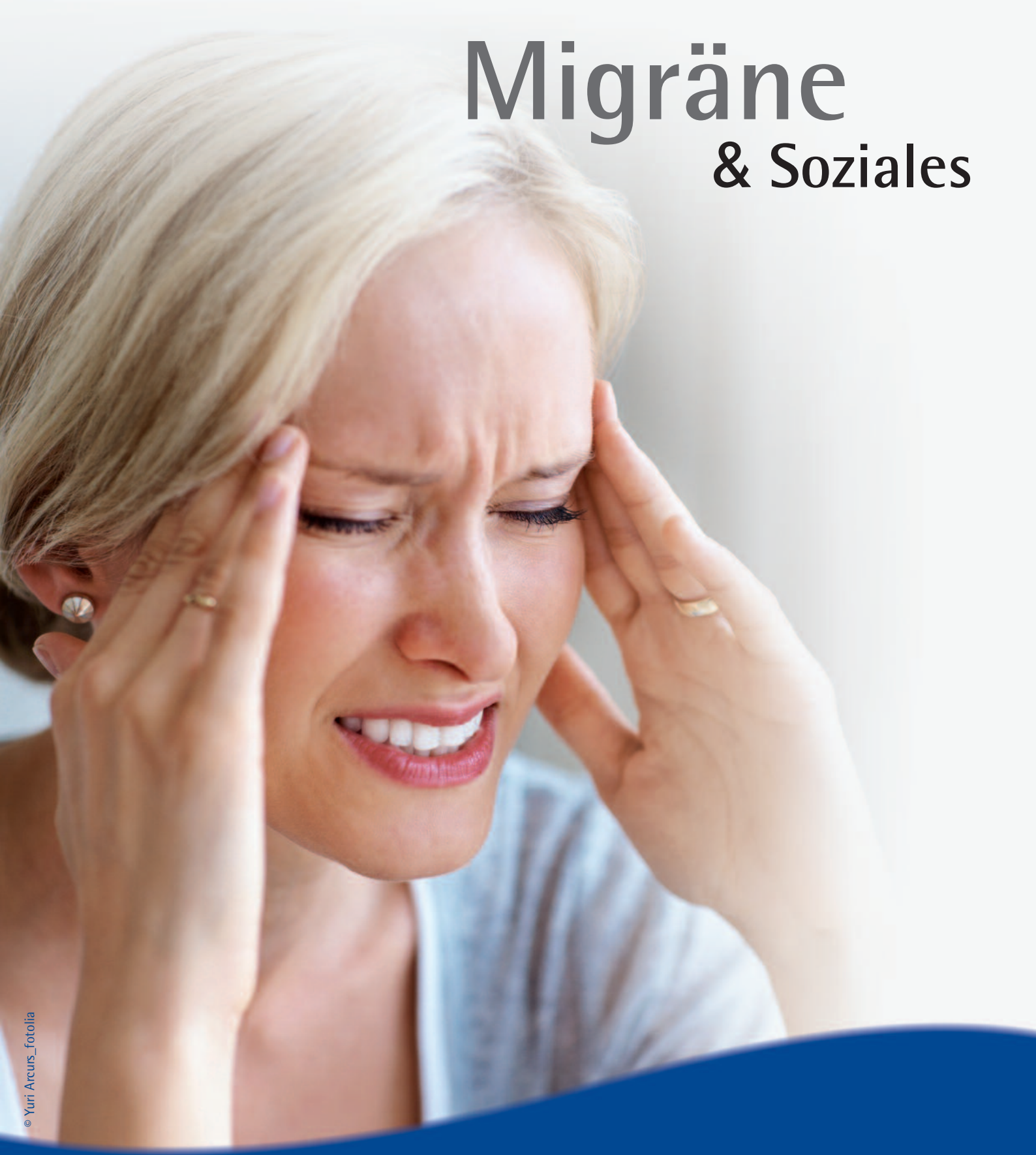
Ein Engagement der **betapharm**

www.betaCare.de

Migräne
& Soziales



© Yuri Arcurs_fotolia

betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Michael Ewers

Andreas Widmann

Liebe Leserin, lieber Leser,

die betapharm Arzneimittel GmbH setzt sich seit Jahren aktiv für Ratsuchende im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem ein und fördert über das unabhängige und gemeinnützige beta Institut die betaCare-Initiative, welche ein in Deutschland einmaliges, leicht verständliches Wissenssystem für alle sozialrechtlichen Fragen rund um Vorsorge und Krankheit hervorgebracht hat.

Durch die zahlreichen Projekte und Studien des beta Instituts zur Verbesserung der Patientenversorgung wurde deutlich, dass immer mehr Menschen Hilfestellung benötigen, um in unseren immer komplexeren Sozial- und Gesundheitswesen den Überblick zu behalten. Allein die vielen Fachbegriffe und Fremdwörter können bereits zu erheblichen Verständnisproblemen beitragen.

Angesichts des breiten Informationsspektrums zum Thema „Kopfschmerzen", liefert dieser Ratgeber einen verständlichen Überblick zum Umgang mit Kopfschmerzen, den Behandlungsmöglichkeiten, sowie zu Hilfen für den Alltag.

Menschen, die von einer Migräneerkrankung gesundheitlich schwerst betroffen sind, gibt er Rat und Hilfe zu sozialrechtlichen Themen wie Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Rehabilitation, Schwerbehinderung und Wiedereingliederung.

Wir wünschen Ihnen einen persönlich größtmöglichen Nutzen.

Mit herzlichen Grüßen

Michael Ewers
Geschäftsführer betapharm

Andreas Widmann
Geschäftsführer beta Institut

Das gesamte, vom beta Institut betriebene, betaCare-Wissenssystem finden Sie unter **www.betaCare.de**.

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

beta pharm

beta Institut

Inhaltsverzeichnis

Migräne und andere Kopfschmerzen 3
- Formen von Kopfschmerzen 3
- Symptome 4
- Ursachen, Triggerfaktoren 5

Migräne bei Frauen 7

Migräne bei Kindern und Jugendlichen 8
- Ursachen 8

Behandlung 10
- Akutbehandlung 10
- Nicht-medikamentöse Akutbehandlung 12
- Medikamentöse Prophylaxe 13
- Nicht-medikamentöse Prophylaxe 13

Umgang mit Migräne 16
- Auswirkungen auf Angehörige 16
- Soziale Auswirkungen 16
- Selbsthilfegruppen 16
- Migräne am Arbeitsplatz 17
- Autofahren 18

Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen 19
- Arbeitsunfähigkeit 19
- Entgeltfortzahlung 20
- Krankengeld 20
- Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit 26

Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung 28
- Zuzahlungen 28
- Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze 30

Rehabilitation 35
- Allgemeines zu medizinischen Leistungen der Rehabilitation 36
- Anschlussheilbehandlung 39
- Ambulante und stationäre Rehamaßnahmen 41
- Wahl der Reha-Einrichtung 41
- Stufenweise Wiedereingliederung 42
- Berufliche Rehabilitation 44
- Übergangsgeld 48

Haushaltshilfe 52

Schwerbehinderung 55
- Schwerbehindertenausweis 56
- Grad der Behinderung bei Migräne 58

Inhaltsverzeichnis

Rente wegen Erwerbsminderung 62

Grundsicherung bei Erwerbsminderung 64
Umfang und Höhe 64

Urlaub und Reisen 66

Sport und Bewegung 68

Adressen und Buchtipps 69

Anhang 70
Kopfschmerz-Kalender 70
Clusterkopfschmerz-Kalender 72

Impressum 74

Hinweis:

In diesem Ratgeber wird überwiegend der Begriff „Migräne" verwendet. Die sozialrechtlichen und psychosozialen Themen treffen jedoch auch auf Clusterkopfschmerzen und schwere Formen von Spannungskopfschmerzen zu. Im 1. Kapitel werden neben der Migräne auch andere Kopfschmerzformen kurz erklärt. Im Kapitel „Behandlung" wird auf Cluster- und Spannungskopfschmerz separat eingegangen.

Migräne und andere Kopfschmerzen

Migräne ist eine komplexe Erkrankung, über deren Hintergründe sich die Experten bis heute nicht einig sind. Typisch sind meist halbseitige, pulsierende Kopfschmerzen, die mit Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit einhergehen können.

Migräne ist eine vorübergehende Funktionsstörung im Gehirn, tritt anfallartig auf und kehrt immer wieder.
Manche Patienten haben vorher eine sogenannte Aura. Durch körperliche Anstrengung kommt es zur Verstärkung der Schmerzen. Ein Migräneanfall dauert zwischen 4 und 72 Stunden.

In diesem Kapitel werden auch Clusterkopfschmerzen und Spannungskopfschmerzen kurz beschrieben bzw. abgegrenzt.

Formen von Kopfschmerzen

Grundsätzlich unterscheidet die Kopfschmerzklassifikation der internationalen Kopfschmerzgesellschaft heute 3 Gruppen von Kopfschmerzen:

- **Primäre Kopfschmerzerkrankungen**
  - Migräne
  - Kopfschmerz vom Spannungstyp
  - Clusterkopfschmerz
  - andere primäre Kopfschmerzen
- **Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen**
  Das sind Kopfschmerzen, die infolge anderer Erkrankungen entstehen.
- **Kraniale Neuralgien**, zentraler und primärer Gesichtsschmerz und andere Kopfschmerzen

Migräne

Migräne wird folgendermaßen untergliedert:

- **Migräne ohne Aura**
  Etwa 80–85 % findet ohne vorhergehende Aura statt.
- **Migräne mit Aura (siehe S. 5)**
  Bei der Migräne mit Aura treten vor dem Einsetzen von Kopfschmerzen neurologische Symptome auf.

