfähig oder unter 15 Jahre alt sind.

ALG II und Sozialgeld entsprechen der Höhe der Sozialhilfe und setzen sich aus mehreren Bausteinen zusammen: Den Regelbedarfen (446 € für Alleinstehende), den Kosten für Miete und Heizung, den Beiträgen zu Versicherungen sowie ggf. Mehrbedarfzuschlägen und einmaligen Leistungen.

### Voraussetzungen

**Um ALG II zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:**

- Alter: 15 Jahre bis Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente.  
Für Menschen, die nach dem 31.12.1946 geboren sind, wird die Altersgrenze monatlich stufenweise auf 67 Jahre angehoben.
- Erwerbsfähigkeit, d.h. mindestens 3 Stunden täglich arbeiten können.
- Hilfebedürftigkeit, d.h. der Lebensunterhalt kann nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden.
- Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland.

**Sozialgeld erhalten Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und einen der beiden folgenden Punkte erfüllen:**

- Nicht erwerbsfähig und kein Erhalt von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder
- das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet.

ALG II und Sozialgeld müssen Sie beim örtlich zuständigen Jobcenter beantragen. Der Antrag wirkt rückwirkend bis zum Ersten des Monats, in dem Sie den Antrag stellen. Anträge auf beispielsweise Mehrbedarfe oder Antragsformulare gibt es beim Jobcenter. Online-Anträge können unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > *Arbeitslos und Arbeit finden* > *Arbeitslosengeld II* gestellt werden.

Die Leistungen werden in der Regel für 12 Monate bewilligt, außer wenn über den Antrag nur vorläufig entschieden wurde. Wenn Sie länger hilfebedürftig sind, müssen Sie einen Weiterbewilligungsantrag stellen.



## Umfang und Höhe

ALG II und Sozialgeld entsprechen der Höhe der Sozialhilfe. Es gibt keine aufstockenden Leistungen durch das Sozialamt.

### ALG II/Sozialgeld kann sich aus folgenden Bausteinen zusammensetzen:

- Pauschalierte Regelbedarfe (= Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts)
- Kosten für Unterkunft und Heizung
- Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung
- Bedarf für Bildung und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen
- Mehrbedarfe in besonderen Lebenssituationen
- Einmalige Leistungen

## Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Anspruch auf ALG II/Sozialgeld besteht nur, wenn der Bedarf nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen gedeckt werden kann. Details zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: "Arbeitslosengeld II > Einkommen und Vermögen".

Praxistipp!



Viele Informationen und Details finden Sie in den Merkblättern und Broschüren der Bundesagentur für Arbeit. Downloads unter [www.jobcenter.digital](http://www.jobcenter.digital) > Downloads (unten rechts) > Weitere Downloads.

Wer hilft weiter?



Für Anträge und Informationen sind die örtlichen Jobcenter zuständig.

# Genetische Beratung

**HAE ist vererbbar. Deshalb können HAE-Betroffene bei Kinderwunsch eine genetische Beratung in Anspruch nehmen. HAE wird autosomal-dominant vererbt, das heißt, dass Kinder mit einem Risiko 50:50 die Genmutation erben. Gesunde Kinder tragen keine Genveränderung mehr, d.h., die Mutation kann keine Generation überspringen.**

In der Regel dauert eine genetische Beratung etwa 2–3 Stunden. Zu Beginn werden offene Fragen und das Ziel der Beratung geklärt. Im Verlauf werden vorliegende Arztberichte besprochen, ggf. genetische Untersuchungen (z. B. DNA-Analyse aus einer Blutprobe) durchgeführt und die Ergebnisse bewertet.

**Die genetische Beratung kann z. B. dabei helfen,**

- die Ursache einer Krankheit herauszufinden und wie man diese bestmöglich behandelt,
- zu erfahren wie hoch das Risiko einer erblichen Erkrankung ist oder
- welche Auswirkungen Belastungen während einer Schwangerschaft auf das ungeborene Kind haben.

## Kostenübernahme

Die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten der genetischen Beratung. Sind die Voraussetzungen der Hilfen zur Gesundheit (Gesundheitshilfe) erfüllt, können die Kosten als "Hilfe zur Familienplanung" vom Sozialamt übernommen werden.

