# Migrane & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

Migräne gehört zu den vorherrschenden neurologischen Erkrankungen. Sie stellt eine der häufigsten Formen des primären Kopfschmerzes dar und wird bereits bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert.

Die Auswirkungen von chronischer sowie episodischer Migräne auf den Patienten und das Umfeld des Betroffenen sind vielfältig und gehen mit großen Herausforderungen einher. Viele Betroffene ziehen sich bei – teils Tage andauernden – Migräneattacken zurück und Angehörige wissen häufig nicht, wie sie mit dem Schmerzpatienten umgehen sollen.

Der Ratgeber "Migräne & Soziales" richtet sich in erster Linie an Betroffene und deren Umfeld. Neben Informationen zur Erkrankung gibt er praktische Tipps zum Umgang mit dieser in Beruf und Alltag. Sozialrechtlich relevante Themen wie Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit sowie Ansprüche auf finanzielle Leistungen und Maßnahmen verschiedener Kostenträger bei Krankheit, Erwerbsminderung und Behinderung runden den Ratgeber ab.

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 "Migräne & Soziales" ist Teil dieses Engagements.

Mit herzlichen Grüßen, Ihre betapharm



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

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

## Inhalt\_\_\_\_\_

| Vorwort  | 2  |
|--|----|
| Migräne  | 5  |
| Formen   |    |
| Ursachen und Auslöser                            |    |
| Besonderheiten bei Frauen                        |    |
| Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen      |    |
| Behandlung                                       | 13 |
| Akutbehandlung                                   |    |
| Vorbeugung                                       | 15 |
| Leben mit Migräne                                | 19 |
| Alltag und Familie                               |    |
| Beruf  | 20 |
| Autofahren                                       | 24 |
| Urlaub   | 26 |
| Sport  | 27 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung           | 29 |
| Zuzahlungsregelungen                             | 29 |
| Zuzahlungsbefreiung                              | 31 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit    | 35 |
| Entgeltfortzahlung                               | 35 |
| Krankengeld                                      | 38 |
| Arbeitslosengeld trotz Krankheit                 |    |
| Kinderpflege-Krankengeld                         | 46 |
| Rehabilitation                                   | 49 |
| Allgemeine Informationen                         | 49 |
| Medizinische Rehabilitation                      | 53 |
| Berufliche Reha                                  | 56 |
| Weitere Reha-Leistungen                          | 57 |
| Behinderung                                      | 59 |
| Grad der Behinderung bei Migräne                 | 59 |
| Nachteilsausgleiche                              | 61 |
| Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung          | 63 |
| Erwerbsminderungsrente                           | 64 |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | 66 |
| Bürgergeld                                       |    |
| Hilfe zum Lebensunterhalt                        | 68 |

| Durchsetzung von Rechtsansprüchen                   |    |
|---|----|
| Widerspruch   | 69 |
| Verfahren vor den Sozialgerichten                   |    |
| Adressen  | 75 |
| Anhang: Übersicht GdB-abhängige Nachteilsausgleiche | 76 |
| Imnressum   | 79 |

## Migräne

Migräne ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Anfallshäufigkeit unterscheidet sich von Patient zu Patient sehr stark. Manche Menschen haben einmal im Jahr eine Migräne, andere leiden mehrmals im Monat oder in seltenen Fällen fast täglich unter Migräneattacken.

Die Attacken treten am häufigsten und schwersten bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 50 Jahren auf. Meist beginnt die Migräne jedoch schon im Jugendalter. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Auch Kinder können von Migräne betroffen sein.

#### Formen

Migräne zählt zu den primären Kopfschmerzen. Im Gegensatz zu den sekundären Kopfschmerzen, die durch andere Ursachen ausgelöst werden, z.B. Verspannung, Medikamente oder Verletzungen, gelten primäre Kopfschmerzen als eigenständige Erkrankung.

Migräne wird in verschiedene Formen unterteilt. Die wichtigsten sind die "Migräne ohne Aura" und die "Migräne mit Aura". Migräne kann auch chronisch werden. Tritt die Migräne weniger als 15 Mal im Monat auf, spricht man von episodischer Migräne.

#### Migräne ohne Aura

Am häufigsten sind Migräneanfälle ohne vorherige Aura. Es handelt sich dabei um eine wiederkehrende Kopfschmerzerkrankung, die sich in 4–72 Stunden dauernden Attacken manifestiert. Meist ist nur eine Kopfseite betroffen, die Seite kann jedoch während einer Attacke und von Anfall zu Anfall wechseln.

#### Typische Symptome sind:

- Pulsierend-pochende Schmerzen
- Mittel bis hoch intensiver Schmerz, der bei k\u00f6rperlichen Routinebewegungen st\u00e4rker wird
- Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit

#### Migräne mit Aura

Vor einer Schmerzattacke kommt es bei einigen Betroffenen zu einer Aura. Von einer Migräne mit Aura wird gesprochen, wenn es sich um wiederkehrende, minutenlange Attacken mit einseitigen, vollständig reversiblen Aura-Symptomen handelt. Diese entwickeln sich in der Regel allmählich. Sie können nacheinander auftreten und jeweils bis zu 1 Stunde anhalten.

Die Aura kann auch erst nach Beginn der Kopfschmerzphase einsetzen oder sich bis in die Kopfschmerzphase hinein fortsetzen. Es ist auch möglich, dass trotz typischer Aura-Symptome die Kopfschmerzen ganz ausbleiben.

#### Typische Aura-Symptome sind:

- Sehstörungen, z. B. eingeschränktes Gesichtsfeld, Flimmern, Blitze, verschwommenes oder verzerrtes Sehen, Sehen von Doppelbildern
- Sprachstörungen
- Sensibilitätsstörungen, z.B. Kribbeln im Gesicht, in den Armen, den Händen
- Lähmungserscheinungen
- Drehschwindel
- Gleichgewichts- und Orientierungsprobleme

#### Chronische Migräne

Treten die Migräneattacken mindestens 3 Monate lang an **mindestens 15 Tagen im Monat** auf, davon an mindestens 8 Tagen mit den typischen Merkmalen des Migränekopfschmerzes, so handelt es sich in der Regel um eine **chronische Migräne**. Die chronische Migräne ist allerdings sehr selten.

Bei einem Übergebrauch von Medikamenten oder anderen Ursachen wird keine chronische Migräne diagnostiziert.

#### Praxistipps!



- Die Einteilung von Migräne im **Diagnosekatalog der "Internationalen Klassifikation der Krankheiten" (ICD)** der Weltgesundheitsorganisation können Sie in der Version ICD–10 unter *www.bfarm.de* > *Kodiersysteme* > *ICD* > *ICD-10-GM* > *ICD-10-GM Version 2024* > *Suchbegriff: "G43"* finden. Die in Klammern stehenden ICD-Codes sind weltweit anerkannt, um medizinische Diagnosen einheitlich zu benennen. Es gibt bereits eine neuere Version der ICD, die ICD-11. Darin sind die Migräne-Diagnosen etwas anders gegliedert und differenzierter erfasst. Sie gilt seit 01.01.2022, wird aber in Deutschland noch nicht verwendet, weil sie noch nicht vollständig übersetzt ist und die Systeme noch nicht darauf umgestellt sind.
- Detaillierte Informationen zu den unterschiedlichen Migräne-Formen gibt die "Internationale Klassifikation der Kopfschmerzerkrankungen" (ICHD-3) der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) unter: https://ichd-3.org/de > Migräne.
   Diese Klassifikation ist wissenschaftliche Grundlage für die neue ICD-11.

#### Ursachen und Auslöser

Die genauen Ursachen für die Funktionsstörungen im Gehirn, welche die Migräne auslösen, sind noch nicht ausreichend erforscht. Bekannter sind dagegen mögliche Auslöser für die Schmerzattacken, die sog. Trigger.

Als **Ursache** für Migräne wird ein **Zusammenwirken von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren** vermutet. Nur bei der sog. familiären Migräne wurde eine genetische Mutation als eindeutige Ursache ausfindig gemacht. Ansonsten ist aber bereits eine ganze Reihe genetischer Risikofaktoren für das Auftreten von Migräne bekannt. Die Forschung ist jedoch hier noch nicht so weit, aus einer Genanalyse auf ein bestimmtes Migränerisiko schließen zu können.

Es gibt viele Studien zu den **Auslösern**, den sog. Triggern, die bei Menschen mit einer entsprechenden Anfälligkeit Migräneattacken auslösen können, wobei häufig unklar bleibt, wann es sich um echte und wann nur um gefühlte Trigger handelt. Offen ist z.B., ob Wetterumschwünge zu Migräneattacken führen oder ob eher die Vorboten einer Migräneattacke zu Wetterfühligkeit führen. Die Trigger sind individuell sehr verschieden und ihnen gilt in der Behandlung, neben der Vorbeugung und Linderung mit Medikamenten, ein Hauptaugenmerk.

#### Mögliche Triggerfaktoren bei Migräne sind z.B.:

- Unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, z.B. zu viel oder zu wenig Schlaf
- Unterzuckerung/Hungerzustand, z.B. aufgrund des Auslassens von Mahlzeiten
- Stress, emotionale Anspannung, plötzliche Entspannung, Veränderungen des Stresslevels
- Hormonelle Schwankungen, bei Frauen z. B. Schwankungen im Zusammenhang mit Periode und Eisprung bzw. aufgrund der Einnahme von Hormonpräparaten, Näheres ab S. 8
- Bestimmte Substanzen, v.a. Alkohol, Drogen und Nikotin, selten auch Nahrungsmittel
- Schwankungen des Koffein-Spiegels
- Äußere Reize, z. B. (Flacker)Licht, Lärm oder Gerüche
- Wetter- und Höhenveränderungen, z.B. Föhn, Kälte
- Starke Emotionen, z.B. ausgeprägte Freude, tiefe Trauer, heftiges Erschrecken
- Medikamente, z.B. Nitropräparate zur Behandlung von Herzkrankheiten oder Potenzmittel

Statt strenger Vermeidung erkannter Trigger wird heute ein **Triggermanagement** empfohlen, bei dem sich die Patienten den Triggern in geringem Umfang aussetzen. Denn eine strenge Vermeidung kann auch dazu führen, dass die Patienten empfindlicher werden und schon geringe Auslöser zu Migräneattacken führen können. Eine dosierte Konfrontation mit Triggern kann hingegen zu einer Art Abhärtung führen. Außerdem gibt es viele Trigger, die schlicht unvermeidbar sind.

#### Praxistipps!



- Es empfiehlt sich, die eigenen Kopfschmerzen und individuellen Triggerfaktoren zu beobachten, um Migräneattacken vorzubeugen. Hier kann
  ein **Kopfschmerz-Kalender**, in dem Stärke, Dauer und eingenommene
  Medikamente dokumentiert werden, hilfreich sein. Die Deutsche Migräneund Kopfschmerzgesellschaft bietet unter www.dmkg.de > Für Patienten >
  DMKG Kopfschmerzkalender Kalender in verschiedenen Sprachen zum Download an.
- Zur Dokumentation von Symptomen und Auslösern zum Triggermanagement werden verschiedene Apps (kostenfrei und kostenpflichtig) angeboten. Die Krankenkassen übernehmen auf Rezept die Kosten einer solchen App, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sie in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen hat, siehe https://diga.bfarm.de. Fragen Sie darüber hinaus auch Ihre Krankenkasse, ob es weitere Migräne-Apps gibt, für die die Kosten übernommen werden.

#### Besonderheiten bei Frauen

Da Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen sind, gilt Migräne als "typisches Frauenleiden". Die Migräneattacken treten nicht nur häufiger auf, die Anfälle sind auch schwerer.

Während bei Kindern die Migräne unabhängig vom Geschlecht etwa gleich häufig auftritt, sind zwischen dem 20. und dem 50. Lebensjahr Frauen bis zu dreimal häufiger betroffen als Männer. Im Alter von 30 Jahren ist dieser Unterschied am größten.

#### Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede:

- Die Attacken sind im Schnitt mit **schwereren** Beeinträchtigungen verbunden als bei Männern.
- Die Attacken dauern im Schnitt **länger** als bei Männern.
- Begleiterscheinungen wie Lichtscheue, Geräuschempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, verschwommene Sicht und Auren treten im Schnitt häufiger auf als bei Männern.

Auslöser können hormonelle Schwankungen, z.B. ein Anstieg und Abfall des Östrogenspiegels beim Eisprung, sein. Entsprechend haben Menstruation, Verhütung, Schwangerschaft, Stillzeit und Wechseljahre Einfluss auf die Erkrankung. Ob die Pille als Hormonpräparat als Migräneauslöser in Frage kommt, ist umstritten. Es gibt Hinweise, dass die Pille Anfälle auslöst, ebenso gibt es Hinweise, dass sie Anfälle reduziert oder abmildert. Klärung kann nur eine individuelle Beobachtung unter fachärztlicher Anleitung bringen. Im Verdachtsfall empfiehlt es sich, zu anderen, nicht-hormonellen Verhütungsmethoden zu wechseln.