Auch diese Punkte werden von den Experten weiter untergliedert. Doch die genaue Bestimmung der Migräneform und der daraus resultierenden Therapie ist Sache des Arztes und soll hier nicht weiter ausgeführt werden.
Adressen spezialisierter Ärzte bietet die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), siehe Adressen auf S. 71.

Die Angaben, wie viele Menschen von Migräne betroffen sind, schwanken stark. In Deutschland sollen es rund 10 % sein. Die Patienten können oft nicht arbeiten und haben auch in ihrem Privatleben erhebliche Einschränkungen.
Migräne tritt unabhängig vom ethnischen und sozialen Hintergrund in der ganzen Welt auf. Migräne ist eine lebenslange Erkrankung, der Schwerpunkt liegt aber zwischen dem 35. und dem 45. Lebensjahr. Frauen sind häufiger betroffen.

Clusterkopfschmerzen

„Cluster" bedeutet Haufen oder Schwarm. Clusterkopfschmerzen treten meist phasenweise und dann immer mit mehreren Attacken hintereinander auf (Schwarm). Die Phasen dauern von einer Woche bis zu einem Jahr, im Durchschnitt etwa 3 Monate. Die Attacken während einer Phase erfolgen mindestens alle 2 Tage und bis zu 8 Mal täglich. Eine Attacke dauert von einer Viertelstunde bis zu 3 Stunden. Attacken erfolgen häufig kurz nach dem Einschlafen oder früh am Morgen. Bei den meisten Patienten liegen zwischen den Phasen schmerzfreie Zeiten. Auch diese sind sehr unterschiedlich lang, von 2 Wochen bis viele Monate.
Männer sind deutlich häufiger von Clusterkopfschmerzen betroffen als Frauen.

Spannungskopfschmerzen

Spannungskopfschmerzen drücken dumpf im ganzen Kopf. Rund ein Viertel der Menschen ist gelegentlich davon betroffen. Von chronischem Spannungskopfschmerz spricht man, wenn er im Schnitt jeden zweiten Tag oder öfter auftritt. Dann sollten Betroffene einen Arzt aufsuchen und sich nicht mehr selbst therapieren.

Symptome

Anhand der Symptome lassen sich verschiedene Formen der Migräne unterscheiden. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft definiert zwei Hauptformen: „Migräne ohne Aura" und „Migräne mit Aura".

Migräne ohne Aura

Symptome einer „Migräne ohne Aura" laut DMKG:

- Kopfschmerzattacken, die 4 bis 72 Stunden anhalten und wiederkehren.
- Bei 60 % der Patienten ist nur eine Kopfseite betroffen. Die Seite kann jedoch während einer Attacke und von Anfall zu Anfall wechseln.
- Die Art des Schmerzes ist meist pulsierend, pochend.
- Der Schmerz ist mittel bis hoch intensiv und wird bei körperlicher Bewegung stärker.
- Typische Begleiterscheinungen sind Übelkeit, Erbrechen, Licht- und/oder Geräuschempfindlichkeit, Geruchsabneigungen und ein allgemeines Krankheitsgefühl.

Migräne mit Aura

Symptome einer „Migräne mit Aura" laut DMKG:
10–15 % der Betroffenen bekommen vor der Schmerzattacke bis zu einer Stunde lang eine „Aura", vereinzelt haben Patienten auch nur diese Aura.

Die damit verbundenen neurologischen Ausfallerscheinungen und Störungen können Folgendes umfassen:

- 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

Clusterkopfschmerzen

Symptome von Clusterkopfschmerzen laut DMKG:

- Heftige Schmerzen im Augen- oder Schläfenbereich. Ausstrahlung der Schmerzen teilweise auf Kiefer-, Rachen-, Ohr-, Nacken- oder Schulterbereich.
- Meist nur eine Gesichtshälfte betroffen, Seitenwechsel sind selten.
- Folgende äußeren Symptome können damit einhergehen
  - tränendes oder gerötetes Auge
  - geschwollenes oder hängendes Augenlid
  - verstopfte oder stark laufende Nase
  - Schweiß auf Stirn und Gesicht
- Schmerz wird beschrieben als glühend heiß und stechend.
- Viele Betroffene haben einen Bewegungsdrang. Bewegung bessert die Symptome (Unterschied zu Migräne!).

Spannungskopfschmerzen

Symptome von Spannungskopfschmerzen:

- Dumpfer, drückender, ziehender Schmerz.
- Der Schmerz tritt beidseitig auf.
- Leichte bis mäßig intensive Schmerzen.
- Bei körperlicher Bewegung keine Verstärkung der Schmerzen.
- Bei etwa der Hälfte der Betroffenen ist die Muskulatur besonders schmerzempfindlich.
- Manchmal Licht- und/oder Lärmempfindlichkeit, Übelkeit.

Ursachen, Triggerfaktoren

Die Ursachen für die Funktionsstörungen im Gehirn, die die Migräne, Cluster- und Spannungskopfschmerzen auslösen, sind immer noch nicht erforscht. Vermutet werden ein Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren. Weil die Ursachen nicht bekannt sind, sind diese Kopfschmerzen auch nur selten heilbar.

Bekannter sind dagegen manche Auslöser für die Schmerzattacken, die sogenannten Triggerfaktoren. Diese Faktoren sind individuell sehr verschieden und ihnen gilt in der Behandlung das Hauptaugenmerk. Nachfolgend einige Triggerfaktoren.

Migräne

Mögliche Triggerfaktoren bei Migräne:

- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus.
- Stress, emotionale Anspannung, plötzliche Entspannung
- Hormonelle Schwankungen spielen bei vielen Betroffenen eine Rolle. Bei Frauen z. B. Schwankungen im Zusammenhang mit Periode und Eisprung.
- Bestimmte Substanzen (v. a. Alkohol und Nikotin), selten auch Nahrungsmittel.
- Schwankungen des Coffein-Spiegels.

Bei der Suche nach individuellen Triggerfaktoren (meist sind es mehrere) kann ein Migränetagebuch helfen. Da Migräneanfälle erst viele Stunden später auftreten können, kann im Migränetagebuch im Nachhinein versucht werden, Auslöser und Situationen, die den Attacken vorausgehen, zu erkennen und in der Folgezeit nach Möglichkeit zu vermeiden.

Einen Kopfschmerz-Kalender zum Eintrag der Kopfschmerzen nach Stärke, Dauer und eingenommenen Medikamenten finden Sie auf Seite 72.

Clusterkopfschmerzen

Als Triggerfaktor für Clusterkopfschmerzen steht vor allem Alkohol im Verdacht. Zur Unterstützung bei der Suche nach den Auslösern hilft ein Clusterkopfschmerz-Tagebuch.
Bei der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft kann es unter www.dmkg.de > Patienten > Downloadbereich heruntergeladen werden oder direkt unter
www.dmkg.de/sites/default/files/kal_clusterks09.pdf.

Spannungskopfschmerzen

Bei Spannungskopfschmerzen sind die Ursachen unklar. Im Verdacht sind fehlerhafte Schmerzverarbeitung im Gehirn, Stress, Angst oder Muskelverspannungen. Zur Unterstützung der Diagnose und der Vermeidung von Auslösern wird bei chronischen Spannungskopfschmerzen ein Kopfschmerztagebuch empfohlen, siehe oben unter „Migräne".

Migräne bei Frauen

Migräne gilt als typisches Frauenleiden und wird oft nicht ernst genommen. Tatsache ist, dass Frauen viermal häufiger von Migräne betroffen sind als Männer. Grund dafür ist, dass Hormonschwankungen Auslöser für Schmerzattacken sein können und diese bei Frauen regelmäßig auftreten, z. B. Schwankungen im Östrogenspiegel, beim Eisprung und bei der Menstruation.

Menstruelle Migräne

Bekannt ist die sogenannte „menstruelle Migräne", die bei vielen Betroffenen etwa zwei Tage vor den Blutungen einsetzt, aber auch während der Blutungen oder kurz danach auftreten kann. Kennzeichnend ist, dass die Attacken einer menstruellen Migräne meist recht lang dauern.

Verhütung

Ob die Pille, ein Hormonpräparat, als Migräneauslöser in Frage kommt, ist umstritten. Es gibt Hinweise in beide Richtungen: Dass die Pille Anfälle auslöst ebenso wie dass sie Anfälle reduziert oder abmildert. Klärung kann nur eine individuelle Beobachtung bringen. Beim Verdacht der Pille als Anfallsauslöser sollte auf andere, nicht-hormonelle Verhütungsmethoden ausgewichen werden.

Schwangerschaft und Stillzeit

Während der Schwangerschaft haben die meisten Migräne-Betroffenen weniger, leichtere oder keine Migräne-Attacken. Allerdings kommen die Anfälle nach der Geburt häufig wieder.
In der Schwangerschaft sollten alle Möglichkeiten der Prophylaxe ohne Medikamente ausgenutzt werden, da die Einnahme aller Migränemittel das Ungeborene beeinträchtigen kann. In die Verdachtszone geraten ist neuerdings auch Paracetamol, das bisher als das einzige Mittel galt, das in der Schwangerschaft eingenommen werden darf.