- Erste Ansprechpartner sind in der Regel die Frauenärzte.
- Genetische Beratungsstellen können erfragt werden bei Frauenärzten und Schwangerschaftsberatungsstellen.

**Adressen im Internet finden sich unter:**

- [www.bvdh.de](http://www.bvdh.de) > *Genetische Beratungsstellen*, Berufsverband Deutscher Humangenetiker.
- [www.gfhev.de](http://www.gfhev.de) > *Genetische Beratungsstellen*, Deutsche Gesellschaft für Humangenetik.

 **Wer hilft weiter?**





# Psychotherapie

---

**Die Schmerzen und das äußere Erscheinungsbild einer Schwellungsattacke können sehr belastend sein. Hinzu kommt das Wissen und die Angst davor, dass eine Schwellung im Halsbereich zum Ersticken führen kann. Zudem haben viele HAE-Patienten jahrelange Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen hinter sich, im Durchschnitt 10 Jahre.**

Diese Gefühle und Erfahrungen sind in der Regel sehr belastend. Eine Psychotherapie kann dabei helfen, das Erlebte zu verarbeiten und den Alltag nicht von seinen Ängsten bestimmen zu lassen.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen und bis zu 4 Probestellungen in Anspruch nehmen.

## Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung (Intelligenzminderung) höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

## Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen gegebenenfalls einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 41) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen.

## Anerkannte Therapieverfahren

Derzeit anerkannt sind:

- **Verhaltenstherapie**

Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann, bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.

- **Analytische Psychotherapie**

Analytische Psychotherapie geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der analytischen Psychotherapie ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens, in den Bereichen, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.

- **Systemische Therapie**

Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsprozesse des Betroffenen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines Problems beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Dazu gehören nicht unbedingt nur Familienmitglieder – auch andere Personen oder Institutionen können von Bedeutung sein.

Für andere Therapieverfahren übernimmt die Krankenkasse nur im Einzelfall die Kosten.

## Wahl des Psychotherapeuten

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

### Probatorische Sitzungen

Es ist möglich, 2–4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) bei einem Therapeuten in Anspruch zu nehmen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen und auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z. B. Hausarzt, Internist oder Neurologe, aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen**

Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Die KBV > Wer wir sind > Kassenärztliche Vereinigungen stehen die Internetadressen der KVen. Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen – Patientenservice**

Unter [www.116117.de](http://www.116117.de) können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.

- **Terminservicestelle der KV**

Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht.

Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) > Service > Patienten > Terminservicestelle > Terminservicestelle Psychotherapie.

- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer**

Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer finden Sie unter [www.wege-zur-psychotherapie.org](http://www.wege-zur-psychotherapie.org) > Psychotherapeutensuche.

- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst**

Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter [www.psychotherapiesuche.de](http://www.psychotherapiesuche.de) oder Telefon 030 209166330.

- **Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e.V.**

Tipps zur Therapeutensuche finden Sie unter [www.therapie.de](http://www.therapie.de) > Fragen & Antworten > Erfolgreiche Therapeutensuche.



Praxistipps!

- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung**

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

**Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:**

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

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

Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...!“. Es kann unter [www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de](http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de) > *Patienten* > *Faltblätter & Broschüren* > *Kostenerstattung* bestellt oder heruntergeladen werden.

- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**

Beim BfArM finden Sie eine Auswahl aus digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGA), z. B. Apps, die vom BfArM gemäß § 139e SGB V bewertet wurden. Digitale Gesundheitsanwendungen sind von den Krankenkassen erstattungsfähig. Sie bieten einen flexiblen Zugang zu fachgerechter Unterstützung und können z. B. auch als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen. Unter <https://diga.bfarm.de> > *Diga-Verzeichnis öffnen* können entsprechende Angebote und Informationen gesucht werden.

## **Antragsverfahren**

Der Patient muss zusammen mit seinem Therapeuten einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Der Antrag wird zusammen mit einem anonymisierten Bericht (dieser befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer) an die Krankenkasse des Patienten geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, eine Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter weiter (sofern der Antrag gutachterpflichtig ist), der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über den Patienten.