#### Migräne während der Menstruation

Bei manchen Frauen treten Migräneattacken im Zusammenhang mit der Menstruation auf. Die sog. **menstruelle Migräne** wird diagnostiziert, wenn die Attacken **nur** im Zeitraum von 2 Tagen vor bis höchstens 3 Tagen nach dem Beginn der Regelblutung auftreten und mindestens in 2 von 3 Zyklen. Dies ist jedoch eher selten. Meistens treten die Attacken auch außerhalb der Regelblutung auf. Dann spricht man von **menstruationsassoziierter Migräne**.

Migräneattacken, die mit der Regelblutung in Zusammenhang stehen, halten oft besonders lange an und die Medikamente zur Akutbehandlung helfen oft weniger gut. Es kommt auch öfter vor, dass ein Medikament zunächst hilft, aber die Schmerzen wieder zurückkehren.

#### Migräne bei Schwangerschaft und Stillzeit

Während der Schwangerschaft haben ca. 80% der Migränepatientinnen weniger, leichtere oder keine Migräneattacken. Dies gilt vor allem bei Migräne ohne Aura, bei der die Attacken im Zusammenhang mit der Menstruation einsetzen. Zudem kann sich die Migräneform ändern, z.B. kann sich eine Migräne mit Aura zu einer Migräne ohne Aura entwickeln. Allerdings kommen die Anfälle nach der Geburt meist wieder und verschwinden bei einer späteren Schwangerschaft oft nicht mehr.

In der Schwangerschaft sollten alle Möglichkeiten zur Vorbeugung ohne Medikamente ausgenutzt werden, da die Einnahme von Medikamenten möglicherweise das Ungeborene beeinträchtigen kann. Auch in der Stillzeit können Medikamente ein Risiko für das Kind bedeuten. Eine Medikamenteneinnahme sollte also sowohl in der Schwangerschaft, als auch in der Stillzeit immer vorab mit einem Arzt abgesprochen werden.

#### Migräne während der Wechseljahre

In der **Übergangsphase** in die Wechseljahre, in der Frauen ihre Periode unregelmäßiger bekommen, steigt zunächst das Risiko für **häufigere** Migräneattacken. Auch eine **Hormonersatztherapie** zur Behandlung von Beschwerden durch die Wechseljahre und zur Vorbeugung von Osteoporose kann zu häufigeren Migräneattacken führen. Eine operative Entfernung der Gebärmutter oder der Eierstöcke ist nicht zu empfehlen, da dies keinen positiven Einfluss auf die Migräne hat.

Im Durchschnitt leiden Frauen **nach den Wechseljahren seltener** an Migräne als während und davor. Oft verschwinden die Migräneattacken oder sie werden seltener, leichter oder klingen schneller ab. Die Symptome können aber auch gleichbleiben oder sich verschlimmern.

Es gibt Hinweise auf ein höheres Risiko für **Bluthochdruck** nach den Wechseljahren im Zusammenhang mit Migräne. Das gilt auch, wenn die Migräne nach den Wechseljahren abgeklungen ist. Betroffene Frauen sollten ihren Blutdruck regelmäßig kontrollieren lassen, um ggf. schnell eine Behandlung beginnen zu können.

#### Praxistipps!



- Informationen zu Möglichkeiten der Behandlung der Migräne mit Medikamenten in der Schwangerschaft bietet das Projekt Embryotox unter www.embryotox.de > Erkrankungen > Migräne. Dort können Sie sich auch individuell am Telefon beraten lassen, Telefon 030 450525700, Mo-Fr von 9-12 Uhr und 13.30-16 Uhr (Mi nicht nachmittags). Diese Beratung ersetzt nicht die Rücksprache mit einem Arzt, hilft aber weiter, wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie auf die ärztliche Empfehlung vertrauen sollten.
- Wenn Sie sich die Pille verschreiben lassen wollen, sollten Sie beim Arzt ansprechen, dass sie unter Migräne leiden. Denn die Einnahme der Pille bei Migräne mit Aura kann das Schlaganfallrisiko erhöhen. Dies gilt besonders für Frauen, die zusätzliche Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen und rauchen. Zu dieser Thematik stellt die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft Informationen bereit unter www.dmkg.de > Empfehlungen > Migräne > Antibabypille bei Migränepatientinnen ohne Aura kein gesteigertes Risiko für Schlaganfall oder Herzinfarkt.

#### Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen ist Migräne seltener als bei Erwachsenen, kommt aber dennoch häufig vor. Dabei zeigen sie oft auch andere Krankheitszeichen als Erwachsene. Eine Diagnose ist meist schwierig und sollte von Kopfschmerzexperten gestellt werden.

#### Zu den typischen Symptomen bei Kindern und Jugendlichen zählen:

- Die Betroffenen unterbrechen ihre Tätigkeit, sind blass und wollen sich hinlegen und schlafen. Oft wachen sie nach einiger Zeit beschwerdefrei auf.
- Die Migräneattacken sind i. d. R. kürzer als bei Erwachsenen, oft nur wenige Stunden. Sie können sogar gänzlich schmerzfrei verlaufen, jedoch kommt es zu Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.
- Übelkeit und Erbrechen sind oft stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen.
- Der Migränekopfschmerz kann bei Kindern und Jugendlichen beidseitig auftreten.
- Es kann wie bei Erwachsenen eine "Aura" entstehen, die z.B. Sprachund Wahrnehmungsstörungen zur Folge hat. Speziell kann hier das sog. "Alice-im-Wunderland-Syndrom" auftreten, bei dem die Betroffenen z.B. ungewöhnliche Bilder sehen oder das Gefühl haben, zu wachsen oder zu schrumpfen. Der Autor von "Alice im Wunderland", Lewis Carroll, verarbeitete in den Geschichten vermutlich seine Erfahrungen mit diesen Migräne-Auren.

Oft ist es schwierig, Migränesymptome bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen. Geachtet werden sollte auf Verhaltensveränderungen wie Müdigkeitserscheinungen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme in der Schule oder wenn ein Kleinkind über Bauchschmerzen klagt. Erzieher und Lehrer sollten von der Migräne-Erkrankung des Kindes wissen, denn auch in der Schule oder KiTa kann eine Überforderung Migräneanfälle auslösen.

#### Bauchmigräne

Wenn Kinder wiederholt plötzliche Bauchschmerzen bekommen, die mit Begleitsymptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blässe und Lichtscheue einhergehen, kann es sich um eine sog. Bauchmigräne (auch abdominelle Migräne genannt) handeln. Betroffene Kinder können während der Attacken nicht mehr lernen oder spielen und müssen sich hinlegen. Diese Migräneattacken können von Kopfschmerzen begleitet sein, wobei die Bauchschmerzen überwiegen. Eine Bauchmigräne kann aber auch ganz ohne Kopfschmerzen auftreten. In der Pubertät verwandelt sich die Bauchmigräne oft in eine Kopfschmerzmigräne. Manchmal verschwinden die Attacken auch in der Pubertät. Bei Erwachsenen kommt diese Form der Migräne nur selten vor.

Gegen die Bauchmigräne helfen Entspannungsverfahren und die Abschirmung von Reizen. Das Führen eines Bauchschmerztagebuchs, um Trigger für die Attacken zu erkennen und einen guten Umgang damit zu finden, kann hilfreich sein. Eine wirksame Behandlung mit Medikamenten ist jedoch oft erst möglich, wenn aus der Bauchmigräne eine Kopfschmerzmigräne geworden ist. Viele Migräne-Medikamente sind jedoch für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen. Eine medikamentöse Therapie sollte nur unter ärztlicher Aufsicht stattfinden.

#### Ursachen und Triggerfaktoren bei Kindern und Jugendlichen

Auch bei Kindern und Jugendlichen sind die Ursachen der Kopfschmerzen noch nicht vollständig erforscht. Neben genetischen Faktoren werden verschiedene "Trigger" vermutet, die einen Migräneanfall auslösen können.

#### Zu den Triggern bei Kindern und Jugendlichen zählen z.B.:

- Unregelmäßige Schlafgewohnheiten
- Bestimmte Nahrungsmittel, z. B. Cola, Kuhmilchprodukte, Schokolade oder Glutamat sowie ein schwankender Blutzuckerspiegel
- Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme
- Hormonschwankungen zu Beginn der Pubertät
- Seelische Belastungssituationen, z.B. familiäre Konflikte
- Stresssituationen, z. B. Lärm in der Kita oder Leistungsdruck in der Schule
- Seh-, Lese- oder Lernstörungen, die nicht erkannt werden
- Bewegungsmangel und Reizüberflutung durch übermäßigen Medienkonsum
- Wetterwechsel und veränderte Lichtverhältnisse
- Physikalische oder chemische Reize, z. B. grelles Licht, starke Gerüche von Zigaretten, Klebstoff oder Benzin

Der Verein MigräneLiga e.V. Deutschland bietet den Ratgeber "Migräne und Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen" unter www.migraeneliga.de > Shop > Broschüren & Infomaterial zum kostenlosen Download an. Gegen eine Versandkostenpauschale kann er auch bestellt werden.





## **Behandlung**

Da die Ursachen von Migräne bis heute nicht geklärt sind, kann sie auch nicht von Grund auf geheilt werden. Die Behandlung zielt deshalb auf die Durchbrechung von Schmerzattacken (Akutbehandlung) sowie auf die Verhinderung von Attacken (Vorbeugung, Prophylaxe) ab. Dafür gibt es mehrere Ansätze.

Bei den meisten Patienten ist eine Kombination verschiedener Behandlungsund Vorbeugemaßnahmen am erfolgreichsten.

#### Akutbehandlung

Bei einer Migräneattacke ist es zu empfehlen, sich in einen dunklen, ruhigen Raum zurückzuziehen, um äußere Einflüsse zu verringern. Für die Akutbehandlung von Migräneanfällen stehen verschiedene Medikamente sowie nicht-medikamentöse Methoden zur Verfügung.

#### Medikamente

#### Folgende Medikamente werden empfohlen:

- Analgetika (Schmerzmittel), z. B. Acetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen, Metamizol, Diclofenac-Kalium, Naproxen, Phenazon, Paracetamol, Kombinationsanalgetika (ASS + Paracetamol + Koffein), bei leichten bis mittelschweren Symptomen
- **Triptane** (gefäßverengende, entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkstoffe) bei schwereren Symptomen
- Kombinationsbehandlung aus einem Triptan und einem Analgetika, z. B. ASS oder Ibuprofen
- Lasmiditan und Rimegepant, wenn Analgetika und Triptane nicht ausreichend wirken oder nicht eingenommen werden dürfen
- Antiemetika (Medikamente gegen Übelkeit und Brechreiz): Metoclopramid, Domperidon

**Nicht** verwendet werden sollten Opioide (z.B. Tramadol) und Tranquilizer (z.B. Diazepam). Zum einen ist das Abhängigkeitsrisiko hoch, zum anderen verursachen diese Medikamente oft chronische Kopfschmerzen. Opioide können darüber hinaus auch zu Erbrechen und Symptomen des zentralen Nervensystems, wie z.B. Schwindel, führen.

Für die **Selbstbehandlung** von Kopfschmerzen werden Ibuprofen, Paracetamol oder ASS empfohlen sowie eine Kombination von ASS, Paracetamol und Koffein. Sowohl die Antiemetika Metoclopramid und Domperidon als auch die meisten Triptane sind in Deutschland **verschreibungspflichtig**.

Die Medikamente wirken am besten, wenn sie so früh wie möglich bei Beginn einer Attacke genommen werden. Bei häufigen Kopfschmerzen oder wenn nicht sicher ist, ob es sich wirklich um eine Migräneattacke handelt, sollten jedoch nicht sofort Medikamente genommen werden. Die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten sollte vermieden werden, da bei zu häufiger Einnahme oder zu hoher Dosierung ein medikamentenbedingter Kopfschmerz entstehen kann. Grundsätzlich sollten Schmerzmittel nicht länger als 3 Tage hintereinander und nicht häufiger als 10 Tage pro Monat eingenommen werden.

#### Ein Arztbesuch ist notwendig, wenn:

- Kopfschmerzen bei Kindern, Jugendlichen und Schwangeren auftreten (viele Medikamente dürfen dann nicht eingenommen werden)
- bisherige Medikamente nicht mehr wirken
- pro Monat an mehr als 10 Tagen Kopfschmerzen auftreten
- Migräneattacken erstmals ab dem 40. Lebensjahr erscheinen
- Schmerzen trotz Behandlung an Dauer, Intensität und Häufigkeit zunehmen oder der Schmerzort sich verändert
- Kopfschmerzen mit Lähmungen, Schwindel, Wahrnehmungsstörungen, psychischen Problemen oder körperlicher Anstrengung einhergehen
- neben der Migräne Symptome anderer Krankheiten wie Epilepsie oder Fieber auftreten
- Zweifel an der Einnahme und Dosierung der Medikamente oder Krankheitssymptome bestehen

Die Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft e.V. hilft bei der **Suche nach Fachärzten oder Kliniken** unter *www.dmkg.de* > *Experten*.