In der Stillzeit bestehen etwas weniger Gefahren und Einschränkungen, aber auch hier sollten Medikamente immer mit dem Arzt abgesprochen werden.

Wechseljahre

Sind Hormone die Migräneauslöser, können die Anfälle nach den Wechseljahren verschwinden, seltener werden oder schneller abklingen – allerdings nur bei gut der Hälfte der Frauen. Bei einigen wird die Migräne auch schlimmer.

Buchtipp

Das Buch „Migräne in Schwangerschaft und Stillzeit" kann bei MigräneLiga e. V. Deutschland, Unter der Ruth 9, 65462 Ginsheim-Gustavsburg bestellt werden. Die Zusendung erfolgt kostenlos gegen Einsenden eines DIN A5-Umschlags, adressiert und mit 1,45 € frankiert.

Migräne bei Kindern und Jugendlichen

Während früher überwiegend Erwachsene unter Migräne litten, sind mittlerweile auch zunehmend Kinder und Jugendliche davon betroffen. Genaue Zahlen über die Häufigkeit von Migräne bei Kindern und Jugendlichen gibt es nicht.

„Mama, ich habe Kopfschmerzen/Bauchschmerzen" – hinter diesen Symptomen verbergen sich oft nicht nur die bloße Angst vor Klausuren oder die Unlust auf Schule, sondern dahinter kann auch bereits bei Kindern Migräne stecken. Kinder und Jugendliche haben dieselben pochenden, einseitigen Schmerzen wie Erwachsene, die Attacken können jedoch kürzer sein bzw. sind öfter mit Bauchschmerzen oder Übelkeit verbunden. Eher untypisch ist die Aura mit Lichtblitzen.

Beim Erwachsenen lokalisieren sich die Schmerzen meistens einseitig, bei Kindern und Jugendlichen oft auch über die ganze Stirn.

Die Diagnosestellung der Migräne bei Kindern und Jugendlichen erfordert viel Erfahrung und Beobachtung der Eltern und der behandelnden Ärzte. Hilfreich ist auch hier das Führen eines Migränetagebuchs (siehe Praxistipps, S. 9).

Die medikamentöse Therapie sollte bei Kindern und Jugendlichen unter ärztlicher Aufsicht stattfinden. Das Erlernen von Entspannungstechniken sowie die Entschleunigung des Alltags können den jungen Patienten schon helfen, die Anzahl der Migräneanfälle zu reduzieren.

Ursachen

Folgende Ursachen können möglicherweise das Auftreten von Migräne begünstigen:

- ungesunde Ernährungsweise (zu wenig Ballaststoffe, Vitamine, Mineralstoffe, ...) sowie ein schwankender Blutzuckerspiegel,
- unregelmäßiger, zu viel oder zu wenig Schlaf,
- Stresssituationen in Kindergarten und Schule,
- mangelnde Bewegung an der frischen Luft. Freizeitbeschäftigungen konzentrieren sich auf Computerspiele und Fernsehen,
- seelische Belastungssituationen, z. B. Trennung der Eltern.

Tipps für weiterführende Informationen zum Thema „Kopfschmerz bei Kindern“:

- Die Deutsche Schmerzhilfe e. V. empfiehlt ein **Migränetagebuch** speziell für Kinder. Information unter www.schmerzhilfe.de/c/shop.html?item=6
- Eine ausführliche **Broschüre** zum Thema Kopfschmerz bei Kindern bietet die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Download unter: www.dmkg.de/dmkg/sites/default/files/kinder.pdf.
- Wissenschaftler der Universitäten Göttingen und Düsseldorf haben ein Trainingsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Kopfschmerzen zur Schmerzminderung und besseren Bewältigung ein kostenpflichtiges Online-Training entwickelt. Informationen unter www.stopp-den-kopfschmerz.de.
- Möglicherweise gibt es eine Selbsthilfegruppe für Kinder und Jugendliche mit Migräne bzw. für deren Eltern in Wohnortnähe. Der Austausch von Erfahrungen, Informationen und Therapiemöglichkeiten mit anderen kann bei der Krankheitsbewältigung helfen. Adressen finden Sie auf S. 71.

Behandlung

Da die Ursachen von Migräne und anderen primären Kopfschmerzen bis heute nicht geklärt sind, können 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). Dafür gibt es mehrere Ansätze.

Bei den meisten Patienten ist eine Kombination verschiedener Behandlungs- und Vorbeugemaßnahmen am erfolgreichsten.

Buchtipp

Die Migräne-Liga bietet einen kostenlosen „Patienten Wegweiser – Vom richtigen Umgang mit Ärzten und Arzneien".
Dieser kann bei MigräneLiga e.V. Deutschland, Unter der Ruth 9, 65462 Ginsheim-Gustavsburg bestellt werden. Adressierten und mit 1,45 € frankierten DIN A5-Umschlag beifügen.

Akutbehandlung

Für die Akutbehandlung von Schmerzattacken erhalten die meisten Patienten Medikamente. Treten Migräneattacken recht selten auf, dann ist die Akutbehandlung als alleinige Behandlung ausreichend.
Sind die Attacken häufiger als 3 Mal pro Monat oder kaum mit Medikamenten zu lindern, sollte zusätzlich Prophylaxe betrieben werden – mit Medikamenten und/oder nicht-medikamentösen Therapien.

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) hat wissenschaftlich fundierte Empfehlungen herausgegeben, nach denen sich Patienten bei weniger schweren Schmerzattacken selbst therapieren können (sogenannte „Selbstmedikation").

Medikamente der 1. Wahl bei Migräne für die Selbstbehandlung sind:

- Einzeldosis mit 1.000 mg Acetylsalicylsäure – möglichst als Brause- oder Kautablette
- Einzeldosis mit 400 mg Ibuprofen
- Einzeldosis mit 1.000 mg Paracetamol – möglichst als Zäpfchen
- Einzeldosis der fixen Kombination aus 500 mg Acetylsalicylsäure + 500 mg Paracetamol + 130 mg Coffein (oder ähnliche Dosierung)

Wenn Patienten ihre Migräne mit anderen Medikamenten erfolgreich behandeln, sollten sie dies mit dem Arzt besprechen. Im allgemeinen kann eine erfolgreiche Akutbehandlung auch jenseits der DMKG-Empfehlungen fortgesetzt werden.

Viele Migräne-Patienten haben zu den Schmerzattacken auch mit Übelkeit und Erbrechen zu kämpfen. Hier empfiehlt die DMKG die Einnahme eines sogenannten Antiemetikums, das vom Arzt verschrieben werden muss. Es hilft – rechtzeitig eingenommen – auch bei der Aufnahme und damit Wirksamkeit des Schmerzmittels.

Bei mittelschweren bis schweren Migräne-Attacken empfiehlt die DMKG die Einnahme eines Triptans. Triptane wirken am besten gegen akute Attacken und helfen auch gegen die Begleitsymptome.
Es stehen mittlerweile verschiedene Triptane in verschiedenen Stärken und Formen zur Verfügung, so dass Ärzte für viele Patienten eine individuell wirksame Akutmedikation verordnen können, auch mit Blick auf die unvermeidbaren Nebenwirkungen.

Örtliche Betäubung gegen Migräne

In einzelnen Fällen können bestimmte Hirnregionen örtlich betäubt werden, um beginnende Attacken zu stoppen.
Die Behandlung muss stationär erfolgen – in der Regel in spezialisierten Schmerzzentren oder Schmerzkliniken. Die Behandlung kann auch vorbeugend erfolgen.

Medikamente gegen Clusterkopfschmerzen

Bei Clusterkopfschmerz rät die DMKG von einer Selbstmedikation ab, da die wirksamen Medikamente alle verschreibungspflichtig sind und sehr individuell vom Arzt verschrieben werden müssen.

Nasentropfen mit einem örtlichen Betäubungsmittel helfen etwa bei einem Drittel der Patienten.

Ein bestimmtes Triptan (siehe oben bei „Migräne") kann auch bei Clusterkopfschmerzen helfen. Der Patient spritzt es sich in der Regel selbst. Statt Spritzen kann das Triptan auch über ein Nasenspray in den Organismus kommen.

Sauerstoff gegen Clusterkopfschmerzen

Laut DMKG kann Sauerstoff bei Clusterkopfschmerzen helfen, er wird über eine Gesichts- oder Mundmaske inhaliert.
Die DMKG informiert: „Im Hilfsmittelverzeichnis der ambulanten Krankenkassen sind entsprechende Druckminderer unter der Nummer 14.24.05.0000 (die Sauerstoffflaschen selbst als Verbrauchsmaterial unter der Nummer 14.99.99.1.) ... aufgeführt.

Eine Zulassung als Arzneimittel für die Indikation Clusterkopfschmerz erfolgte für medizinischen Sauerstoff unter der Nummer 69557.00.00 ...". Verschrieben wird der Sauerstoff vom Arzt. Der Patient geht damit zum Sanitätshaus, das auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen klärt.

Medikamente gegen Spannungskopfschmerzen

Spannungskopfschmerzen können meist vom Patienten selbst mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln behandelt werden.

Die DMKG empfiehlt folgende wissenschaftlich fundierte Selbstmedikation als Mittel der 1. Wahl:

- Einzeldosis mit 1.000 mg Acetylsalicylsäure
- Einzeldosis mit 400 mg Ibuprofen
- Einzeldosis der fixen Kombination aus 1–2 Tabletten mit je 250 mg Acetylsalicylsäure + 200 mg Paracetamol + 65 mg Coffein

2. Wahl ist eine Einzeldosis mit 1.000 mg Paracetamol.

Wenn Patienten ihre Spannungskopfschmerzen mit anderen Medikamenten erfolgreich behandeln, sollten sie dies mit dem Arzt besprechen. Im allgemeinen kann eine erfolgreiche Akutbehandlung auch jenseits der DMKG-Empfehlungen fortgesetzt werden.