Im Falle einer Ablehnung kann der Patient Widerspruch einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden. Ausführliche Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.

## Dauer

Nach Klärung der Diagnose und Indikationsstellung werden vor Beginn der Behandlung der Behandlungsumfang und die -frequenz festgelegt.

Die Dauer einer Psychotherapie ist abhängig von der Art der Behandlung: Die **Probesitzungen** zählen nicht zur Therapie. Eine Sitzung dauert meist 50 Minuten. Eine **Gruppentherapiesitzung** zählt wie 2 Einzelsitzungen und dauert 100 Minuten.

Einzel- und Gruppentherapie können auch kombiniert werden. Insbesondere bei der systemischen Therapie kann die Behandlung auch zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus der Familie oder dem sozialen Umfeld erfolgen.

Eine Verlängerung kann beantragt werden, wenn mit Ende der Therapiezeit das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber bei Fortführung der Therapie begründete Aussicht darauf besteht.

## Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt, Download unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie*.

Die zuständige Krankenkasse.



Wer hilft weiter?







# Reha

HAE als chronische Erkrankung ist eine dauerhafte Belastung für Betroffene und kann zu psychischen Erkrankungen führen. Reha-Maßnahmen können helfen, die Gesundheit wiederherzustellen, eine Verschlechterung zu verhindern oder den Umgang mit der Krankheit besser zu meistern.

**Wichtig ist**, dass in der Reha-Klinik Informationen zu HAE vorliegen. Das sollte möglichst vor einer Maßnahme geklärt und im Zweifelsfall organisiert werden.

**Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.**

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

## Medizinische Rehabilitation

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

## Voraussetzungen

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

### Allgemein gültige Voraussetzungen

**Voraussetzungen bei jedem Träger einer medizinischen Reha:**

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

### Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert *und*
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden *oder* die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden *oder* der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

*Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung*

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- 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
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente der Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

### Der Rentenversicherungsträger übernimmt die medizinische Reha nicht:

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Ausnahme: Bei Behandlungsbedürftigkeit **während** der medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d. h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z. B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland.

**Ausnahme:** Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

## Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind 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.

Krankenkasse

Renten-  
versicherungsträger

## Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. 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.

### Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

***Ausnahme:** Bei medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sowie Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.*

## Voraussetzungen

**Folgende Voraussetzungen müssen für eine ambulante Reha-Maßnahme vorliegen:**

- 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

Bei einer stationären medizinischen Reha wohnt der Betroffene für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort behandelt.

### Voraussetzungen

**Folgende Voraussetzungen müssen für eine stationäre Reha-Maßnahme vorliegen:**

- 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. Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag dauern die Reha-Maßnahmen 4–6 Wochen.

**Praxistipp!**



Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 20) gewährt werden.

## Reha-Antrag

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

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

### Kostenträger Krankenkasse

**Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha**

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

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

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

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

### Kostenträger Rentenversicherung

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

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden.

**Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden:**

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Auch den Antrag „Schritt für Schritt“ finden Sie unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.
- 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 (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.



## Wahl der Reha-Einrichtung

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

- **Kostenträger Krankenkasse**

Der Patient kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.

- **Kostenträger Rentenversicherung**

Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. 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 Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.

### Praxistipp!

Adressen von Reha-Kliniken können unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) oder [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.

## Berufliche Reha

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha.

Dies umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z. B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Renten- oder Unfallversicherungsträger.

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

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Übernahme weiterer Kosten
- Zuschüsse an den Arbeitgeber

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

## Zuständigkeit und Voraussetzungen

Die Rentenversicherung übernimmt die berufliche Reha, wenn die Maßnahmen geeignet sind, eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu erreichen. Daneben übernehmen unter Umständen auch die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger berufliche Reha-Leistungen.

Die Anträge auf Kostenübernahme für die jeweiligen beruflichen Reha-Leistungen sollten gestellt werden, **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.



### Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

**Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger berufliche Reha-Leistungen (§ 10 SGB VI):**

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden oder  
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden oder  
die Erwerbsfähigkeit kann erhalten werden.