#### Nichtmedikamentöse Akutbehandlung

Folgende zwei nicht-medikamentöse Behandlungen werden in den medizinischen Leitlinien zur Akutbehandlung empfohlen:

- Neurostimulation des Trigeminusnervs durch Klebeelektroden an der Stirn
- Blut-Volumen-Puls-Biofeedback (Vasokonstriktionstraining):
   Dabei lernen die Patienten, die Schläfenarterie durch eigene Willenskraft zu verengen bzw. zu erweitern.

Es gibt Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit von **Akupunktur** zur Akutbehandlung. Ein ausreichender wissenschaftlicher Nachweis dafür wurde bisher jedoch noch nicht erbracht.

Ein neues Verfahren sowohl zur Akutbehandlung als auch zur Prävention ist die **Elektrische Neuromodulation** (Remote Electrical Neuromodulation, REN) **am Oberarm**. Dabei werden durch weitgehend schmerzfreie elektrische Impulse die körpereigenen Mechanismen der Schmerzkontrolle aktiviert.

#### Vorbeugung

Es gibt verschiedene Ansätze, die Migräneanfälle möglichst von vornherein verhindern sollen. Dazu zählen z.B. Ausdauersport und Entspannungsmethoden. Wenn dies nicht hilft, kann auch eine regelmäßige Medikamenteneinnahme dazu beitragen, die Anfälle zu vermeiden.

#### Nicht-Medikamentöse Methoden

Zur Vorbeugung gibt es verschiedene nicht-medikamentöse Methoden:

- **Ausdauertraining:** Regelmäßiges Ausdauertraining wie Joggen, Radfahren oder Schwimmen kann die Häufigkeit und Intensität von Schmerzattacken positiv beeinflussen, Näheres siehe S. 27.
- **Biofeedbacktherapie:** Bei diesem Verfahren wird die bewusste Kontrolle über die körpereigenen Funktionen trainiert, um gezielter gegen Schmerzattacken vorgehen zu können. Durch Sensoren am Körper werden dem Patienten z. B. bildlich oder akustisch ausgewählte Körpersignale rückgemeldet.
- Entspannungstherapie: Besonders effektiv ist die Progressive Muskel-relaxation (PMR). Um Schmerzen nachhaltig zu lindern, ist es notwendig, dass die Übungen jeden Tag 15–20 Minuten durchgeführt werden. Entspannungsverfahren können z.B. im Rahmen einer Reha-Maßnahme von Physio- und Ergotherapeuten oder in Präventionskursen, die von den Krankenkassen bezuschusst werden, erlernt werden. Anbieter sind z.B. Volkshochschulen, Sportvereine und Fitnessstudios.
- **Hypnose** wirkt ebenfalls entspannend und kann Migräneattacken reduzieren oder deren Stärke vermindern.
- Beratung des Patienten (Edukation): Die Informationsvermittlung einer solchen (Online-)Beratung besteht aus dem Erkennen potenzieller Anfalls-auslöser (sog. Trigger), Regeln des gesunden Schlafs (Schlafhygiene), körperlichen Übungen sowie der Benutzung eines Migränekalenders.
- Internet-Anwendungen und Smartphone-Apps zum Triggermanagement: Über diese Anwendungen ist die Protokollierung von Symptomen und Triggern sowie das Erlernen eines guten Umgangs damit möglich.
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Hier geht es z. B. um das Triggermanagement und darum, überhöhte Erwartungen an sich selbst, Versagensängste oder ungünstige Stressbewältigungsstrategien abzubauen, sowie zu lernen, mit einem Anfall umzugehen. In der Therapie können auch günstige Veränderungen des Lebensstils eingeleitet und gefestigt werden.
- Achtsamkeitsmeditation: Bei diesem Verfahren soll die volle Aufmerksamkeit auf die gegenwärtigen Sinnesempfindungen gerichtet werden. Ziel ist es, die Schmerzen dadurch auszublenden.
- **Akupunktur:** Durch das Einstechen winziger Nadeln soll der gestörte Energiefluss, der z. B. durch Migräne entsteht, im Körper normalisiert werden. Dadurch kann die Energie wieder fließen und Beschwerden lassen nach.

#### Medikamente

Medikamente werden nur bei häufigen und/oder besonders stark ausgeprägten Migräneattacken eingesetzt, oder bei anhaltender Aura. Die Medikamente sollen die nichtmedikamentöse Behandlung nur **ergänzen, nicht ersetzen** (Kombinationsbehandlung).

Am besten wissenschaftlich belegt ist die vorbeugende Wirkung der folgenden Medikamente:

- Betablocker: Propranolol, Metoprolol, Bisoprolol
- Flunarizin
- Antikonvulsiva: Valproinsäure und Topiramat
- Antidepressivum: Amitriptylin
- OnabotulinumtoxinA (bei chronischer Migräne)

Ggf. kann der Arzt auch andere Medikamente empfehlen, deren Wirkung weniger gut erforscht ist. Es erfordert in der Regel einige Monate Geduld bis erkannt wird, ob das Mittel hilft oder ob ein anderes Medikament ausprobiert werden muss. Die Mittel zur Akutbehandlung eignen sich **nicht** zur Vorbeugung.

#### Antikörpertherapie

Die Behandlung erfolgt mit sog. monoklonalen Antikörpern **gegen den sog. CGRP-Rezeptor oder gegen CGRP**. CGRP ist ein Botenstoff im Nervensystem. Der CGRP-Rezeptor ist ein Eiweiß, an das CGRP andockt und das dadurch aktiviert wird.

Es ist bekannt, dass CGRP etwas mit der Entstehung von Migräne zu tun hat, aber die Wissenschaft ist noch nicht so weit, dass geklärt wäre, worin der Zusammenhang genau besteht. Dennoch konnte in Zulassungsstudien mit den Antikörpern festgestellt werden, dass diese einem Teil der Menschen mit Migräne helfen: Bei diesen Menschen treten weniger und/oder weniger starke Migräneattacken auf. Die Antikörper sind auch gut verträglich. Nicht ausgeschlossen werden können aber bisher noch unbekannte Langzeitwirkungen.

Drei der entwickelten Antikörper sind in Deutschland zur vorbeugenden Behandlung bei Migräne zugelassen, wenn andere Medikamente versagt haben oder nicht vertragen wurden. Die Behandlung muss nur einmal monatlich oder sogar nur einmal in 3 Monaten erfolgen. Dabei werden die Antikörper entweder unter die Haut oder in die Vene gespritzt. Auch diese Therapiemethode kann und soll die nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden nicht ersetzen, sondern nur ergänzen.

Für viele Patientengruppen kommt die Behandlung bisher nicht in Frage, weil für diese noch keine Studien durchgeführt wurden:

- Patienten mit akuten oder schweren Begleiterkrankungen
- Kinder und Jugendliche
- Menschen im Alter über 65 Jahre
- Schwangere und Stillende
- Frauen im gebärfähigen Alter, die nicht konsequent verhüten

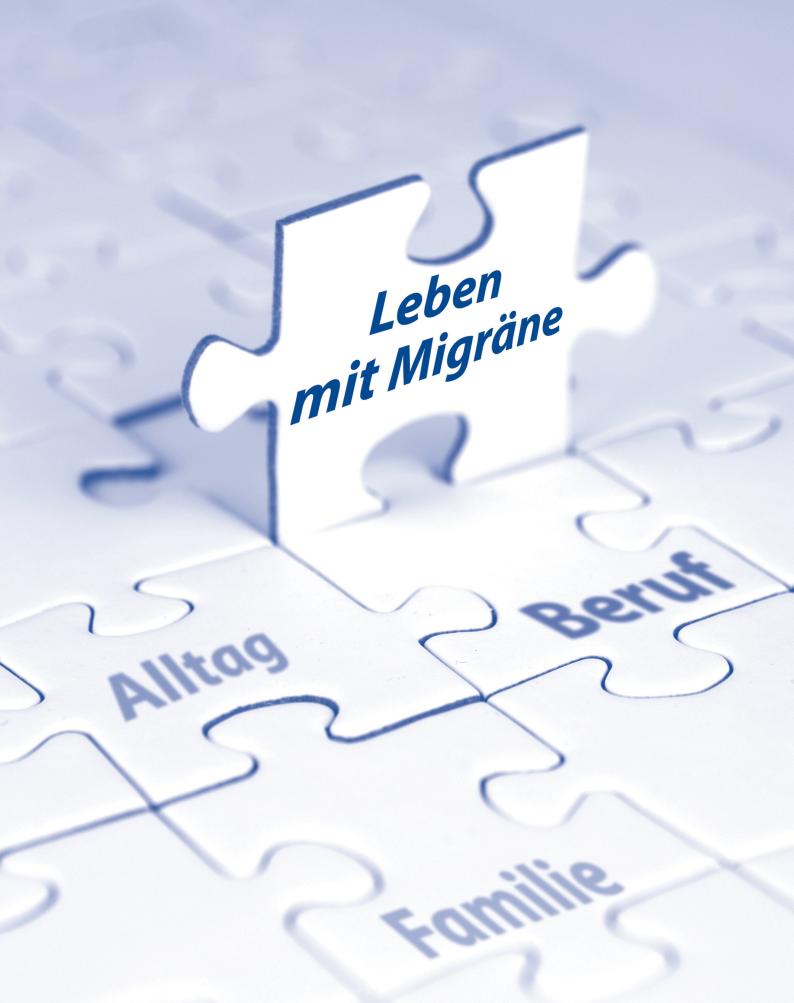
#### Alternative Behandlungsmethoden

**Keine Wirkung** zeigten in wissenschaftlichen Studien Mittel wie Homöopathie oder Piercings. Auch viele andere Methoden, die zur Vorbeugung von Migräneattacken angeboten werden, sind wissenschaftlich nicht erforscht (z. B. Physiotherapie, Psychoanalyse, Neuraltherapie, Chiropraktische Therapie).

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass alternative Ansätze im Einzelfall schmerzlindernd wirken können oder dass sich künftig die Wirksamkeit bestimmter Methoden noch herausstellen wird.

Möglicherweise gibt es eine **Selbsthilfegruppe** für Migränepatienten in Ihrer Nähe. Der Austausch von Erfahrungen, Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit anderen Betroffenen kann bei der Krankheitsbewältigung helfen. Adressen unter *www.dmkg.de* > *Für Patienten* > *Selbsthilfegruppen*.





## Leben mit Migräne

Wiederkehrende Migräneanfälle können das tägliche Leben stark einschränken. Viele Betroffene sind während eines Anfalls kaum oder gar nicht in der Lage, ihren Aktivitäten zu Hause oder im Beruf nachzugehen. Meistens sind die Anfälle nicht vorhersehbar. Geplante Freizeitaktivitäten und Besuche müssen daher oft kurzfristig wieder abgesagt werden. Dies kann die gesamte Familie stark belasten.

#### **Alltag und Familie**

Fällt ein Elternteil wegen eines Migräneanfalls vorübergehend komplett aus, so kann das den Rest der Familie vor große Herausforderungen stellen. Auch an Migräne erkrankte Kinder benötigen zusätzliche Unterstützung und Aufmerksamkeit. Diese muss jedoch oft erst organisiert werden.

#### Haushaltshilfe

Ist die Haushaltsführung sowie die Kinderbetreuung aufgrund eines Migräneanfalls von einem Elternteil nicht mehr möglich, kann bei einigen Krankenkassen eine Haushaltshilfe beantragt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und bei Bedarf die Kinderbetreuung übernimmt. Einen Rechtsanspruch auf Haushaltshilfe gibt es unter bestimmten Voraussetzungen nur als ergänzende Leistung zu einer Vorsorgekur, Rehamaßnahme oder einem Krankenhausaufenthalt, wenn währenddessen kein Haushaltsmitglied den Haushalt weiterführen kann. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Haushaltshilfe".

Einige Krankenkassen leisten jedoch über ihren gesetzlichen Anspruch hinaus auch in anderen Fällen. Dies ist bei jeder Krankenkasse anders geregelt. Welche Voraussetzungen dafür erforderlich sind, muss bei der jeweiligen Krankenkasse direkt erfragt werden.

Wenn Sie wegen wiederkehrender Migräneanfälle regelmäßig eine Haushaltshilfe benötigen und Ihre Krankenkasse diese nicht stellt, haben Sie die Möglichkeit, zu einer **anderen** Krankenkasse mit für Sie günstigeren Regeln zur Haushaltshilfe in deren Satzung zu wechseln.