Umgang mit Schmerzmedikamenten

Kopfschmerzpatienten sollten eine regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten vermeiden. Nach Empfehlungen der DMKG sollten Migräne- und Schmerzmittel nicht länger als 3 Tage hintereinander und nicht öfter als 10 Tage im Monat eingenommen werden. Bei zu häufiger Einnahme von Schmerz- und Migränemitteln kann ein medikamentenbedingter Kopfschmerz entstehen, der in seinen Symptomen dem Spannungskopfschmerz ähnelt. Grundsätzlich sollte jede Medikamenteneinnahme mit dem Arzt abgestimmt sein.

Nicht-medikamentöse Akutbehandlung

Es gibt kaum nicht-medikamentöse Maßnahmen, die einen Migräneanfall verkürzen. Empfohlen wird, sich in einen dunklen, ruhigen Raum zurückziehen, zu schlafen, Kältekompressen aufzulegen und Gesicht und Kopf sanft zu massieren.

Patienten mit **Clusterkopfschmerzen** haben einen Bewegungsdrang, Bewegung kann lindernd wirken.

Entspannung und Ruhe können **Spannungskopfschmerzen** mildern.

Medikamentöse Prophylaxe

Trotz der effektiven medikamentösen Attackentherapie gibt es Gründe für eine medikamentöse Vorbeugung. Patienten, die keine Triptane einnehmen können, da diese bei ihnen nicht wirksam oder nicht verträglich sind, können auf eine medikamentöse Vorbeugung ausweichen.

Vorbeugung gegen Migräne

Bei mehr als drei Attacken im Monat oder wenn die Akutbehandlung nur ungenügend erfolgreich ist, ist eine medikamentöse Prophylaxe sinnvoll.
Ziel ist, dass Anfälle seltener sind, weniger intensiv schmerzen und schneller abklingen. Zur Vorbeugung werden keine Schmerzmittel, sondern verschiedene andere Medikamente eingesetzt. Es erfordert in der Regel einige Monate Geduld, bis Arzt und Patient erkennen, ob das Mittel hilft oder ob ein anderes ausprobiert werden muss.

Vorbeugung gegen Clusterkopfschmerzen

Clusterkopfschmerzen unterscheiden sich sehr stark hinsichtlich der Länge und Intensität der Schmerzphasen sowie der Dauer der schmerzfreien Phasen. Zur Verbeugung stehen verschiedene verschreibungspflichtige Substanzen zur Auswahl, zum Teil sind auch Kombinationen erfolgreich. Es müssen immer die Nebenwirkungen bei Langzeiteinnahme abgewägt werden, da manche Medikamente nicht zur Dauereinnahme geeignet sind. In der Regel ist auch hier Geduld sowie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient erforderlich.

Vorbeugung gegen chronische Spannungskopfschmerzen

Als chronisch gelten Spannungskopfschmerzen, wenn sie länger als 3 Monate und und im Schnitt jeden zweiten Tag oder häufiger auftreten. Dann ist eine Prophylaxe erforderlich.
Eingesetzt werden hier vor allem Medikamente, die auch gegen Depressionen verordnet werden, weil sie die Schmerzverarbeitung im Gehirn beeinflussen können. Auch diese medikamentöse Prophylaxe erfordert Geduld vom Patienten. Es wird von mindestens 6 Monaten ausgegangen, bis die Spannungskopfschmerzen weniger und/oder leichter werden.

Nicht-medikamentöse Prophylaxe

Für viele Patienten haben nicht-medikamentöse Verfahren zur Migräne- und Kopfschmerzprophylaxe eine besondere Bedeutung. Nachfolgend wird nicht zwischen den verschiedenen Schmerzarten unterschieden, da die Prophylaxe immer von den individuellen Auslösern (Triggerfaktoren) abhängig ist. (siehe S. 5)

Nicht-medikamentöse Verfahren helfen Medikamente einzusparen und können Schmerzen vorbeugen.

Eine Kombination aus Medikamenten und psychologisch-verhaltensmedizinischen Methoden ist meist am besten wirksam in der Prophylaxe:

- **Vermeiden von Triggerfaktoren**
  Beispiele: Kein plötzlicher Kohlehydratentzug, regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, regelmäßiger Koffeinkonsum, kein Alkohol, kein Stress. Eine Umstellung der Ernährung ist nur sinnvoll, wenn bestimmte Nahrungsmittel eindeutig als Auslöser von Schmerzattacken in Frage kommen. Es gibt keine spezielle Migräne-Diät und es ist auch nicht sinnvoll, ganz allgemein bestimmte Nahrungsmittel zu meiden.
- **Entspannung**
  Ein bewährtes Mittel, um Schmerzen zu mindern, aber auch um die Häufigkeit der Anfälle zu reduzieren, sind Entspannungsübungen. Dazu zählen z. B. Muskelentspannung nach Jacobsen, Yoga, Imaginations-Verfahren oder Selbsthypnose. Hilfreich können auch ausreichend Schlaf, Ruhezeiten oder sanfte Massagen sein.
  Anleitung zu Entspannungstechniken geben Reha-Kliniken für Schmerzkranke, Ergotherapeuten und Krankengymnasten (Physiotherapeuten). Entsprechende Kurse werden u. U. von den Krankenkassen im Rahmen von Prävention finanziert oder bezuschusst. Oft werden entsprechende Kurse an den Volkshochschulen angeboten.
- **Gemäßigter Ausdauersport**
  Ausdauertraining wie Joggen, Radfahren oder Schwimmen kann die Häufigkeit und Intensität von Schmerzattacken positiv beeinflussen. Weitere Informationen siehe S. 70.
- **Pflanzliche Mittel**
  Fieberkraut könnte gegen Migräne helfen. Darauf gibt es Hinweise, die aber noch nicht sicher wissenschaftlich belegt sind.
- **Verhaltenstherapie**
  Da auch psychische Faktoren Intensität, Dauer und Häufigkeit der Schmerzattacken beeinflussen, kann es bei einigen Patienten sinnvoll sein, sich verhaltenstherapeutisch behandeln zu lassen. Bei der Verhaltenstherapie geht es darum, überhöhte Erwartungen an sich selbst, Angst vor Versagen oder Schmerzen und ungünstige Stressbewältigungsstrategien abzubauen und zu lernen, mit dem akuten Anfall umzugehen. Auch Vorbeugestrategien können erlernt und gefestigt werden. Dazu werden u. a. Entspannungstechniken, Biofeedback, Stress- und Schmerzbewältigungsverfahren und Reizverarbeitungsstrategien eingesetzt.

Umstrittene Ansätze

Migräne und andere Kopfschmerzerkrankungen können Betroffene verzweifeln lassen und die Lebensqualität stark einschränken. Verständlich, dass Betroffene jeden möglichen Heilungsversuch unternehmen.

Folgende Ansätze sind umstritten, die DMKG sieht bei keinem von ihnen einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit:

- Akupunktur und Homöopathie. Es gibt Untersuchungen, die auf eine Wirksamkeit hinweisen.
- Krankengymnastische Behandlungen, Massagen, Akupressur, Kneipp-Anwendungen sowie medizinische Bäder haben ihre Wirksamkeit noch nicht in wissenschaftlichen Untersuchungen unter Beweis gestellt, können sich jedoch im Einzelfall positiv auf den Migränepatienten auswirken.

Weit verbreitet ist die Meinung, Schokolade sei ein Migräne-Auslöser. Das gilt mittlerweile als widerlegt, denn: Oft haben Patienten vor einem Anfall Heißhunger auf Süßes. Dieser Heißhunger ist dann ein Hinweis auf einen kommenden Anfall, möglicherweise, so ein Erklärungsversuch, weil sich das Gehirn für den Anfall mit Energie versorgen will.

Umgang mit Migräne

Auswirkungen auf Angehörige

Oft leidet die ganze Familie mit, wenn ein Mitglied eine Migräneattacke hat. Besonders wenn die Mutter betroffen ist, kann sie sich bei einem schweren Migräneanfall weder um den Haushalt noch um die Kinder kümmern.

Der Rückzug in einen verdunkelten Raum und das totale Abgrenzungsbedürfnis sind notwendig – stoßen aber oft auf Unverständnis.

Von allen Familienangehörigen wird Rücksicht und die Übernahme anstehender Arbeiten verlangt, da der Betroffene bei einem Anfall komplett ausfällt. Dies kann die gesamte Familie stark belasten.

Helfen kann der offene Umgang mit der Erkrankung: Wie sieht der Notfallplan aus, wenn der nächste Anfall ansteht? Was kann liegen bleiben? Was kann man verschieben? Kann – oder will – der Betroffene während der Attacke allein sein und ist froh, wenn die Familie aus dem Haus ist? Oder braucht er die Sicherheit und das Gefühl, dass jemand da ist?

Soziale Auswirkungen

Freizeitaktivitäten und Besuche bei Verwandten und Freunden fallen bei einer Migräneattacke flach oder müssen abgebrochen werden. Dennoch sollten Betroffene Aktivitäten nicht von vornherein vermeiden – aus Angst, sie könnten einen Anfall auslösen.