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

**Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger berufliche Reha-Leistungen (§ 11 SGB VI):**

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= die Zeit, in der Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- die Zahlung von Erwerbsminderungsrente wird dadurch verhindert oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- unmittelbarer Anschluss an die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung bei voraussichtlich erfolgreicher Reha.

### Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

**Die Rentenversicherung finanziert ihren Versicherten keine beruflichen Reha-Leistungen bei:**

- Einem Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (z. B. BVG), wenn in diesen Fällen gleichartige Leistungen durch einen anderen Rehabilitationsträger erhalten werden können.
- Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d. h.: kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Vorruhestandsleistungen.
- Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird.
- Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe bzw. freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.

## Dauer

**Grundsatz:** Berufliche Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen.

## Stationäre Leistungen, Unterkunft, Verpflegung

Aus Gründen der Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha können die Maßnahmen auch stationär erbracht werden. Das umfasst neben der Unterkunft auch die Verpflegung, wenn die Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts erforderlich ist.

- Die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Informationen zur beruflichen Reha geben auch die Berufsgenossenschaften unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) > *Rehabilitation/Leistungen* > *Berufliche und soziale Teilhabe*.

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. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.



# 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

ahme einer  
esen



# Behinderung/GdB bei HAE

---

## HAE kann unter Umständen zu einer Behinderung führen.

Eine Behinderung liegt vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, können Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.

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

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

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

## Gleichstellung

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

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

Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

## Grad der Behinderung

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

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Folgende Tabelle kann Anhaltswerte für den Grad der Behinderung bei HAE liefern:

Chronisch rezidivierende Urtikaria/Quincke Ödem	GdB/GdS
Selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare Noxen oder Allergene	0–10
Häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Noxen und Allergene	20–30
schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf	40–50

Eine systemische Beteiligung (z. B. des Gastrointestinaltrakts oder des Kreislaufs) ist ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Für die Bemessung des GdB ist vor allem 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.

Praxistipp!



Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde selbst den Bescheid (für Betroffene meist kostenfrei) noch einmal prüft. Außerdem können Betroffene ihre Ansprüche nur einklagen, wenn sie vorher mit einem Widerspruch keinen Erfolg hatten. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Erhalt des Bescheids bei der Behörde eingegangen sein, die den Bescheid erlassen hat. Ausführliche Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: "Widerspruch im Sozialrecht".

## Schwerbehindertenausweis

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

### Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des schwerbehinderten Menschen oder dessen Bevollmächtigten, bei Kindern unter 15 Jahren der Erziehungsberechtigten. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält jeder einen Schwerbehindertenausweis, der dies bei Antragstellung angegeben hat.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter [www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de) > Themen > Schwerbehinderung > Schwerbehinderung und Ausweis.

### 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 Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei der Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig). Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

## Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis 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.
- **Bei ausländischen, schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

## Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält.

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

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



## Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, z. B. Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

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

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter [www.betacare.de](http://www.betacare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 22191100-6, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (z. B. zu Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**. Adressen unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > Dienststelle finden.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises. Adressen finden Sie bei der Aktion Mensch unter [www.familienratgeber.de](http://www.familienratgeber.de) > Themen > Schwerbehinderung > Schwerbehindertenausweis > Versorgungsamt.





# Behandlungszentren für HAE

## **Universitäts AllergieCentrum Dresden – UAC**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Prof. Dr. Andrea Bauer

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

**Telefon Anmeldung:** 0351 458-2947

(Mo–Fr von 7.30–12 Uhr; Mo und Do von 14–17 Uhr, Di von 14–15 Uhr)

Telefax 0351 458-4338

*[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de) > Das Klinikum > Universitätscentren > Universitäts Allergiecentrum UAC*

## **Leipziger Interdisziplinäres Centrum für Allergologie (LICA)**

Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Prof. Dr. med. Regina Treudler

Philipp-Rosenthal-Straße 23, Haus 10, 04103 Leipzig

**Telefon Terminvergabe:** 0341 97 18691 (Mo, Di, Do, Fr von 8–12 Uhr)

Telefax 0341 97 18609

E-Mail: [allergie-hautklinik@uniklinik-leipzig.de](mailto:allergie-hautklinik@uniklinik-leipzig.de)