#### **Private Betreuungsdienste**

Leiden **Kinder** an Migräne, können berufstätige Eltern zur Betreuung ihrer kranken Kinder zu Hause bleiben und **Kinderpflege-Krankengeld**, siehe S. 46, erhalten.

Es kann jedoch Situationen geben, in denen es schwierig ist, der Arbeit fern zu bleiben, z.B. wichtige Termine, keine Vertretung, Abgabefristen oder bereits eine hohe Anzahl an Fehltagen. Für diese Fälle gibt es die Möglichkeit, **private Betreuungsdienste** in Anspruch zu nehmen. Diese kümmern sich bis zu 8 Stunden im Haushalt der Eltern um das kranke Kind. Manche Anbieter erledigen auch den Haushalt oder die Essenszubereitung.

Wer hilft weiter?



- Der Kinderschutzbund vor Ort hat im Regelfall eine Liste der örtlichen Betreuungsdienste, Adressen unter www.dksb.de > Über uns > Kinderschutzbund vor Ort.
- In vielen deutschen Städten, z.B. Berlin, Dresden, Hamburg und Köln, vermittelt der Notmütterdienst unter www.notmuetterdienst.de eine passende Kinderbetreuung.

#### **Beruf**

Migräne kann die Leistungsfähigkeit einschränken und zu häufigen Kurzzeiterkrankungen führen. Manchmal haben Kollegen und Vorgesetzte wenig Verständnis für das "Kopfweh" der Betroffenen. Auch die Sorge, aufgrund zahlreicher Krankmeldungen den Arbeitsplatz zu verlieren, ist daher manchmal nicht ganz unberechtigt.

Tritt eine Schmerzattacke auf, ist es meist nicht möglich, mit voller Leistung weiterzuarbeiten. Treten zudem neurologische Ausfälle, wie z. B. Wahrnehmungsstörungen, auf, kann das je nach Tätigkeit erhebliche Risiken mit sich bringen. Nehmen Patienten dann **Medikamente häufiger und in höheren, unüblichen Dosen** ein, um weiterarbeiten zu können, kann dies dazu führen, dass die Abstände zukünftiger Anfälle kürzer werden oder Kopfschmerzen erst aufgrund der überhöhten Medikamenteneinnahme entstehen.

#### Betriebliche Anpasssungen

Oft kann es helfen mit Vorgesetzten und Kollegen offen über die Krankheit zu sprechen. Dabei können möglicherweise Lösungen gefunden werden, wie mit Migräneanfällen während der Arbeitszeit umgegangen werden kann.

Arbeitgeber können versuchen, durch betriebliche Veränderungen bekannten Migräneauslösern entgegenzuwirken. Dazu zählen z.B.:

- Bereitstellen eines Ruheraums, um die Arbeit bei Bedarf unterbrechen zu können
- Aufstellen von Trennwänden in Großraumbüros, um die Geräusche zu minimieren
- Bezuschussung einer Bildschirmarbeitsplatzbrille, um die Augen bei der Arbeit an Bildschirmen zu entlasten
- Ergonomisch eingerichteter Arbeitsplatz, um Verspannungen im Schulterund Nackenbereich zu vermeiden
- Flexiblere Arbeitszeiten und Home Office, um Migräneauslösern besser aus dem Weg gehen zu können

Bei schweren Fällen von Migräne kann es möglicherweise helfen, die bisherige Tätigkeit nicht oder nicht mehr im gleichen Umfang auszuüben. Eine **Verringerung der Arbeitszeit** oder der **Wechsel in einen anderen Tätigkeitsbereich**, in dem bekannte Trigger vermieden werden können, könnte dazu beitragen, die berufliche Situation zu verbessern.

- Für die Dauer des Migräneanfalls können Betroffene sich ihre **Arbeits-unfähigkeit ärztlich attestieren** lassen. Sie erhalten dann Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie nach krankheitsbedingter Abwesenheit von mehr als 6 Wochen unter bestimmten Voraussetzungen Entgeltersatzleistungen durch die Krankenkasse oder die Arbeitsagentur, siehe ab S. 35.
- Seit 07.12.2023 ist die telefonische Krankschreibung für bis zu 5 Tage möglich, sofern Sie als Patient in der Praxis bekannt sind.

#### Betriebliches Eingliederungsmanagement

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) hat das Ziel, bei krankheitsbedingten Fehltagen von mehr als 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Beschäftigten werden durch verschiedene Maßnahmen und Nachteilsausgleiche, z.B. Zusatzurlaub oder auch Zuschüsse für Betriebe, darin unterstützt, dass sie sich im Berufsleben halten können.

Eine mögliche Maßnahme im Rahmen des BEM ist die **stufenweise Wieder-eingliederung** (sog. Hamburger Modell). Es handelt sich dabei um eine Maßnahme der medizinischen Reha. Sie soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern. Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: "Stufenweise Wiedereingliederung"*.



#### Kündigungsschutzklage bei krankheitsbedingter Kündigung

Der offene Umgang mit der Erkrankung kann leider auch dazu führen, dass der Arbeitgeber es leichter hat, zu beweisen, dass der Arbeitnehmer auch in Zukunft häufig krank sein wird. Damit kann er unter Umständen eine Kündigung begründen. Denn der Arbeitgeber muss sehr häufige Kurzzeiterkrankungen durch eine Migräne mit schlechter Krankheitsprognose nicht immer hinnehmen. Das gilt selbst dann, wenn eine Schwerbehinderung (siehe ab S. 59) wegen der Migräne festgestellt wurde.

Voraussetzungen für eine krankheitsbedingte Kündigung sind:

- Negative Gesundheitsprognose
- Erhebliche betriebliche Beeinträchtigung, z.B. Betriebsablaufstörungen oder Entgeltfortzahlungskosten
- Eine Interessensabwägung ergibt eine **unzumutbare Belastung** für den Arbeitgeber durch die betrieblichen Beeinträchtigungen

Eine Kündigung wegen häufiger Arbeitsausfälle ist jedoch an strenge Voraussetzungen geknüpft. Beispielsweise müssen Arbeitgeber vor einer krankheitsbedingten Kündigung nachweisen, dass andere Mittel, wie z.B. ein betriebliches Eingliederungsmanagement oder eine stufenweise Wiedereingliederung nicht erfolgreich waren (oder gewesen wären). Anderenfalls wird die Interessensabwägung zu Gunsten des Arbeitnehmers ausfallen. Vor einer krankheitsbedingten Kündigung muss zudem auch der Betriebsrat, sofern vorhanden, gehört werden.

## In manchen Fällen gilt das Kündigungsschutzgesetz jedoch <u>nicht</u> oder nur teilweise:

- In Kleinbetrieben mit bis zu 10 Beschäftigten (Auszubildende werden nicht mitgezählt, Teilzeitbeschäftigte werden bei bis zu 20 Wochenstunden mit 1/2, bei bis zu 30 Wochenstunden mit 3/4 eingerechnet.)
- In den ersten 6 Monaten einer Beschäftigung
- Bei bestimmten leitenden Angestellten (z. B. Geschäftsführung mit Personalverantwortung, Vorstand)

In diesen Fällen können die Betriebe ohne Angabe von Gründen oder Einhaltung der Kündigungsfrist Beschäftigte entlassen.

In Tarifverträgen oder Arbeitsverträgen kann es jedoch besondere Regeln geben, die eine krankheitsbedingte Kündigung erschweren.

Kommt es dennoch zu einer krankheitsbedingten Kündigung, kann sich der Arbeitnehmer mit einer **Kündigungsschutzklage** oft erfolgreich dagegen wehren. Diese muss innerhalb von 3 Wochen nach Erhalt des Kündigungsschreibens beim zuständigen Arbeitsgericht eingereicht werden. Es ist ratsam, sich vor der Klage von einem **Rechtsanwalt** beraten zu lassen.

- Sollten die Kosten für einen Anwalt Ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigen, kann für die Prüfung der Erfolgsaussichten einer Klage Beratungshilfe in Anspruch genommen werden. Kommt es dann zu einer Klage, so können Bedürftige für die Kosten Prozesskostenhilfe beantragen. Falls Ihre Klage keinen Erfolg hat, müssen die Kosten der anderen Partei nicht getragen werden. In der ersten Instanz vor dem Arbeitsgericht trägt jede Partei ihre Kosten selbst.
- Eine rechtzeitig abgeschlossene Rechtsschutzversicherung, welche das Arbeitsrecht abdeckt, ist für alle Arbeitnehmer empfehlenswert und schützt vor den Kosten eines Arbeitsgerichtsprozesses. Wichtig ist, dass Sie die Versicherung nicht erst dann abschließen, wenn schon ein Konflikt mit dem Arbeitgeber besteht. Denn meist zahlt die Versicherung erst, wenn sie bereits eine Weile besteht und nicht, wenn der Konflikt bei Versicherungsbeginn bereits bestanden hat.
- Auch eine offensichtlich unrechtmäßige Kündigung wird wirksam, wenn Sie nicht fristgerecht Kündigungsschutzklage erheben. Verzichten Sie daher auf keinen Fall auf die Klage, weil Sie denken, dass die Kündigung "sowieso nicht rechtmäßig" ist.
- Wird der Kündigungsschutzprozess vor dem Arbeitsgericht verloren, können Sie dagegen Berufung beim Landesarbeitsgericht und bei Bedarf Revision beim Bundesarbeitsgericht in Erfurt einlegen. Dort ist die anwaltliche Vertretung Pflicht. Die Kosten einer Berufung und/oder Revision trägt jeweils die Partei, welche den Prozess verliert.
- Im Falle einer krankheitsbedingten Kündigung sollten Sie sich rechtzeitig um Ihren weiteren Lebensunterhalt und Krankenversicherungsschutz kümmern. Dazu zählen z.B. Anträge auf Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit, oder auf Bürgergeld vom Jobcenter, falls das Arbeitslosengeld zu niedrig zum Leben ist oder kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht. Bei schweren Verlaufsformen der Migräne können die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente (siehe S. 64) vorliegen.



#### **Autofahren**

Migräneattacken und Medikamenteneinnahme zur Vorbeugung und Behandlung einer Migräne können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bei einer Migräneattacke ist Autofahren meist nicht mehr möglich und auch nicht erlaubt. Wer dennoch fährt, kann sich strafbar machen.

Die Kriterien für die Fahrtauglichkeit werden in den "Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung" definiert. Diese werden von der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) herausgegeben und veröffentlicht. Sie können kostenlos heruntergeladen werden unter https://bast.opus.hbz-nrw.de > Suchbegriff: "Begutachtungsleitlinien Kraftfahreignung 2022." Sie werden verwendet, wenn es darum geht, ob eine Fahrerlaubnis (wieder)erteilt oder entzogen wird, aber auch, um zu klären, ob eine Person fahren durfte oder nicht (z.B. nach einem Unfall oder wenn der Polizei eine unsichere Fahrweise aufgefallen ist).

**Grundsätzlich gilt:** Bei akuten, vorübergehenden, sehr selten vorkommenden oder nur kurzzeitig anhaltenden Erkrankungen müssen Betroffene **kritisch prüfen**, ob sie noch fahren können oder nicht. Im Zweifel müssen sie zur Sicherheit das Fahrzeug stehen lassen oder anhalten oder ärztlichen Rat einholen, bevor sie losfahren. Tun sie das nicht, gefährden sie den Straßenverkehr und müssen mit einer Strafe rechnen.

Migräneattacken werden dabei grundsätzlich genauso behandelt wie z. B. grippale Infekte oder eine Magen-Darm-Grippe. Sie gelten als akut, vorübergehend und kurzzeitig anhaltend. Deshalb können viele Menschen mit Migräne jede Fahrerlaubnis bekommen und behalten und dürfen außerhalb der Migräneattacken uneingeschränkt fahren.

#### Fahrerlaubnis bei Migräneschwindel

Spezielle Regeln gibt es für Migräne, die mit Schwindelanfällen einhergeht. Spontan wiederkehrende Schwindelanfälle können während einer Migräneattacke, aber auch davor oder danach auftreten. Sie dauern in der Regel mehrere Stunden, können aber auch wenige Minuten oder mehrere Tage anhalten. Während solcher Anfälle sind Betroffene **nicht** fahrtauglich.

Die Schwindelanfälle können ganz plötzlich auch während der Fahrt auftreten und deshalb ein Grund dafür sein, dass Betroffene

- keine Fahrerlaubnis bekommen.
- die Fahrerlaubnis abgeben müssen,
- die Fahrerlaubnis nicht zurückbekommen,
- auch außerhalb von Migräneattacken nicht fahren dürfen, selbst wenn sie (noch) eine Fahrerlaubnis haben.