Es gibt mittlerweile Hinweise, dass zu vorsichtiges Verhalten sogar die Wahrscheinlichkeit für Migräneanfälle erhöht. Die Kunst ist, die persönliche Balance zwischen zu wenig und zu viel Aktivität zu finden.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen für Migränepatienten dienen dem Austausch von Erfahrungen, man hilft sich gegenseitig, hat praktische Tipps – oder auch einfach "nur" Verständnis.

Kontaktdaten finden Sie bei Adressen auf S. 71

Migräne am Arbeitsplatz

Ein Migräneanfall schränkt die Leistungsfähigkeit ein. Kollegen und Vorgesetzte sollten offen über die Krankheit informiert werden, dann ist ein angemessener Umgang mit Anfällen möglich.

Attacke am Arbeitsplatz

Migräne hält sich nicht an Arbeitszeiten, doch Migräne muss heute nicht mehr zwangsläufig zu längerem Arbeitsausfall führen, da eine gut eingestellte, individuelle medikamentöse Behandlung meist wirkt.

Während einer Migräneattacke ist es in der Regel nicht möglich, mit voller Leistung weiter zu arbeiten. Vor oder während einer Attacke kann es zu Seh-, Konzentrations- oder Wortfindungsstörungen kommen. Dies birgt je nach Tätigkeit erhebliche Risiken. Bei Migräne werden oft die Arbeitsabläufe langsamer und die Fehlerquote steigt.

Allerdings sind Migräneanfälle sehr verschieden und die Patienten reagieren unterschiedlich schnell auf Medikamente. Vorsichtig geschätzt kann etwa die Hälfte der Betroffenen weiter arbeiten – wenn auch mit Einschränkungen. Bei rund einem Viertel der Betroffenen ist schnellstmögliche, absolute Bettruhe nötig. Näheres zu Arbeitsunfähigkeit, siehe S. 19.

Kündigt sich eine Migräneattacke an, muss der Migräniker entscheiden: Bleiben oder nach Hause gehen.
Bleiben bedeutet, den Anfall durchzustehen und genau zu wissen, dass die Leistung nicht optimal ist. Nach Hause gehen heißt, auf Arbeitskollegen und Vorgesetzte einen schlechten Eindruck zu machen. Aus diesem Dilemma bietet nur der offene Umgang mit der Erkrankung einen Ausweg. Wer diesen Weg scheut, dem helfen möglicherweise das Gespräch mit dem behandelnden Arzt, die Erarbeitung einer persönlichen Bewältigungsstrategie mit einem Therapeuten oder der Austausch in einer Selbsthilfegruppe. Viele andere Betroffene kennen die Problematik.
Adressen siehe S. 71.

Ideal ist, wenn Betroffene am Arbeitsplatz die Möglichkeit haben, ihre Arbeit zu unterbrechen und sich in einen Ruheraum zurückzuziehen, bis das Schlimmste vorbei ist und/oder ein Medikament gewirkt hat.

Problematisch, aber nicht selten ist, dass Patienten Medikamente einnehmen, um weiter arbeiten zu können, oft häufiger und in höheren Dosen als sie eigentlich sollten. Das birgt die Gefahr, dass die Abstände zwischen den Migräneattacken kürzer werden oder dass Kopfschmerzen infolge der überhöhten Medikamenteneinnahme hinzukommen.

Betroffene sollten versuchen, zu hohe Erwartungen an sich selbst und andere aufzugeben – Stress und starke emotionale Schwankungen können Auslöser für einen Anfall sein. Betroffene sollten lernen, Überforderungen zu erkennen und abzuwehren. Auch hier können Arzt, Therapeut oder Selbsthilfegruppen helfen.

Thema beim Arbeitgeber

Migränepatienten sollten offen über ihre Krankheit sprechen. Die Erkrankung wird von Nichtbetroffenen meist nicht ernst genommen, die Unterschiede verschiedener Kopfschmerzerkrankungen sind nicht bewusst, dass Migräne nicht heilbar ist, ist wenig bekannt. Kollegen und Vorgesetzte reagieren deshalb mit Unverständnis, wenn wegen Migräne Termine nicht eingehalten oder Besprechungen versäumt werden. Deshalb, und aus Angst um den Arbeitsplatz, wird unter Schmerzen weiter gearbeitet.

Migräne und ihre Auswirkungen sollten aufgrund ihrer Häufigkeit auch beim Arbeitgeber ein Thema sein. Mehr Information schafft Klarheit, inzwischen werden dazu im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsfürsorge auch Seminare angeboten.
Nur im offenen Gespräch zwischen Vorgesetzten und Migränebetroffenen können Lösungen gefunden werden. Wichtige Fragen sind, wie Leistungsschwankungen ausgeglichen oder Ausfälle aufgefangen werden können.
Schichtarbeit, mit dem daraus resultierenden Wechsel des Schlaf-Wach-Rhythmus, kann ein Auslöser für Migräneattacken sein. Das muss geklärt und gegebenenfalls versucht werden, den Mitarbeiter nur in Tag- und Abendschichten einzusetzen.

Autofahren

Gemäß der Straßenverkehrsordnung ist das Autofahren nach § 24 Abs. 2 bei Schmerzmitteleinnahme erlaubt, sofern die Medikamente zur Behandlung einer Krankheit notwendig und vom Arzt verordnet sind.

Sowohl eine Migräne als auch die Behandlung mit Triptanen können jedoch Schläfrigkeit verursachen und die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben einschränken. Clusterkopfschmerzen können die Konzentration herabsetzen.

Autofahren ist eine komplexe Tätigkeit, die die ganze Wachsamkeit erfordert. Ob ein Betroffener während einer Schmerzattacke und danach Autofahren kann, ist daher sorgfältig individuell abzuwägen.

Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen

Arbeitsunfähigkeit

Kopfschmerzen und Migräne sind in Deutschland eine häufige Diagnose, die Arbeitnehmer daran hindert an ihrem Arbeitsplatz zu erscheinen.

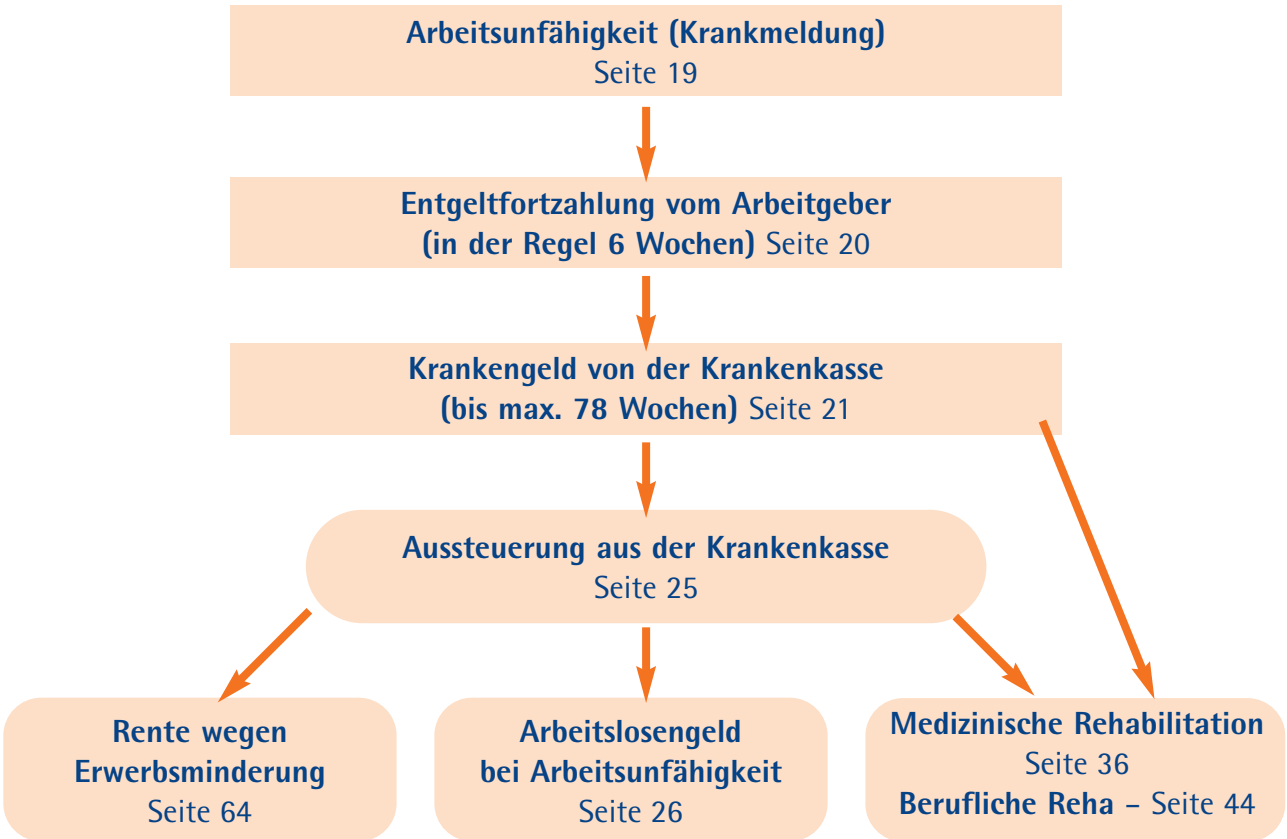
Definition „Arbeitsunfähigkeit"

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen der Patient seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung des Zustands weiter ausüben kann.