*[www.uniklinikum-leipzig.de](http://www.uniklinikum-leipzig.de) > Kliniken & Einrichtungen > Dermatologie, ... > Informationen für Patienten > Sprechstunden*

## **Angioödem-Sprechstunde Berlin**

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Allergie-Centrum-Charité

Charitéplatz 1, 10117 Berlin

### **Anmeldung:**

Telefon 030 450 518 058 (Mo–Do 13.30–15.15 Uhr)

Telefax 030 450 518 958

E-Mail: [termin-allergologie@charite.de](mailto:termin-allergologie@charite.de)

**Informationen zu HAE:** [www.angiooedem.net](http://www.angiooedem.net)

*[www.allergie-centrum-charite.de](http://www.allergie-centrum-charite.de) > Klinik für Dermatologie > Sprechstunden > Angioödem-Sprechstunde*

## **Sprechstunde für das (Hereditäre) Angioödem Lübeck**

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie (Hautklinik) Lübeck

Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, Haus V50, 23538 Lübeck

**Telefon Terminvereinbarung:** 0451 500-41640 (Mo–Fr von 8–12.30 Uhr)

**Notfalltelefon:** 0451 500-41582

Telefax 0451 500-41648

E-Mail: [ambulanz.hautklinik.luebeck@uksh.de](mailto:ambulanz.hautklinik.luebeck@uksh.de)

*[www.uksh.de](http://www.uksh.de) > Medizin > Ambulanzen + Sprechstunden > Mehrmals klicken bei Weitere Ergebnisse > Sprechstunde für das (Hereditäre) Angioödem*

### **Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie Hannover**

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

#### **Telefon Terminvereinbarung:**

0511 532-7650 (Mo–Fr von 10–12 Uhr, Mo, Di, Do von 13.30–15.30 Uhr)

Telefax 0511 532-18850

[www.mhh.de/dermatologie](http://www.mhh.de/dermatologie) > *Klinik > Allergiebehandlung*

### **UniversitätsAllergieZentrum (UAZ) Düsseldorf**

Universitätsklinikum Düsseldorf, HNO-Klinik, Zentrum Operative Medizin II

Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

#### **Terminvergabe:**

Telefon 0211 8119638

E-Mail: [termine-hno@med.uni-duesseldorf.de](mailto:termine-hno@med.uni-duesseldorf.de)

Online: <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-hals-nasen-ohrenheilkunde-hno/klinik/sprechstunde/online-terminvergabe>

Telefax 0211 8118880

[www.uniklinik-duesseldorf.de](http://www.uniklinik-duesseldorf.de) > *Patienten & Besucher >*

*Kliniken/Institute/Zentren > Kliniken > Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde > Leistungsspektrum > Angioödem*

### **Angioödemsprechstunde Krefeld**

Helios Klinikum Krefeld, Hals-Nasen-Ohren-Klinik

Lutherplatz 40, 47805 Krefeld

Telefon 02151 32-2511 (Di von 9–12 Uhr)

Telefax 02151 32-20 40

E-Mail: [info.krefeld@helios-gesundheit.de](mailto:info.krefeld@helios-gesundheit.de)

[www.helios-gesundheit.de](http://www.helios-gesundheit.de) > *Unsere Kliniken > Krefeld > Unser Angebot > Suche nach „Angioödem“*

### **Klinik für Hautkrankheiten Münster**

Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. med. Randolph Brehler

Von-Esmarch-Straße 58, 48149 Münster

**Telefon Terminvergabe:** 0251 83-56507 (Mo–Fr von 9–12 Uhr)

Telefax 0251 83-58534

E-Mail: [allergologie-terminvergabe@ukmuenster.de](mailto:allergologie-terminvergabe@ukmuenster.de)

[www.ukm.de](http://www.ukm.de) > *suche nach Angioödem*

### **HZRM Hämophilie-Zentrum Rhein Main**

Hessenring 13a, Gebäude G1, 64546 Mörfelden-Walldorf

Telefon 06105 96389-09, Telefax 06105 96389-08

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

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

### **Angioödem-Ambulanz und interdisziplinäres HAE-Kompetenzzentrum Frankfurt am Main**

Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. med. Emel Aygören-Pürsün

Theodor-Stern-Kai 7, Haus 32 E, Erdgeschoss, 60590 Frankfurt/Main

Telefon Terminvereinbarung: 069 6301-6432

(Mo-Fr von 8-12 und 13.30-16 Uhr, Do nur -15.30 Uhr, Fr nur -15 Uhr.