Bei der Beurteilung der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in 2 Gruppen unterteilt:

- Bei der **Fahrerlaubnisgruppe 1** (z. B. für Motorräder und PKWs) besteht eine Fahreignung nach fachärztlicher Untersuchung nur, wenn
  - die Anfälle von Migräneschwindel sich durch Vorzeichen ankündigen und es deshalb möglich ist, vorher anzuhalten oder
  - ohne Vorzeichen oder bei erstmaliger Schwindelattacke frühestens nach
     6 Monaten Beobachtungszeit ohne Anfälle von Migräneschwindel.
     Dies gilt auch bei einer erstmaligen Schwindelattacke, bei der es noch keine gesicherte Diagnose gibt.
- Bei der **Fahrerlaubnisgruppe 2** (z. B. für LKWs und Busse) besteht eine Fahreignung nach fachärztlicher Untersuchung,
  - bei Migräneschwindel mit Vorzeichen oder noch nicht gesicherter
     Diagnose nach einer attackenfreien Beobachtungszeit von 6 Monaten oder
  - bei Migräneschwindel ohne Vorzeichen nach einer attackenfreien Beobachtungszeit von 12–24 Monaten.

#### Fahrtauglichkeit bei Medikamenten

Wenn Medikamente zur Vorbeugung und Behandlung von Migräneattacken eingenommen werden, können diese die Fahrtauglichkeit einschränken. Die Behandlung mit Triptanen kann z. B. Schläfrigkeit verursachen und die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben beeinträchtigen. Autofahren ist eine komplexe Tätigkeit, welche die ganze Wachsamkeit erfordert. Hinweise dazu sind in der Packungsbeilage des jeweiligen Medikaments enthalten. Es sollte möglichst mit dem Arzt und/oder Apotheker abgesprochen werden, ob Betroffene bei Einnahme eines bestimmten Medikaments ein Kraftfahrzeug führen können oder nicht. Das gilt auch für typische Medikamente zur Selbstbehandlung von Migräneattacken, die nicht verschreibungspflichtig sind.

#### Strafbarkeit

Wer ein Kraftfahrzeug wegen einer Migräneattacke oder der Einnahme von bestimmten Migräne-Medikamenten **nicht sicher führen** kann und trotzdem damit am Straßenverkehr teilnimmt, muss mit einer Straße wegen Gefährdung des Straßenverkehrs rechnen.

#### Urlaub

Um Migräne im Urlaub bestmöglich abzuwenden, ist ein guter Umgang mit möglichen Migräneauslösern wichtig. Auch bei der Mitnahme von Medikamenten gibt es einiges zu beachten.

#### Migräneauslöser im Urlaub

Typische Migäneauslöser im Urlaub sind, z.B. unregelmäßiger Tagesablauf, Alkohol, Lärm oder starke Sonneneinstrahlung. Diese Trigger müssen nicht in jedem Fall gemieden werden (Triggermanagement), siehe S. 7. Um Jetlag entgegenzuwirken, kann es helfen, auch im Urlaub den normalen Tagesrhythmus so weit wie möglich einzuhalten. Betroffene, die bei plötzlicher Entspannung Anfälle bekommen können, sollten ihren Urlaub langsam angehen lassen bzw. versuchen, im Alltag schon ein bis zwei Tage vor dem Urlaubsbeginn die Belastung zu reduzieren.

#### Medikamente

Tipps zum Umgang mit Medikamenten im Urlaub:

- Bei allen Reisen sollten immer **ausreichend** Medikamente für den Fall eines Migräneanfalls mitgenommen werden.
- Medikamente sollten immer aufgeteilt transportiert und aufbewahrt werden: einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer, einen Teil im Hotelzimmer, einen Teil für unterwegs. Falls ein Gepäckstück verloren geht, ist die Medikamentenversorgung auf jeden Fall gesichert.
- Bei Flugreisen sollten Schmerzmittel im **Handgepäck** mitgeführt werden, weil Temperatur- und Druckverhältnisse im Gepäckraum stark schwanken und die Wirksamkeit der Medikamente beeinträchtigen können.
- Bei Auslandsreisen ist es wichtig, sich vor der Einreise über die jeweiligen Bestimmungen zur Einfuhr von Schmerzmitteln zu informieren. Diese können je nach Reiseziel sehr unterschiedlich ausfallen. Wichtig ist in jedem Fall eine ärztliche Bescheinigung über die Medikamenteneinnahme des behandelnden Arztes in englischer Sprache.
- Bei Reisen innerhalb der EU darf grundsätzlich der Eigenbedarf an Medikamenten mitgeführt werden. Nähere Informationen bietet die Bundespolizei unter www.bundespolizei.de > Sicher auf Reisen > Mit dem Flugzeug > Was darf ich mitnehmen?
- Bei Reisen außerhalb der EU ist es besonders wichtig, die Einreisebestimmungen im Vorfeld zu erfragen. Eine rechtsverbindliche Auskunft erteilt die Botschaft des Reiselandes in Deutschland. Kontaktdaten gibt es beim Auswärtigen Amt unter www.auswaertiges-amt.de > Sicher Reisen > Vertretungen Ihres Reiselandes in Deutschland.

#### **Sport**

Besonders Ausdauersport ist zur Vorbeugung von Migräneattacken sinnvoll. Andererseits kann Sport auch Migräneattacken auslösen. Welcher Sport in welchem Umfang und welcher Intensität gut tut, ist individuell verschieden.

#### Vorbeugung durch Bewegung

Regelmäßiger Ausdauersport im niedrigen bis moderaten Belastungsbereich (aerobes Training) kann die Häufigkeit von Migräne vermindern und wird zur Vorbeugung empfohlen. Optimal ist Ausdauersport 3 Mal pro Woche für jeweils eine halbe Stunde.

Unklar ist dabei, ob dieser Effekt direkt auf den Sport und die damit verbundene Steigerung der Ausdauer zurückzuführen ist. Die entspannende, stressabbauende Wirkung von Sport und/oder die Wirkung von Sport gegen Übergewicht könnten ebenfalls dafür verantwortlich sein, dass die Migräne sich bessert. Wissenschaftlich konnte das bisher noch nicht geklärt werden.

Ratsam sind besonders Sportarten wie Radfahren, Joggen, Walken, Wandern, Langlaufen oder Schwimmen und entspannende Betätigungen wie Tai-Chi oder Yoqa.

#### Sport als Migräneauslöser

Es kommt vor, dass Migräneattacken durch Sport ausgelöst werden. Dabei ist wissenschaftlich noch nicht ausreichend geklärt, ob bzw. inwieweit und warum der Sport selbst Auslöser (Trigger) für die Attacken ist. Einigen Betroffenen hilft es, beim Sport darauf zu achten, viel zu trinken und vorab genug zu essen, damit die Migräneattacken ausbleiben. Denn die wirklichen Trigger könnten auch Flüssigkeitsmangel oder Unterzuckerung sein.

Es gibt wissenschaftliche Theorien zum Zusammenhang von Sport und Migräneattacken. Eine davon hat mit dem Stoff **CGRP** zu tun, der mit Migräneattacken in Verbindung gebracht wird und auch beim Sport in höherer Konzentration im Nervensystem gefunden wurde. Näheres zu CGRP und der damit in Zusammenhang stehenden Antikörpertherapie, siehe S. 16.

Auch **Sonne und Hitze** können Anfälle zusätzlich begünstigen. Bei Outdoor-Aktivitäten sollten diesbezüglich sensible Patienten große Hitze meiden bzw. hochwertige Sonnenbrillen tragen.

Von folgenden Sportartarten ist eher abzuraten:

- Sportarten mit ruckartigen Bewegungen, Erschütterungen und ständigem Wechsel von Be- und Entlastung, z.B. Squash, Fußball, Handball, Kampfsportarten und Reiten gelten als ungünstig bei Migräne.
- Sportarten in großer Höhe (Fliegen, Klettern) und Tiefe (Tauchen). Hier gibt es unterschiedliche Empfehlungen. Bei Menschen mit ausgeprägten Seh-, Konzentrations- und Bewegungsstörungen im Zusammenhang mit einer Migräneattacke ist von diesen Sportarten abzuraten.
- Anaerober intensiver Sport wie z.B. Krafttraining gilt eher als Trigger als moderater aerober Sport wie z.B. Walking. Beim anaeroben Training läuft die Energiegewinnung im Körper ohne Sauerstoff ab und führt in der Regel zu schnellerem Muskelaufbau. Beim aeroben Training laufen die Stoffwechselprozesse mit Sauerstoff ab und führen zu mehr Ausdauer.

Aber: Die **Selbstbeobachtung** wird zeigen, ob der Sport im individuellen Fall tatsächlich Migräneanfälle auslöst. Den Einstieg sollten Migränepatienten vorsichtig und mit reduzierter Belastung gestalten. Grundsätzlich sollten Freizeitpartner über die Möglichkeit eines Anfalls informiert sein.

Während einer akuten Migräneattacke verschlimmert Bewegung in der Regel die Symptome. Wenn sich während des Sports ein Anfall ankündigt, sollte die Aktivität deshalb sofort abgebrochen werden.

## Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Dies gilt jedoch nur bis zur sog. Belastungsgrenze. Diese liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens aller Haushaltsangehörigen. Bei schwerwiegend chronisch Kranken liegt sie bei 1%. Wer diese innerhalb eines Jahres erreicht, kann sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen. Kinder und Jugendliche sind von allen Zuzahlungen befreit (Ausnahme Fahrtkosten).

Zur Behandlung von Migräne sind oft zahlreiche Medikamente erforderlich. Kommen noch weitere Gesundheitsleistungen dazu, z.B. Reha, ein Krankenhausaufenthalt oder Medikamente und Heil- und Hilfsmittel für andere Erkrankungen, kann die sog. Belastungsgrenze für Zuzahlungen schnell erreicht werden, siehe S. 31.

#### 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 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

| Preis/Kosten   | Zuzahlung          | Beispiel                                       |
|----------------|--------------------|--|
| bis 5 €        | Kosten = Zuzahlung | Kosten Medikament: 3,75 €<br>Zuzahlung: 3,75 € |
| 5 € bis 50 €   | 5€                 | Kosten Medikament: 25 €<br>Zuzahlung: 5 €      |
| 50 € bis 100 € | 10 % der Kosten    | Kosten Medikament: 75 €<br>Zuzahlung: 7,50 €   |
| Ab 100 €       | 10 €               | Kosten Medikament: 500 €<br>Zuzahlung: 10 €    |

#### Geringere Zuzahlung aufgrund von Rabattverträgen

Hat die Krankenkasse der versicherten Person mit einem Arzneimittelhersteller zu einem bestimmten Medikament einen sog. Rabattvertrag geschlossen, liegt es im Ermessen der Krankenkasse, ob sie die Zuzahlung ganz oder teilweise erlässt.

#### Praxistipp!



Wer hilft weiter?



Medikamente können aus verschiedenen Gründen **ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit** sein. Für Versicherte kann es sich daher lohnen, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen. Unter *www.gkv-spitzenverband.de* > *Krankenversicherung* > *Arzneimittel* > *Zuzahlungsbefreiung* ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

- Apotheken sind mit Datenbanken verknüpft, in denen sie die aktuelle Zuzahlung für ein bestimmtes Medikament für Versicherte einer bestimmten Krankenkasse herausfinden. Zum Teil können Apotheker auch zuzahlungsfreie Alternativen vorschlagen.
- Ärzte, speziell wenn es um die Umstellung auf ein anderes Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geht.
- Krankenkasse, speziell wenn es um Befreiungen infolge von Rabattverträgen geht.

#### Verbandmittel

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

#### Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

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

#### Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, wie z.B. Krücken, bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder auch TENS-Geräte.

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

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

#### Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

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

#### **Soziotherapie**

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung psychisch schwer kranker Menschen. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

#### Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

#### Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.
Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation werden angerechnet.

#### Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

#### **Fahrtkosten**

Zuzahlung: 10% der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

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

#### Zuzahlungsbefreiung

Da Zuzahlungen viele Menschen finanziell überfordern können, sind diese in Abhängigkeit vom Einkommen begrenzt. Für Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen gibt es Sonderregelungen und bei Bezug von Sozialleistungen gelten andere Belastungsgrenzen.

#### Belastungsgrenze

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

#### Berechnung der Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt

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

**Einnahmen** zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

**Nicht** zu den Einnahmen zählen z.B. Pflegegeld, Kindergeld. Was zu den "Einnahmen zum Lebensunterhalt" zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen bei Leistungen heruntergeladen werden.

## Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
  - mitarbeitende Familienangehörige
  - sonstige Angehörige

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

#### **Freibetrag**

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

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

#### **Hinweis:**

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

Bei Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle. Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

#### Berechnungsbeispiel

#### **Ehepaar mit 2 Kindern:**

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

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

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

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

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen auf Antrag.