Die Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für Entgeltfortzahlung und Krankengeld. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

Arbeitsunfähigkeit: Welche Hilfen greifen wann?

Nachfolgend eine vereinfachte grafische Darstellung, welche Hilfen greifen (können), wenn ein Arbeitnehmer längere Zeit arbeitsunfähig ist.



Entgeltfortzahlung

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, sofern sie ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.

Die Entgeltfortzahlung ist eine arbeitsrechtliche Regelung und keine Leistung der Sozialversicherung.

Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen und wird in Höhe von 100 % des üblichen Arbeitsentgelts bezahlt.

Falls während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.

Wegen derselben Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate wegen derselben Erkrankung nicht arbeitsunfähig war, d. h. berufstätig war oder als Arbeitsloser dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand.

Dieselbe Erkrankung bedeutet,
dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet und die Krankenkasse noch nicht zahlt, keine Einkünfte oder kein verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt oder die Agentur für Arbeit zu wenden.

Krankengeld

Gesetzlich pflichtversicherte Migränepatienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

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

Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- **oder** Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer (siehe S. 22) dennoch nicht.

Anspruch auf Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld entsteht:

- bei Krankenhausbehandlung mit der stationären Aufnahme im Krankenhaus bzw. in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen.
- bei Arbeitsunfähigkeit mit dem auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgenden Tag.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe.
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld.
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Familienversicherte.
- Bezieher einer vollen Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

  Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig und nicht nur geringfügig Beschäftigte.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Mit dem Tage der **Bewilligung einer Rente** endet der Anspruch auf Krankengeld. Wurden für eine gewisse Zeit gleichzeitig Rente und Krankengeld gezahlt, so fordert die Krankenkasse das Krankengeld zurück. Der Versicherte darf unter Umständen lediglich den Teil des Krankengelds behalten, der über die Rente hinausging (sogenannter Spitzbetrag).

Freiwillig Versicherte

Die Satzung einer Krankenkasse kann den Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte, die selbstständig tätig sind, ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, je nachdem, welchen Tarif der Versicherte gewählt hat.

Freiwillig Versicherte, die angestellt sind und deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, bekommen Krankengeld.

Höhe des Krankengelds

Die Höhe des Krankengelds beträgt

- 70 % des Arbeitsentgelts (sogenanntes Bruttoentgelt),
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.

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

Höchstbetrag des Krankengelds

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2012 ein Betrag von 127,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 45.900,– € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 89,25 € täglich betragen.

Abgezogen vom Krankengeld werden Beiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,43 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,68 % bei kinderlosen Empfängern.

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Bei Bezug von Arbeitslosen- oder Unterhaltsgeld wird Krankengeld in Höhe dieser Leistungen gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

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

„Dieselbe Krankheit" heißt:
identische Krankheitsursache. Dazu zählen Krankheitsschübe oder Folgeerkrankungen einer nicht ausgeheilten Grunderkrankung.

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

Erneuter Anspruch wegen derselben Krankheit

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

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

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

Beispiel

Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz).

Das heißt: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.

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

Praxistipp

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da das Krankengeld nur bei tatsächlichem Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch des versicherten Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger als das Krankengeld ist, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Nicht darunter fallen Zuschüsse zum Krankengeld, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit bis zum dritten Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld; auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte
- Teilrente wegen Alters aus der Rentenversicherung
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (früher: Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit)
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute, wenn die Leistung nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.

Praxistipp

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

Wegfall des Krankengelds

Wegfall des Krankengelds bei Antrag auf Reha

Wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine Frist von 10 Wochen setzen, um einen Antrag auf Rehamaßnahmen zu stellen.

Wegfall des Krankengelds bei Antrag auf Rente

Wird eine Krankengeldempfänger von der Krankenkasse aufgefordert einen Antrag auf Rente zu stellen, dann muss er dem innerhalb von 10 Wochen nachkommen. Eine solche Aufforderung

darf aber nur dann erfolgen, wenn der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat.

Hat er noch Anspruch auf Krankengeld, erhält er dieses weiter, bis über den Rentenantrag entschieden ist. Hat er keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, kann er bei der Agentur für Arbeit „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit" (siehe S. 26) beantragen.

Es liegt beim Vorliegen der Voraussetzungen im Ermessen der Krankenkasse, ob sie den Wegfall des Krankengelds plant und den Versicherten auffordert, innerhalb von 10 Wochen einen Antrag auf **Reha oder Rente** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld und die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse in ihrer bisherigen Form endet. Um weiter krankenversichert zu bleiben, bietet die zuständige Krankenkasse in der Regel die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung oder der Familienversicherung an. auch eine Private Krankenversicherung ist unter Umständen möglich.
Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Aussteuerung

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Versicherte noch immer arbeitsunfähig, dann **endet seine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung**. Dieser Vorgang wird auch Aussteuerung genannt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung darüber. Damit weiter ein Anspruch auf medizinische Leistungen besteht, ist es wichtig, weiterhin Mitglied der Krankenkasse zu bleiben.

Es gibt folgende Möglichkeiten:

- Freiwillige Versicherung bei der Krankenkasse.
- Familienversicherung (wenn z. B. der Ehemann Mitglied einer Krankenkasse ist).
- Beantragung von Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit.
- unter Umständen private Krankenversicherung.

Praxistipp

Ist abzusehen, dass der Krankengeldbezug endet, sollte sich der Betroffene unbedingt rechtzeitig mit der Krankenkasse in Verbindung setzen, um den künftigen Versicherungsschutz zu klären.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn ein Versicherter keinen Anspruch auf Krankengeld mehr hat, aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit" beantragen.

Diese Zahlung ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Zeit ohne Arbeitslosengeld (weil man nicht vermittelt werden kann), bis eine andere Leistung, z. B. Weiterbildung oder Rente, gezahlt wird.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitslosigkeit **oder**
  Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte (keine Kündigung).
- Erfüllung der Anwartschaftszeit.
  Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn die Antragstellerin in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosenmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weswegen kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Abgestufte Erwerbsminderungsrente beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung Behinderter (Teilhabe am Arbeitsleben, Medizinische Rehabilitation).
  Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.
  Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sogenannten Nahtlosigkeit wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über das Vorliegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit verdienen könnte.
Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den evtl. überschießenden Betrag.
War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.

Praxistipp

Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht.

Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen") kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit informiert umfassend zum „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit".

Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Durch häufige Verordnung von Arznei- und Heilmitteln fallen bei Migränepatienten verschiedene Zuzahlungen an.

Die folgende Auflistung enthält alle Zuzahlungen, auch wenn sie bei Migräne nicht relevant sind. Doch für eine mögliche Zuzahlungsbefreiung werden sie alle einbezogen.

Zuzahlungen

Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Die nachfolgenden Regelungen gelten auch für Sozialhilfe-empfänger.

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr beträgt 10,– € pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut oder Zahnarzt.

Die Praxisgebühr wird nicht fällig bei

- Überweisungen von einem anderen Arzt im selben Quartal,
- Vorsorge, Früherkennung, Kontrolluntersuchungen (jährlich beim Zahnarzt und zur Krebsvorsorge), Schwangerschaftsvorsorge, Gesundheits-Check-up ab dem 35. Geburtstag, Schutzimpfungen,
- Überschreiten der Belastungsgrenze.

Arzneimittel

Bei **Arzneimitteln** beträgt die Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr"): 10 % der Kosten, mindestens 5,– €, maximal 10,– €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5,– €	Preis = Zuzahlung
5,01 € bis 50,– €	5,– €
50,– € bis 100,– €	10 % des Preises
ab 100,– €	10,– €

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

Verbandmittel

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

Heilmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10,– € je Verordnung.
Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Massage und Logopädie.

Hilfsmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,– €, maximal 10,– €.
Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10,– € monatlich.
Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, wie z. B. Hörgerät, Prothese, Brille oder Rollstuhl.

Häusliche Krankenpflege

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

Haushaltshilfe

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Zuzahlung: 10,– € pro Kalendertag an die Einrichtung, ohne zeitliche Begrenzung.
28 Tage, wenn die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen

Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung nicht berücksichtigt:

- **Zahnersatz**
  Die Krankenkasse übernimmt:
  - 50 % der Regelversorgungskosten
  - 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)
  - 65 % der Regelversorgungskosten bei zehn Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)

  Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen.
- **Kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen**
  20 % der Kosten und nur soweit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll.

Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

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

Voraussetzungen

Als „belastet" gilt, wer mehr als 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben muss(te).

Berechnung

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

„Angehörige" des Versicherten sind:

- Ehepartner.
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden.
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind.
- eingetragene, gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz).
- sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte).

Nicht zu den „Angehörigen" zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 4.725,– € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Nur für Mitglieder in der Krankenversicherung der Landwirte: für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.150,– € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.008,– € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.504,– € (§ 32 Abs. 6 EStG).
- Für das erste Kind eines alleinerziehenden Versicherten 4.725,– € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes weitere Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.008,– €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind:

- Altersrenten
- Arbeitsentgelt
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitseinkommen (bei selbstständiger Tätigkeit)
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Witwen- oder Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über dem Sockelbetrag von 300,– € liegt (bei doppeltem Bezugszeitraum über 150,– €).

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, von Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter, bei Erwerbsminderung und bei Heimbewohnern, die Leistungen vom Sozialamt bekommen, wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt.