Telefax 069 6301-4464

E-Mail: [kkjm-32e@kgu.de](mailto:kkjm-32e@kgu.de)

<https://www.kgu.de/> > Suche nach Angioödem

### **Urtikaria- und Angioödem-Sprechstunde Mainz**

Hautklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz

Dr. med. Petra Staubach

Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

Telefon Anmeldung: 06131 17-2928

(Mo von 9-13 Uhr und Mi von 11-15 Uhr)

Telefax 06131 17-3468

E-Mail: [haut-ambulanz@unimedizin-mainz.de](mailto:haut-ambulanz@unimedizin-mainz.de)

[www.hautklinik-mainz.de](http://www.hautklinik-mainz.de) > Abteilungen > Spezialsprechstunden Urtikaria und Angioödem

### **Angioödemsprechstunde München**

Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik des Klinikums rechts der Isar

Ismaninger Straße 22, 81675 München

PD Dr. med. Adam Chaker und PD Dr. med. Benedikt Hofauer

Telefon Sprechstunde: 089 4140 2390 (Fr von 9-14 Uhr)

E-Mail: [hno@mri.tum.de](mailto:hno@mri.tum.de)

[www.hno.mri.tum.de](http://www.hno.mri.tum.de) > Allergie und Angioödem > Angioödem

### **Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie**

Frauensteige 12, 89075 Ulm

Telefon Terminvereinbarung: 0731 500-59570

(Mo-Do von 8-15 Uhr, Fr von 8-14 Uhr)

E-Mail: [termin.hno@uniklinik-ulm.de](mailto:termin.hno@uniklinik-ulm.de)

[www.uniklinik-ulm.de](http://www.uniklinik-ulm.de) > Kliniken und Zentren >

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde > Allergie und Angioödem > Angioödem





# Adressen

---

Die folgenden Organisationen informieren rund um die Erkrankung HAE.

## **HAE Vereinigung e.V.**

Lucia Schauf  
Mühlenstraße 42c, 52457 Aldenhoven/Siersdorf  
Telefon 02464 908787  
Telefax 02464 908788  
E-Mail: [hae.shg@t-online.de](mailto:hae.shg@t-online.de)  
[www.hae-online.de](http://www.hae-online.de)

## **Deutsche Gesellschaft für Angioödeme (DGA)**

Vorsitzender: Prof. Dr. Konrad Bork, Hautklinik, Universitätsmedizin Mainz  
Langenbeckstraße 1, 55101 Mainz  
E-Mail: [hautklinik.klinik.unimainz.de](mailto:hautklinik.klinik.unimainz.de)  
[www.angioedema.de](http://www.angioedema.de)

## **HAEi – International Patient Organization for C1 Inhibitor Deficiencies**

Kirstinelundsvej 7, 8660 Skanderborg, Dänemark  
E-Mail: [info@haei.org](mailto:info@haei.org)  
[www.haei.org](http://www.haei.org)



## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktion

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

**Leitende Redakteurinnen:** Andrea Nagl, Janina Del Giudice

**Redaktionsteam:** Sabine Bayer, Claudia Gottstein, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Anna Yankers

### Layout und Satz

Manuela Mahl

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

### Alle Rechte vorbehalten

© 2021

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.

1. Auflage, September 2021

# Gesundheit ist unser Ziel!

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



## betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

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

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| - ADHS & Soziales        | - Epilepsie & Soziales   | - Pflege                   |
| - Behinderung & Soziales | - HIV/AIDS & Soziales    | - Pflege-Check             |
| - Brustkrebs & Soziales  | - Osteoporose & Soziales | - Prostatakrebs & Soziales |
| - Demenz & Soziales      | - Parkinson & Soziales   | - Psychose & Soziales      |
| - Depression & Soziales  | - Patientenvorsorge      | - Schmerz & Soziales       |

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

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

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

beta pharm