#### Sonderregelung für chronisch Kranke

Menschen mit einer **schweren Verlaufsform der Migräne** oder einer anderen schweren chronischen Erkrankung neben der Migräne können unter bestimmten Voraussetzungen eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % **ihres jährlichen Bruttoeinkommens** beantragen.

Voraussetzung für die niedrigere Belastungsgrenze ist, dass eine **schwer-wiegende chronische Erkrankung** vorliegt. Als "schwerwiegend chronisch krank" gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist **(Dauerbehandlung)**.

Darüber hinaus muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- **Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60**, gleiches gilt für den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder bei Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Zum GdB bei Migräne siehe ab S. 59.
- Erforderlichkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, 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.
- Pflegebedürftig mit **Pflegegrad 3** oder höher.

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

**Amtliche Bescheide** z.B. über den GdB oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

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

Praxistipps!



- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung für den Rest des Jahres erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Beim Bezug bestimmter Sozialleistungen gilt eine **besondere Belastungsgrenze** von 135,12 € pro Jahr, bei chronisch Kranken 67,56 € pro Jahr (= 2% des sog. Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 (2024: 563 €) für 12 Monate bzw. bei chronisch Kranken 1% davon). Beispiele für solche Sozialleistungen sind Bürgergeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

## Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Migräne kann, je nach Verlaufsform, zu phasenweiser oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch Arbeitsausfälle zu vermeiden, leistet der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit für insgesamt 6 Wochen Entgeltfortzahlung. Anschließend kann unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit beantragt werden. Sind Kinder an Migräne erkrankt, können berufstätige Eltern für deren Betreuung Kinderpflege-Krankengeld von der Krankenkasse erhalten.

#### Definition "Arbeitsunfähigkeit"

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

#### **Entgeltfortzahlung**

Arbeitnehmer sind im Krankheitsfall finanziell durch den Arbeitgeber abgesichert. Sie haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung. Diese entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

#### Voraussetzungen

Unter folgenden Voraussetzungen erhalten Arbeitnehmer Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber:

- Arbeitsunfähigkeit oder medizinische Reha-Maßnahme, siehe S. 53
- Ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen, das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit
- Die Arbeitsunfähigkeit ist **ohne Verschulden** des Arbeitnehmers eingetreten.

Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. ein Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

#### Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

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

Bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit kann der Betrieb von der Krankenkasse der betroffenen Person verlangen, dass diese ein **Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD)** einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn sich die AU eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

Verweigert der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit, muss die Krankenkasse der versicherten Person Krankengeld (siehe S. 38) zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber. Die Differenz zwischen dem vollen Lohn und dem niedrigeren Krankengeld muss der Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber jedoch selbst einfordern.

#### **Dauer**

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen jedoch eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Der Arbeitnehmer erhält dann sein normales Arbeitsentgelt. Der Anspruch auf Entgeltzahlung beginnt dann erst am nächsten Tag.

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

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

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

#### Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisher üblichen Arbeitsentgelts.

Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, z.B. Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, vermögenswirksame Leistungen oder allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden. Im Arbeitsvertrag oder in einer Vereinbarung zum Arbeitsvertrag kann geregelt sein, dass Sondervergütungen während der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall gekürzt werden. Die Kürzung darf pro Tag höchstens 1/4 des durchschnittlichen Arbeitsentgelts pro Tag im Jahresdurchschnitt betragen.

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



## Krankengeld

Da Migräne oft mit vielen Fehlzeiten verbunden ist, kann es passieren, dass der Anspruch auf Entgeltfortzahlung endet. Gesetzlich krankenversicherte Patienten erhalten dann von ihrer Krankenkasse Krankengeld. Krankengeld erhält auch, wer während der Arbeitsunfähigkeit seinen Arbeitsplatz verliert.

## Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d. h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit noch keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt.

#### Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit <u>oder</u> stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Wer Arbeitslosengeld bezieht, erhält ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

#### Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an **beruflichen Reha-Maßnahmen** (siehe S. 56) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem SGB XIV erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem Pflichtpraktikum
- **Studierende** (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer vollen Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld

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

## Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Sie sind dann 3 Jahre lang an ihre Entscheidung gebunden. 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. Berechnet wird das Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen berücksichtigt wurde.

## Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

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

#### Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

Das Krankengeld wird pro Tag berechnet. Wenn Krankengeld einen ganzen Monat lang gezahlt wird, wird es für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt, egal wie viele Tage der Monat tatsächlich hat.

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

Bei **freiwillig Versicherten** über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2024 ein Betrag von 172,50 €, es kann daher maximal 120,75 € täglich betragen.

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. Aber bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit: Den Beitragszuschlag von 0,6 % für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten allein bezahlen. Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, das heißt, ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich bei 1,7 %. Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9 % für die Sozialversicherung.

Näheres zur Berechnung des Krankengelds siehe unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Krankengeld > Höhe".

## Auswirkung auf die Einkommensteuer

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

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

Eine **Blockfrist** beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer anderen Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen. Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine andere Krankheit hinzukommt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

## Ruhen des Anspruchs

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

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

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt.
   Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit, siehe S. 35. Deshalb erhalten die meisten Versicherten Krankengeld höchstens 72 Wochen lang. Zahlt der Arbeitgeber trotz Anspruch keine Entgeltfortzahlung, erhält der Versicherte Krankengeld, da dieses nur bei tatsächlichem Bezug des Arbeitsentgelts ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist.
   Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- in der Zeit, bis die nächste Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) die Krankenkasse erreicht hat, bei Menschen, die eigentlich Krankengeld beziehen, aber deren AUs die Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos bescheinigen, sondern Lücken von bis zu 1 Monat aufweisen. Damit diese nicht gleich ihren vollständigen Krankengeldanspruch verlieren und aus der Pflichtversicherung fallen, gelten sie rechtlich dennoch als Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld, obwohl sie tatsächlich kein Krankengeld bekommen.
- bei Inanspruchnahme von **Elternzeit** bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.

## Wegfall des Krankengeldes bei nicht fristgerechtem Reha-Antrag

Wenn der behandelnde Arzt oder der Medizinische Dienst (MD) die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Rehabilitationsbedarf abzuklären), kann die Krankenkasse der versicherten Person eine **Frist von 10 Wochen setzen**, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** (siehe ab S. 49) zu stellen.

Kommt die versicherte Person der Aufforderung zum Reha-Antrag nicht fristgerecht nach, entfällt mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld.
Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag
der Antragstellung wieder auf. Die Zeit, in der kein Krankengeld gezahlt wurde,
weil der Anspruch entfallen ist, wird nicht auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs von 78 Wochen angerechnet. Betroffene schieben ihren Anspruch
dabei also nur auf.

## Manchmal ist eine Aufforderung zum Reha-Antrag rechtswidrig, z.B. wenn

- die betroffene Person keine Gelegenheit bekommen hat, ihre eigene Sicht dazu mitzuteilen (= fehlende Anhörung).
- die Krankenkasse kein Ermessen ausgeübt hat, d. h.: Sie hat einfach ohne jede Abwägung der Umstände des Einzelfalls entschieden, dass sie die versicherte Person zum Reha-Antrag auffordert.
- die Krankenkasse wichtige Umstände des Einzelfalls bei ihrer Ermessensentscheidung nicht berücksichtigt hat.

Gegen eine Aufforderung zum Reha-Antrag können Betroffene deshalb kostenfrei **Widerspruch** (siehe S. 69) einlegen.

Praxistipps!



- Die Broschüre "Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen" bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter www.krebsgesellschaft.de > Deutsche Krebsgesellschaft > Wir über uns > Organisation > Sektion B/AGs/Einzelmitglieder > ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung, z.B. durch einen Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.

## Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

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

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

- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung **Arbeitslosengeld** (siehe S. 43) können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.
- Das Krankengeld ist niedriger als die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers.
   Wenn es zum Leben nicht reicht, können Sie ggf. Bürgergeld vom Jobcenter erhalten, um das Krankengeld damit aufzustocken, siehe S. 68.

Die zuständige Krankenkasse.





## Arbeitslosengeld trotz Krankheit

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

#### Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

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

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

## Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist für den 01.01.2024 geplant.

## Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

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

## Höhe des Krankengelds

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

## Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden.

Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 42) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

#### Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 63) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet.

Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

#### Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Relevant ist, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte. Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

- Beginnt die Arbeitsunfähigkeit schon vor dem Bezug von Arbeitslosengeld, sollten Sie dieses erst nach der Aussteuerung beantragen, weil Krankengeld höher ist als Arbeitslosengeld. Die Krankenkasse darf Ihnen das Krankengeld nicht verweigern, nur weil Sie Anspruch auf Arbeitslosengeld haben.
- Nach der Aussteuerung sollten Sie Arbeitslosengeld beantragen, auch wenn Sie weiterhin krank sind. Wegen der Nahtlosigkeitsregelung darf die Agentur für Arbeit Ihnen das Arbeitslosengeld nicht wegen fehlender Vermittelbarkeit bei Arbeitsunfähigkeit versagen, solange die Rentenversicherung (noch) nicht abschließend über die Erwerbsminderung entschieden hat.
- Wenn Sie nach der Aussteuerung weiterhin arbeitsunfähig in Bezug auf Ihre bisherige Tätigkeit sind, sollten Sie Ihr Arbeitsverhältnis vor einem Antrag auf Arbeitslosengeld in der Regel nicht kündigen. Arbeitslosengeld können Sie nämlich auch bei formal weiterbestehendem Arbeitsverhältnis bekommen, wenn Sie entweder für andere Tätigkeiten nicht arbeitsunfähig sind oder im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung. Falls Ihre Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die frühere Tätigkeit nämlich während des Bezugs von Arbeitslosengeld endet, können Sie an Ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren. Ggf. hilft Ihnen dafür eine vorherige stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 21), während der Sie weiter Arbeitslosengeld bekommen können.

Die örtliche Agentur für Arbeit.





## Kinderpflege-Krankengeld

Erkranken Kinder an Migräne, können berufstätige Eltern Kinderpflege-Krankengeld (auch Kinderkrankengeld oder Kinderpflegegeld genannt) von der Krankenkasse erhalten. Zuständig ist die Krankenkasse des Elternteils, der diese Leistung in Anspruch nimmt.

# Kinderpflege-Krankengeld kann unter folgenden Voraussetzungen bezogen werden:

- Der Elternteil, der Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nimmt, muss einen Anspruch auf Krankengeld haben und gesetzlich krankenversichert sein. Als Eltern gelten auch Stief-, Pflege- oder Großeltern des Kindes, wenn sie das Kind überwiegend unterhalten oder in ihrem Haushalt aufgenommen haben.
- Das Kind ist gesetzlich krankenversichert, z.B. in einer Familienversicherung.
- Das Kind lebt im Haushalt des Versicherten.
- Das Kind hat das **12. Lebensjahr noch nicht vollendet** oder hat eine **Behinderung** (ohne Altersbegrenzung).
- Wegen Krankheit des Kindes ist eine Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes und damit ein Fernbleiben von der Arbeit erforderlich und keine andere im Haushalt lebende Person kann zur Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung anwesend sein. Oder die Person muss aus medizinischen Gründen bei einer stationären Behandlung des Kindes mitaufgenommen werden. Bei Kindern vor dem 9. Geburtstag gilt die Mitaufnahme immer als notwendig. Es muss eine Bescheinigung der Klinik über die Dauer vorgelegt werden, bei Kindern ab dem 9. Geburtstag zusätzlich auch über die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme.
- Kein Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf bezahlte Freistellung.
- Verdienstausfall

# Zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengelds sind folgende Bescheinigungen notwendig:

- Die Bescheinigung des **Arbeitgebers**, dass der betreuende Elternteil zwar von der Arbeit freigestellt wird, aber für diese Zeit kein Gehalt erhält. Diese Bescheinigung geht an die Krankenkasse. Die Krankenkassen halten auch Formulare für diese Bestätigung bereit.
- Bei Pflege oder Betreuung zu Hause: ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, dass aufgrund Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes ein Erscheinen am Arbeitsplatz nicht möglich ist.
  - Bei Mitaufnahme im Krankenhaus: Bescheinigung der Klinik über die Dauer und ggf. die Notwendigkeit der Mitaufnahme.

Auf der ärztlichen Bescheinigung bzw. der Bescheinigung des Krankenhauses findet sich meist auch der Antrag, der vom Versicherten auszufüllen ist.

Aber einige Krankenkassen verlangen noch einen gesonderten Antrag auf Kinderkrankengeld. Die Bescheinigung geht an die Krankenkasse und den Arbeitgeber.

## Höhe des normalen Kinderpflege-Krankengelds

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts (andere Berechnungsbasis als beim normalen Krankengeld) bezahlt, das während der Freistellung verdient worden wäre. Wenn der Elternteil in den 12 Monaten vor der Erkrankung Einmalzahlungen erhalten hat, z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, so wird dieses dem ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt zugerechnet. In beiden Fällen gilt jedoch ein Höchstbetrag von 120,75 € täglich (70 % der Beitragsbemessungsgrenze) als Bruttokrankengeld.