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, die einen beschädigungs- oder behinderungsbedingten Mehrbedarf abdecken sollen, wie z. B.:

- Pflegegeld (von Pflegeversicherung, Sozialhilfe oder Unfallversicherung)
- Blindenhilfe
- Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit diese der Grundrente nach dem BVG entspricht
- Kindergeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)

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

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser evtl.

leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Zuzahlungsbefreiung/ Rückerstattung der Zuzahlung

Überschreiten die Zuzahlungen 2 % der o. g. Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, so dass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern

jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen:	30.000,–	€
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger):	4.725,–	€
minus Freibetrag für 2 Kinder (2x 7.008,– €):	14.016,–	€
ergibt Zwischensumme:	**11.259,–**	€
davon 2 % = Belastungsgrenze:	**225,18**	€

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 225,18 € übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Quittungsheft

Verschiedene Krankenkassen bieten ihren Versicherten ein Quittungsheft an, in dem sie übers Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen sammeln können.

Praxistipp

Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollte, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres auflaufen. Wenn ein Versicherter im Lauf des Jahres die

„Belastungsgrenze" erreicht hat, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird dem Patienten die Zuzahlungen zurückerstatten, die die „2 %-Belastungsgrenze" übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres auch eine Zuzahlungsbefreiung bescheinigt.

Es besteht auch die Möglichkeit, bereits zu Jahresbeginn die Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze 2 % bzw. 1 %) im Voraus zu leisten. Der Patient erhält dann sofort einen Befreiungsausweis und für das gesamte Kalenderjahr sind keine Zuzahlungen mehr erforderlich.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Definition „schwerwiegend chronisch krank"

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

- Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe 2 oder 3.
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 % (Schwerbehinderte). GdB und GdS muss durch schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Überschreiten die Zuzahlungen 1 % der Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten der chronisch Kranke, sein Ehepartner und die familienversicherten Kinder für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurück.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder sich therapiegerecht verhält.

Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:

- Wer **nach dem 1.4.1972 geboren** ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Wer das nicht tut und chronisch erkrankt, für den liegt die Belastungsgrenze bei 2 % vom Bruttoeinkommen.
- **Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren** sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie **Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren** sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, wofür Früherkennungsuntersuchungen angeboten werden, können die 1 %-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Untersuchungen von einem hierfür zuständigen Arzt haben beraten lassen. Diese Beratung muss in einem Präventionspass dokumentiert worden sein. Diese Regelung umfasst zunächst die Untersuchungen von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, mit schweren geistigen Behinderungen oder die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.
- Für Menschen, die älter sind und chronisch erkranken, gilt die 1 %-Belastungsgrenze, wenn sie eine Bescheinigung vom Arzt über ein therapiegerechtes Verhalten vorlegen.
- Ausgenommen sind Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung über 60 und Pflegebedürftige der Pflegestufen II oder III.

Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist der Krankenkasse die weitere Dauer der Behandlung nachzuweisen. Auf Verlangen der Krankenkasse kann eine Überprüfung durch den MDK erfolgen.

Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Das heißt, der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 89,76 €, bei chronisch Kranken 44,88 €.

Sonderregelung für Sozialhilfeempfänger im Heim

Für Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, gibt es eine Möglichkeit auch in der Zeit bis sie die 1 %- bzw. 2 %-Grenze erreicht haben, keine Zuzahlung mehr zu leisten. Dafür veranlassen sie, dass über den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger der Zuzahlungsgesamtbetrag (89,76 € bzw. bei chronisch Kranken 44,88 €) an ihre Krankenkasse vorab überwiesen wird. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird dann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

Rehabilitation

Bei Migränepatienten können medizinische Reha-Leistungen Teil des Behandlungskonzepts sein.

Grundsätzlich gilt:

Reha(bilitation) geht vor Rente (§ 9 SGB VI).
Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Rehamaßnahmen den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.

Ambulant vor stationär (§§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V).
Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Die verschiedenen Arten der Rehabilitation sind ein großer und komplexer Bereich, für den sämtliche Versicherungsträger zuständig sein können.

Die wichtigsten Leistungen der Rehabilitation sind:

- medizinische Leistungen zur Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Für Migränepatienten können aus diesen Leistungen folgende Maßnahmen relevant sein:

- ambulante Rehamaßnahmen
- stationäre Rehamaßnahmen (umgangssprachlich „Kuren" genannt)
- stufenweise Wiedereingliederung
- Berufsfindung und Arbeitserprobung

Zuständigkeit

Zuständig sind nahezu alle Träger der Sozialversicherung. Sie übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten für medizinische Rehabilitation. Der Träger, der die vorhergehenden medizinischen Leistungen erbracht hat, ist möglichst auch für die Rehabilitation zuständig (sogenannter Grundsatz der Einheitlichkeit der Trägerschaft).

Nachfolgend eine Übersicht zur prinzipiellen Zuständigkeit:

- **Die Krankenkasse**
  übernimmt die Kosten einer medizinischen Rehabilitation, soweit es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

- **Die Rentenversicherungsträger**
  übernehmen die Kosten einer medizinischen Rehabilitation, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die medizinische Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt sind.

Allgemeines zu medizinischen Leistungen der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern.

Antrag auf medizinische Rehamaßnahmen

Der Patient muss die medizinische Rehamaßnahme beim zuständigen Träger beantragen. Erforderlich sind eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und möglichst ein vom Patienten selbst verfasstes Schreiben. Der Leistungsumfang bei ambulanten, teilstationären und stationären Rehamaßnahmen liegt im Ermessen der Krankenkasse bzw. des Renten- oder Unfallversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.
Der behandelnde Arzt muss bei der Krankenkasse einen Antrag auf „Einleitung zur Rehabilitation oder alternative Angebote" stellen.
Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Rehamaßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation" zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger gestellt werden muss (z. B. Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger), wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.
Es können nur Ärzte Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation verordnen, die gemäß § 11 der Rehabilitations-Richtlinien hierfür qualifiziert sind.

Praxistipp

Eigentlich genügt bei den Anträgen für Rehamaßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch mittlerweile fast zur Regel geworden, dass der Arzt die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger, wenn dem Antrag sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigefügt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Rehamaßnahme zu prüfen.

Urlaub

Ambulante medizinische Rehamaßnahmen werden auf den Urlaub angerechnet, außer wenn Arbeitsunfähigkeit bescheinigt ist. Bei Arbeitsunfähigkeit besteht auch Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.
Stationäre medizinische Rehamaßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Deshalb besteht auch Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Wartezeit

Zwischen zwei bezuschussten Rehamaßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel eine Wartezeit von 4 Jahren liegen.
Ausnahmen macht die Krankenkasse bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.
Der Rentenversicherungsträger genehmigt medizinische Rehamaßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, z. B. bei onkologischen Nachsorgeleistungen oder wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen bei den meisten medizinischen Rehamaßnahmen 10,– € Zuzahlungen pro Tag leisten, welche je nach Kostenträger unterschiedlich ausfallen.
Bei Reha-Leistungen der Unfallversicherung, Kinderheilbehandlungen sowie bei Bezug von Übergangsgeld wird keine Zuzahlung fällig.

Dauer und gegenseitige Anrechnung

Die Dauer der Zuzahlung ist abhängig von der Art der Leistung, von der Dauer der Leistung, vom Kostenträger und von bereits im selben Kalenderjahr anderweitig geleisteten Zuzahlungen, z. B.:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, muss der Patient für ambulante und stationäre Rehamaßnahmen in der Regel **zeitlich unbegrenzt** zuzahlen.
  Dauert jedoch die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen, ist die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt.
- Für stationäre Medizinische Rehamaßnahmen des **Rentenversicherungsträgers** zahlt der Patient längstens **42 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu.
  Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Rehamaßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

- Bei einer **Anschlussheilbehandlung der Krankenkasse** zahlt der Patient längstens **28 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse und für eine Anschlussheilbehandlung an den Rentenversicherungsträger werden angerechnet.
- Bei einer **Anschlussheilbehandlung des Rentenversicherungsträgers** zahlt der Patient längstens **14 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu.
  Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Rehamaßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Der Versicherte sollte immer den Kostenträger der Rehamaßnahme über bereits im Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen informieren und klären, was davon berücksichtigt wird.

Zuzahlungsfreie Rehaleistungen

Keine Zuzahlung wird fällig bei

- ambulanten Reha-Leistungen der Rentenversicherung
- Reha-Leistungen der Unfallversicherung
- Bezug von Übergangsgeld
- Kinderheilbehandlungen
- Anschlussheilbehandlungen der Unfallversicherung

Die Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich. Näheres dazu ist im Kapitel „Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze" (siehe S. 30) zu finden.

Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung,
- bei ambulanten Leistungen,
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- von Beziehern von Übergangsgeld,
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- von Eltern, aus deren Versicherung Leistungen für ihre Kinder erbracht werden, auch wenn die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben,
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.051,– € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.051,– €	keine
ab 1.051,– €	8,50 €
ab 1.080,– €	9,– €
ab 1.140,– €	9,50 €
ab 1.200,– €	10,– €

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

Anschlussheilbehandlung

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

In seltenen Fällen kann dies auch bei Migränepatienten nach einem stationären Aufenthalt vorkommen.

Eine Anschlussheilbehandlung muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhaus-Aufenthalt. Sie muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Die Genehmigung einer Anschlussheilbehandlung hängt von unterschiedlichen Indikationen ab, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen sind:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

Ziel

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

Antrag

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) muss von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussheilbehandlung zu begründen.

Eine Anschlussheilbehandlung muss unmittelbar (i. d. R. innerhalb von 14 Tagen) nach Krankenhausentlassung angetreten werden.