Die Krankenkasse zieht vom Bruttokrankengeld die Versichertenanteile der Beiträge zu Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ab:

- Renten- und Arbeitslosenversicherung: Abzüge in Höhe von 10,6 % des Bruttokrankengelds
- Pflegeversicherung: Abzüge zwischen 0,7 und 1,7% des Bruttokrankengelds, abhängig von Kinderzahl und Alter der Kinder
- Der Elternteil bekommt nur das Nettokrankengeld.

Frau Maier hat Anspruch auf das höchstmögliche Krankengeld von 120,75 € pro Tag. Dabei handelt es sich um das Bruttokrankengeld. Die Krankenkasse überweist ihr aber nur das niedrigere Nettokrankengeld von 105,90 € pro Tag. Denn sie behält als Versichertenanteil 10,6% vom Bruttokrankengeld für die Renten- und Arbeitslosenversicherung (= 12,80 €) und 1,7% für die Pflegeversicherung für Menschen mit nur 1 Kind (= 2,05 €) ein.

**Beispiel** 

## Dauer des Kinderpflege-Krankengelds

Kinderpflege-Krankengeld gibt es im Jahr 2024 und 2025 für die Pflege und Betreuung des Kindes zu Hause:

- für erwerbstätige und versicherte Eltern
  - längstens 15 Arbeitstage pro Kind,
  - insgesamt aber nicht mehr als 35 Arbeitstage je Elternteil für alle Kinder
- für alleinerziehende Versicherte
  - längstens 30 Arbeitstage pro Kind,
  - insgesamt aber nicht mehr als 70 Arbeitstage für alle Kinder

Für die Mitaufnahme im Krankenhaus besteht der Anspruch **zeitlich unbegrenzt** so lange, wie die Mitaufnahme notwendig ist.

Kinderpflege-Krankengeld wird für **Arbeitstage** gewährt, d.h. für Tage, an denen der Versicherte ohne die Verhinderung durch die Krankheit seines Kindes gearbeitet hätte.

## Übertragung auf den Ehepartner

Die Übertragung von Ansprüchen zwischen versicherten Ehepartnern ist zulässig, wenn ein Ehepartner die Betreuung nicht übernehmen kann und der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch (nochmals) gegen sich gelten lässt.

Der Anspruch des Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber auf unbezahlte Freistellung ist nicht durch Vertrag ausschließ- oder beschränkbar. Vorrang vor dem Kinderpflege-Krankengeld hat ein Anspruch auf bezahlte Freistellung. Erfüllt der Arbeitgeber seine Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitsentgelts nicht, so muss die Krankenkasse das Kinderpflege-Krankengeld gewähren. Der Lohnanspruch des Versicherten geht dann auf die Krankenkasse über.

Wer hilft weiter?



Die Krankenkasse.

# Rehabilitation

Wiederkehrende Migräneattacken können das Leben der Betroffenen stark einschränken. Reha-Maßnahmen können dazu beitragen, dass Menschen mit Migräne wieder gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Ziel der Reha ist es z.B., die Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder wiederherzustellen.

Rehamaßnahmen sollen den **Umgang mit der Krankheit** oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit die **Teilnahme am Leben in der Gesellschaft** erleichtern – auch wenn, wie bei Migräne, die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht geheilt werden oder sich diese noch verschlimmern kann.

## **Allgemeine Informationen**

Es gibt verschiedene Reha-Bereiche, z.B. medizinische oder berufliche Reha. Für die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen können unterschiedliche Kostenträger zuständig sein. Reha muss beantragt werden.

#### Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Darum werden Reha-Leistungen auch "Leistungen zur Teilhabe" oder "Teilhabeleistungen" genannt.

#### Reha umfasst 5 große Bereiche:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
   z. B. Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung, Stufenweise Wiedereingliederung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha),
   z. B. Bildungsmaßnahmen, Förderung einer Existenzgründung
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
   z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Kinderbetreuungskosten, Haushaltshilfe
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha)

## Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

#### Krankenkassen

Bei Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** sowie **unterhalts-sichernden und ergänzenden Leistungen**, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

## Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer und beruflicher Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

#### Agenturen für Arbeit

Bei beruflicher Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

#### Eingliederungshilfe-Träger

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

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

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

#### Unfallversicherungsträger

Bei **Arbeitsunfällen** und **Berufskrankheiten** für die gesamte Reha.

#### Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen

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

## **Antragstellung**

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

#### Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der "leistende Rehabilitationsträger" ist. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss.

#### Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere
   Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein **Gutachten** benötigt wird, **verlängern** sich diese Fristen um folgende Zeiten:
  - Beauftragung des Gutachtens (muss unverzüglich erfolgen)
  - Auswahl der Person oder Einrichtung, die das Gutachten erstellt, durch den Menschen mit Behinderung oder dessen Vertretung
  - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wird.

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

In der Praxis werden diese Fristen nicht immer eingehalten. In diesem Fall gibt es folgende Möglichkeiten:

- Ein Gerichtsverfahren:
  - Ein gerichtliches Eilverfahren kann unter Umständen weiterhelfen.
     Es besteht dabei das Risiko, dass die Kosten einer vorläufig gewährten
     Leistung später selbst erstattet werden müssen, siehe S. 72.
  - Eine gerichtliche Untätigkeitsklage kann weiterhelfen, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde. Ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate.
- Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung: Wer Geld hat, um die Leistung zunächst selbst zu bezahlen, kann sich vorübergehend auf eigenes Risiko seinen Bedarf decken. Der Reha-Träger, bei dem den Antrag gestellt wurde, muss vorher informiert werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen".

Praxistipps!



- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Unter www.reha-zustaendigkeitsnavigator.de informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich zuständig ist.

Wer hilft weiter?



- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, die Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die Unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten.
   Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

#### Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Dazu zählen z.B. Aufenthalte in einer ambulanten oder stationären Einrichtung, Kinderheilbehandlungen (Kinder-Reha) sowie die stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben.

## Allgemeine Voraussetzungen

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

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

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt außerdem: Zwischen zwei Reha-Maßnahmen muss in der Regel eine **Wartezeit von 4 Jahren** liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z. B. bei medizinischer Erforderlichkeit und bei Minderjährigen.

## Durchführung

Medizinische Reha-Maßnahmen können ambulant oder stationär erbracht werden:

- Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:
  - Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
  - Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.
  - Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch **mobile Reha-Teams.**
- **Stationäre Reha-Maßnahmen** finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.

#### Dauer

- Ambulant als Krankenkassenleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
- **Stationär** als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel **3 Wochen**, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.



- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**, siehe S. 69.

## Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen der Krankenkasse oder Rentenversicherung folgende Zuzahlungen leisten:

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

#### Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist z.B. zu leisten bei:

- ambulanten Reha-Leistungen
- Antragstellung vor dem 18. Lebensjahr
- Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Kinderheilbehandlung
- Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- monatlichem Netto-Einkommen unter 1.415 €

## Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, *oder*
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, <u>oder</u>
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

#### Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Die Befreiung von der Zuzahlung muss beantragt werden. Dem Antrag sind Einkommensnachweise wie z.B. eine Gehaltsbescheinigung oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) beizufügen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha? > Zuzahlung.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. **Rehabilitations-Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie heruntergeladen werden.
- Die Broschüre "Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft" kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema "Rehabilitation" kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils **zuständige Sozialversicherungsträger**.





#### **Berufliche Reha**

Ziel der beruflichen Reha ist es, krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erreichen. Der sozialrechtliche Begriff für Leistungen der beruflichen Reha ist "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (LTA).

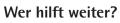
Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können von verschiedenen Trägern finanziert werden. Bei jedem Träger gibt es andere Voraussetzungen. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten daher gestellt werden, **bevor** die Reha-Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

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

- Hilfen zum Erhalt oder Erlangen eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit, z.B. durch:
  - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
  - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Lärmschutzmaßnahmen oder Verdunklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz)
  - Information und Beratung von Angehörigen sowie von Vorgesetzten und des Kollegiums
  - Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung, z. B. im Rahmen des Budgets für Ausbildung oder unterstützter Beschäftigung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangs-, Berufsbildungs- oder Arbeitsbereich
- Übernahme weiterer Kosten im Zusammenhang mit Maßnahmen, z.B. Lehrgangsgebühren, Arbeitskleidung, Unterkunft und Verpflegung



Die Broschüre "Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance" können Sie bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema "Rehabilitation" kostenlos bestellen oder herunterladen.





Der zuständige Reha-Träger, das Integrationsamt oder Inklusionsamt und der Integrationsfachdienst

## Weitere Reha-Leistungen

Weitere Reha-Leistungen sind die unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen bei medizinischer und beruflicher Reha sowie Leistungen zur Bildung und zur sozialen Teilhabe.

## Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen zur medizinischen und beruflichen Reha. Sie werden vom Reha-Träger, der für die Hauptleistung zuständig ist, erbracht, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende unterhaltssichernde und ergänzende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z. B.:
  - Krankengeld der Krankenkasse, siehe S. 38
  - Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger,
     Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Übergangsgeld"
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reisekosten:

Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten

- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:
  - Haushaltshilfe, Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe
  - Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Kinderbetreuungskosten Reha"
- Schulungen:
  - z. B. Patientenschulungen
- Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z.B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- Sonstige Leistungen,

die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können

## Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Wer wegen einer Behinderung Unterstützung braucht, um gleichberechtigt eine allgemeine oder berufliche Schule oder eine Hochschule besuchen zu können, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung. Die Leistungen sind keine Schul- oder Ausbildungsfinanzierung, sondern finanzieren z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch oder wegen der Behinderung nötige Hilfsmittel.

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

## Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (soziale Reha) sollen den behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf in allen Bereichen abdecken, die noch nicht von anderen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen erfasst sind. Sie sind also eine Art Auffangleistungen" für alles, was in keine andere Kategorie passt.

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

Wer hilft weiter?



Die zuständigen Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

# **Behinderung**

Häufig wiederkehrende Migräneattacken können dazu führen, dass Betroffene als (schwer-)behindert eingestuft werden. Um dennoch soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, gibt es für Menschen mit Behinderungen bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

#### **Definition "Behinderung"**

Eine Behinderung liegt im sozialrechtlichen Sinne vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine **Beeinträchtigung zu erwarten** ist.

Eine **Schwerbehinderung** haben Menschen mit einem **Grad der Behinderung (GdB) ab** 50.

## Grad der Behinderung bei Migräne

Bei wiederkehrenden Migräneanfällen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Ab einem Gdb von 50 kann ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den "Versorgungsmedizinischen Grundsätzen". 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 > Suchbegriff: "K710" gefunden werden.

Bei der Bemessung des GdS bzw. GdB geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen. Bei mehreren Beeinträchtigungen werden für jede Beeinträchtigung einzelne Werte angegeben. Für die Bemessung des Gesamt-GdB bzw. GdS werden diese Werte aber nicht addiert oder miteinander verrechnet.

Stattdessen kommt es dafür immer auf **alle Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit** an. Es muss berücksichtigt werden, wie sie sich gegenseitig beeinflussen und welche Auswirkungen es auf die Teilhabe in der Gesellschaft gibt.

Nachfolgend die sog. Anhaltswerte zu echter Migräne aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen:

| je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung<br>der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augen-<br>symptome, andere zerebrale Reizerscheinungen) | GdB   |
|--|-------|
| leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)   | 0–10  |
| mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)  | 20-40 |
| schwere Verlaufsform (lang andauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)                                    | 50-60 |

## Dokumente zum Nachweis des Grads der Behinderung (GdB)

Die Feststellung des GdB muss beim Versorgungsamt beantragt werden. Ab einem GdB von 20 erteilt das Versorgungsamt dem behinderten Menschen einen sog. **Feststellungsbescheid**. Dieser belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche, beantragt oder in Anspruch genommen werden, siehe S. 61.

Ab einem GdB von mindestens 50 kann ein **Schwerbehindertenausweis** beantragt werden. Dieser wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Für die Verlängerung ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet-Portal "einfach teilhaben" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter: www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

# Praxistipps!



## • Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die am besten über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. In den Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert dargestellt sein.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Verschlechtert sich nach der Feststellung des GdB der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, kann beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden.
- Menschen, denen bei Migräne ein GdB von mindestens 30 anerkannt worden ist, können schwerbehinderten Menschen (GdB von mindestens 50) gleichgestellt werden, wenn diese ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Die Gleichstellung kann bei der Agentur für Arbeit online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: "Gleichstellungsantrag" beantragt werden.

## Nachteilsausgleiche

Ab einem GdB von 20 können verschiedene Nachteilsausgleiche und Hilfen in Anspruch genommen werden. Beispiele dafür sind Steuervorteile, Zusatzurlaub und Kündigungsschutz, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen. Manche Vergünstigungen werden auch auf freiwilliger Basis geleistet.

Eine umfassende Tabelle zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB befindet sich im Anhang auf S. 76.

Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber "Behinderung & Soziales". Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die Unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.







# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Migräne in schweren Verlaufsformen kann zu Erwerbsminderung führen. Dann kann Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung beantragt werden. Reicht diese zur Sicherung des Lebensunterhalts nicht aus oder wird diese nicht bewilligt, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Jobcenter Bürgergeld oder beim Sozialamt Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder "Hilfe zum Lebensunterhalt" beantragt werden.

#### **Definition "Erwerbsminderung"**

Erwerbsminderung ist eine **allgemeine** Einschränkung der Leistungsfähigkeit, die dazu führt, dass ein Mensch **unter den üblichen Bedingungen des sog. allgemeinen Arbeitsmarkts** nur noch **zeitlich eingeschränkt** erwerbstätig sein kann. Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung noch **mindestens 6 Monate bestehen wird.** 

Erwerbsminderung bezieht sich immer auf **alle möglichen Erwerbstätigkeiten**, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, handelt es sich um Erwerbsminderung.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- Teilweise erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden täglich** ausüben kann.

Als erwerbsgemindert gilt auch, wer zwar noch **über 6 Stunden** arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt (**sog. Arbeitsmarktrente**). Auch wer ohne zeitliche Einschränkungen in Vollzeit einer Tätigkeit des **besonderen Arbeitsmarkts**, z. B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen nachgehen kann, gilt als erwerbsgemindert.

## Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente kann helfen, den Lebensunterhalt zu sichern, wenn die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert und ggf. entfristet werden.

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Reha wiederhergestellt werden kann. Sind bereits **alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft** oder geben keine Aussicht auf Besserung, prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung erfüllt sind.

## Voraussetzungen

Die <u>medizinischen</u> Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer **voll oder teilweise erwerbsgemindert** ist, siehe S. 63. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Die <u>versicherungsrechtlichen</u> Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) <u>und</u>
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung **mindestens 3 Jahre** Pflichtbeiträge **eingezahlt** hat.



Die Deutsche Rentenversicherung informiert über **Ausnahmeregelungen** im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter *www.deutsche-rentenversicherung.de* > *Rente* >

Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten. Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z. B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob oder während der Pflege eines Angehörigen.

#### Höhe

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

- Wenn Sie dazu in der Lage sind, können Sie zur Erwerbminderungsrente auch etwas hinzuverdienen, ohne dass die Rente gekürzt wird:
  - Rente wegen voller Erwerbsminderung:
     2024 gilt eine Hinzuverdienstgrenze von jährlich 18.558,75 €.
     Sie wird jährlich automatisch angepasst. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40% auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.
  - Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung:
     Die jährliche Hinzuverdienstgrenze wird vom Rentenversicherungsträger individuell berechnet. Sie beträgt jedoch mindestens 37.117,50 €.
- Wenn Ihre **volle** Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, können Sie ergänzend **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** beantragen, siehe S. 66.
- Ist Ihre Rente wegen **teilweiser** Erwerbsminderung zu niedrig zum Leben, können Sie diese mit **Bürgergeld** aufstocken, siehe S. 68.

#### **Antrag**

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

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

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

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

www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Die Rentenversicherungsträger vermitteln Beratungsstellen vor Ort. Sie erteilen Auskünfte und nehmen individuelle Rentenberechnungen vor.







## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen. Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe.

## Voraussetzungen

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

 Dauerhaft volle Erwerbsminderung nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

#### Oder:

Die Altersgrenze der Regelaltersrente wurde erreicht.

- Es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt.
- Es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Andere Sozialleistungen, wie z. B. Wohngeld, sind vorrangig.

#### **Dauer**

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

## **Umfang und Höhe**

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

• Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

| Regelsätze für   | Höhe  |
|--|-------|
| z.B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im<br>Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen            | 563 € |
| z.B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder<br>Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen                   | 506 € |
| Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie<br>Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit<br>ihren Eltern jeweils | 451 € |
| Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils   | 471 € |
| Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils   | 390 € |
| Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils   | 357 € |

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z. B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z.B. für Menschen mit Behinderungen, bei Schwangerschaft und für Alleinerziehende
- Einmalige Leistungen, z.B. für die Erstausstattung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z. B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenantrag entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.



## Bürgergeld

Wer teilweise erwerbsgemindert ist, aber keine oder eine zu niedrige Rente erhält, kann seine Rente unter bestimmten Voraussetzungen mit Bürgergeld aufstocken oder ersetzen.

Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) ist eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung, die denjenigen ein menschenwürdiges Existenzminimum sichert, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen decken können.

Bürgergeld erhalten nicht nur arbeitslose Menschen, sondern auch Berufstätige, die trotz Arbeit und Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ihren Lebensunterhalt nicht sichern können (sog. Aufstockung).

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat.

Weitere Informationen zum Bürgergeld, z.B. zu den Voraussetzungen, zum Umfang und zur Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Bürgergeld".

Für Anträge und Informationen sind die örtlichen Jobcenter zuständig.

Wer hilft weiter?



#### Hilfe zum Lebensunterhalt

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

"Hilfe zum Lebensunterhalt" ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie ist eine Art "Auffangleistung" für alle Fälle, für die es sonst keine Hilfen gibt. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen die nötige Hilfe bekommen.

Hilfe zum Lebensunterhalt erhält nur, wer keine Leistungen von Angehörigen oder andere Sozialleistungen erhält, z.B. Bürgergeld oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. **Regelsätze** (siehe S. 67) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Hilfe zum Lebensunterhalt".

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Wer hilft weiter?



# Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z.B. zu Krankengeld, Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen, z.B. wenn die beantragte Leistung versagt wurde oder eine bewilligte Leistung zu niedrig ist. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

## Widerspruch

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

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

#### Form und Frist

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

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

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

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

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

## Praxistipps!



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

#### Begründung des Widerspruchs

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

## Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 71. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

## Verfahren vor den Sozialgerichten

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

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

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

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

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

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

## **Klage**

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

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

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

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

## Berufung

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

#### **Revision**

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

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

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





- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine Nichtzulassungsbeschwerde anfechten. Diese müssen Sie für die Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht und für die Revision beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen Überprüfungsantrag ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.
- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein Eilverfahren vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen.

Voraussetzung dafür ist, dass der Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur vorläufige Entscheidung, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.

- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Beratungshilfe".
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: "Prozesskostenhilfe".
- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), kontakt@sovd.de, www.sovd.de
- Sozialverband VdK Deutschland e.V., kontakt@vkd.de, www.vdk.de





# Adressen

## MigräneLiga e.V. Deutschland

Bundesgeschäftsstelle Willy-Brandt-Straße 20, 76829 Landau Telefon 06341 673245-6 Fax 06341 673245-7 E Mail: liga@migraeneliga.de

E-Mail: liga@migraeneliga.de www.migraeneliga.de

## Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Dalbergstraße 2a, 65929 Frankfurt am Main Telefon 069 2043686-0 Fax 06174 2904-100 E-Mail: info@dmkg.de www.dmkg.de

## Deutsche Schmerzliga e.V.

Rüsselsheimer Straße 22, Haus A, 60326 Frankfurt am Main Schmerztelefon: 069 20019019 E-Mail: info@schmerzliga.de www.schmerzliga.de

#### Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin Telefon 030 39409689-0 Fax 030 39409689-9 E-Mail: info@schmerzgesellschaft.de www.schmerzgesellschaft.de

#### SchmerzLOS e.V.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland Fürsthof 24, 24534 Neumünster Telefon 04321 8776255 E-Mail: info@schmerzlos-ev.de www.uvsd-schmerzlos.de

# GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

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

| 20   | 50   |  |  |
|--|--|--|--|
| Eine Funktionseinschränkung  | Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)   |  |  |
| ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.  | Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)   |  |  |
| Behinderten-Pauschbetrag<br>bei der Steuer absetzbar:<br>384 €<br>(§ 33b Einkommensteuer-<br>gesetz) | Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)   |  |  |
|  | Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)   |  |  |
|  | Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)   |  |  |
|  | Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)   |  |  |
| 30/40  | Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)  |  |  |
| Gleichstellung mit schwer-<br>behinderten Menschen<br>möglich<br>(§ 2 Abs. 3 SGB IX)                 | Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich                 |  |  |
| Kündigungsschutz bei<br>Gleichstellung   | Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland  |  |  |
| (§§ 168 ff. i.V.m. § 151<br>Abs. 3 SGB IX)   | Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD<br>(Satzungen der Clubs)   |  |  |
| Begleitende Hilfe im<br>Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)  | Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern   |  |  |
| bei Gleichstellung  Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 €  | Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)  |  |  |
| GdB 40: 860 €<br>(§ 33b EstG)  | Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI<br>und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 €<br>(§ 17 Wohngeldgesetz)   |  |  |
|  | Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)   |  |  |
|  | Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar:<br>Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km<br>(§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für<br>den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)           |  |  |
| 76   | Pflegepersonen können <b>unabhängig vom GdB</b> einen <b>Pflegepauschbetrag</b> bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG) |  |  |

| 60   | 80  | 90  | 100  |
|--|---|---|--|
| Behinderten-<br>Pauschbetrag:<br>1.440 €<br>(§ 33b EStG)   | Behinderten-<br>Pauschbetrag:<br>2.120 €<br>(§ 33b EStG)  | Behinderten-<br>Pauschbetrag:<br>2.460 €<br>(§ 33b EStG)  | Behinderten-<br>Pauschbetrag:<br>2.840 €<br>(§ 33b EStG)   |
| Ermäßigter Rundfunk-<br>beitrag von 6,12 €<br>bei GdB allein wegen<br>Sehbehinderung und               | Abzug eines Freibetrags<br>bei der Einkommens-<br>ermittlung im Rahmen<br>der sozialen Wohn-              | Sozialtarif bei der<br>Telekom mit zusätzlichem<br>Merkzeichen Bl oder Gl:<br>Ermäßigung um bis | Freibetrag beim<br>Wohngeld:<br>1.800 €<br>(§ 17 Wohngeldgesetz)   |
| Merkzeichen RF<br>(§ 4 RBeitrStV)  | raumförderung<br>(wenn gleichzeitig   | aumförderung zu 8,72 €.<br>wenn gleichzeitig Nur für bestimmte                                  |  |
| Oranger Parkausweis<br>bei bestimmten  | Pflegebedürftigkeit<br>nach § 14 SGB XI<br>besteht):  | Tarife, nicht bei<br>Flatrates.   | über Bausparkassen<br>bzw. Sparbeträge<br>(AGB der Anbieter)   |
| Behinderungen<br>bzw. Erkrankungen   | 4.500 €<br>(§ 24 Wohnraum-  |   | Abzug eines Freibetrags<br>bei der Einkommens-   |
| 70   | förderungsgesetz)   |   | ermittlung im Rahmen   |
| Behinderten-<br>Pauschbetrag:<br>1.780 € (§ 33b EStG)  | Behinderungsbedingte<br>Fahrtkostenpauschale<br>bei der Steuer absetzbar:                                 |   | der sozialen Wohnraum-<br>förderung:<br>4.500 €<br>(§ 24 Wohnraum-   |
| Wahlweise bei der  | 900 €<br>(§ 33 Abs. 2a EStG)  |   | förderungsgesetz)  |
| Steuer absetzbar: Entfernungs- pauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder | Ermäßigter Rundfunk-<br>beitrag von 6,12 €,<br>wenn keine Teilnahme<br>an öffentlichen<br>Veranstaltungen |   | In vielen Kommunen<br>Hundesteuerermäßigung<br>für ausgebildete Hunde,<br>z.T. auch bei<br>niedrigerem GdB |
| die tatsächlichen<br>Aufwendungen für<br>den Weg zur Arbeit  | möglich ist<br>(§ 4 RBeitrStV)  |   |  |
| (§ 9 Abs. 2 EStG)  |   |   |  |
| Bei Merkzeichen G  |   |   |  |

behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a

Ermäßigte BahnCard

EStG)

#### **Impressum**

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

#### Redaktion

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

Zusammenstellung der Inhalte: Maria Kästle

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

Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

#### **Layout und Satz**

Manuela Mahl

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

#### Alle Rechte vorbehalten

© 2024

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

8. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2024

# **Gesundheit ist unser Ziel!**

# Besuchen Sie uns auf www.betaCare.de



## betaCare-Ratgeber

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

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

## Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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



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

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales

- Leistungen für Eltern
- Migräne & Soziales
- Multiple Sklerose & Soziales
- Onkologie & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales

- Patientenvorsorge
- Pflege
- Pflege-Check
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen & Soziales
- Schmerz & Soziales

## Sozialrechtliche Informationen auch online - www.betanet.de



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

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