Kostenträger

Die **Krankenkasse** übernimmt die Kosten für die Anschlussheilbehandlung, wenn das Hauptziel der Anschlussheilbehandlung die Wiedererlangung der Gesundheit ist.

Der **Rentenversicherungsträger** übernimmt die Kosten, wenn das Hauptziel der Anschlussheilbehandlung die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist. Außerdem gelten die rentenrechtlichen Voraussetzungen zur Rehabilitation.

In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des **Sozialhilfeträgers** ein.

Dauer

Die Kosten werden für eine Dauer von 3 bis 4 Wochen übernommen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn die behandelnden Ärzte der Rehaklinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründen.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialämter.

Ambulante und stationäre Rehamaßnahmen

Die folgenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation kommen bei Migränepatienten häufig zum Einsatz.

Ambulante Rehamaßnahmen

Eine ambulante Rehamaßnahme führt der Patient wohnortnah durch. Er wohnt dabei in der Regel zu Hause, nicht in der Reha-Einrichtung, d. h. der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause. Eine ambulante Rehamaßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für ambulante Rehamaßnahmen sind:

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die Rehamaßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die ambulanten Rehamaßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt.

Dauer

Die ambulante Rehamaßnahme dauert längstens 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Rehamaßnahmen

Bei stationären Rehamaßnahmen wohnt der Patient für die Zeit der Rehamaßnahme in einer entsprechenden Einrichtung. Landläufig wird die stationäre Rehabilitation auch als „Kur" bezeichnet.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für stationäre Rehamaßnahmen:

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

Dauer

Sie dauern längstens 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Wahl der Reha-Einrichtung

Der Patient kann bei einer medizinischen Reha (§ 40 SGB V) eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen.

Kostenträger Krankenkasse

Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt dennoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.

Kostenträger Rentenversicherung

Der Arzt kann eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Auch die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen Bedürfnisse der Betroffenen sollten bei der Wahl eine Rolle spielen und berücksichtigt werden.
Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine Medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung dort ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.

Praxistipp

Der Kostenträger kann auf diesen Wunsch eingehen, ist aber nicht dazu verpflichtet. Je plausibler die Begründung, desto größer die Chance auf Zustimmung.

Stufenweise Wiedereingliederung

Nach längerer Arbeitsunfähigkeit kann bei Migränepatienten eine berufliche Wiedereingliederung im Anschluss an eine Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation eine entscheidende Rolle beim Erhalt des Arbeitsplatzes spielen.

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.
Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Der Träger ist in den meisten Fällen die Krankenkasse. Findet die Stufenweise Wiedereingliederung jedoch im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation statt, d. h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Rehaklinik angetreten, dann kann hierfür auch die Agentur für Arbeit, die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger zuständig sein, je nachdem, wer die medizinische Reha finanziert.

Voraussetzungen

Voraussetzungen Krankenversicherung:

- Es besteht noch Anspruch auf Krankengeld bzw. es liegt noch Arbeitsunfähigkeit vor für die Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme.
- Der Versicherte ist mit der Maßnahme einverstanden.
- Der Arzt stellt einen Wiedereingliederungsplan auf.
- Der Arbeitgeber erklärt sich mit der Maßnahme einverstanden.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Voraussetzungen bei anderen Kostenträgern:

- Arbeitsunfähigkeit.
- ärztliche Feststellung, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder verrichtet werden kann.

Dauer

Der Arbeitnehmer ist während der Maßnahme weiterhin arbeitsunfähig. Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand des Arbeitnehmers. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

Entgelt durch die Leistungsträger

Grundsätzlich erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin Krankengeld von der Krankenkasse bzw. Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, der Berufsgenossenschaft oder der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dies auf das Kranken- bzw. Übergangsgeld angerechnet. Es besteht allerdings keine Vergütungsfortzahlungspflicht des Arbeitgebers.

Praxistipps

Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung müssen in der Vorgehensweise bestimmte Dinge beachtet werden:

- Dem Arbeitsversuch muss als Erstes aus medizinischer Sicht zugestimmt werden. Nach Überzeugung des Arztes dürfen einer stufenweisen Wiederbeschäftigung keine medizinischen Gründe entgegenstehen.
- Der Versicherte muss die Stufenweise Wiedereingliederung selbst wollen.
- Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus. Dieses Formular hat jeder Arzt vorliegen. Es kann bei der Krankenkasse oder beim Rentenversicherungsträger angefordert werden.
- Arzt und Patient erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl dieser beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Der Antrag wird dem Arbeitgeber vorgelegt – von ihm hängt die Stufenweise Wiedereingliederung ab. Er muss sein Einverständnis mit der Maßnahme mit einer Unterschrift bestätigen, ist dazu aber nicht verpflichtet.
- Schwerbehinderte Arbeitnehmer haben gegen den Arbeitgeber einen Anspruch auf Zustimmung zur Stufenweisen Wiedereingliederung, vorausgesetzt es liegt eine ärztliche Bescheinigung vor, die einen Wiedereingliederungsplan und eine Prognose über den Zeitpunkt der zu erwartenden Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit enthält.

- Es empfiehlt sich, eine Stellungnahme des Betriebsarztes bzw. des MDK einzuholen.
- Der Antrag wird bei der Krankenkasse eingereicht. Diese prüft, ob sie der Maßnahme zustimmt. Zum Teil bezieht auch die Krankenkasse den MDK mit ein.
- Haben alle Beteiligten zugestimmt, kann die Maßnahme beginnen.
- Während der eingeschränkten Beschäftigung bleibt der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig geschrieben.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen, die Agentur für Arbeit, die Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, der behandelnde Arzt sowie der Arbeitgeber.

Berufliche Rehabilitation

Möglicherweise können Migränepatienten ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben. Allerdings führt dies noch nicht zu einer sofortigen Berentung. Wie lange Patienten noch berufstätig sein können, hängt vom Verlauf der Erkrankung und von den speziellen Anforderungen des Berufsbildes ab.

Ist beispielsweise Bildschirmarbeit ein Auslöser für die Migräneattacken, ist ein Arbeitsplatz am Computer nicht das Richtige. Hier ist möglicherweise eine Umschulung des Patienten sinnvoll.

Mit einem Schwerbehindertenausweis des Versorgungsamtes (Details siehe S. 56) haben Migränepatienten einen verbesserten Kündigungsschutz.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" sind mit Inkrafttreten des SGB IX die Nachfolger der ehemaligen „Berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation". Sie werden von den Versicherungsträgern (Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Jugendamt, Sozialamt, Bundesagentur für Arbeit) übernommen, um die Erwerbsfähigkeit herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Sie zählen zur Rehabilitation.

Praxistipp

Die Anträge auf Kostenübernahme für die jeweiligen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten gestellt werden, **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Es gibt mehrere Arten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unter anderem:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung

Nachfolgend ausführliche Bestimmungen zu diesen drei Leistungen.

Aus Gründen der Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha können die Maßnahmen auch **stationär** erbracht werden. Das umfasst neben der Unterkunft auch die Verpflegung, wenn die Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts erforderlich ist, das heißt wenn aufgrund der Behinderung ein begleitender medizinischer, psychologischer und sozialer Dienst notwendig ist.

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

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

In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Rentenversicherungsträger in Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit folgende Leistungen:

- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sogenannte Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes**
  in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**
  zum Ausgleich einer körperlichen Behinderung.
- **Kraftfahrzeughilfe**
  als Zuschuss zum Kauf eines Autos, zur behindertengerechten Ausstattung oder zum Führerschein.
- **Gründungszuschuss**
  für Arbeitslose, die sich selbstständig machen, um dadurch die Arbeitslosigkeit zu beenden oder zu verhindern.
- **Fahrtkostenbeihilfe**
  für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.

- **Trennungskostenbeihilfe**
  bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe**
  bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**
  so weit eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z. B. Transportkosten und Reise des Familienversicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen, Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**
  Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählt die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen eines Gesundheitsschadens erforderlichen Grundausbildung.

Berufliche Bildung

Zur beruflichen Bildung zählen Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses. Nicht dazu zählen allgemeinbildende Maßnahmen.

Weitere Kosten

Die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Hierzu zählen zum Beispiel:

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z. B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer an einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z. B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg), wegen der Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Dauer

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen.
Die berufliche Eingliederung dauert in der Regel bis zur Erreichung des angestrebten Berufsziels in der hierfür vorgeschriebenen oder allgemein üblichen Zeit im Sinne der notwendigen Ausbildungsdauer.

Die Weiterbildung dauert in der Regel bis zu zwei Jahre bei ganztägigem Unterricht.

Eine Teilförderung (eines Ausbildungsabschnitts) innerhalb einer geschlossenen Weiterbildungsmaßnahme ist nicht möglich.

Eine Verlängerung ist denkbar bei:

- bestimmter Art und Schwere der Behinderung
- Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes
- voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens des Behinderten
- Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Rehaträger können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur" Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

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

Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als

- **Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen**
  Zuschusshöhe: 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
  Dauer: für die gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
  Zuschusshöhe: 50 %, in Ausnahmefällen bis zu maximal 70 % des tariflichen bzw. ortsüblichen Brutto-Arbeitsentgelts, Kürzung bei einer Bezugsdauer von mehr als einem Jahr um mindestens 10 %.
  Dauer: in der Regel ein Jahr, in begründeten Einzelfällen maximal 2 Jahre.
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**

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

Ausschluss von Leistungen

Die Rentenversicherung finanziert ihren Versicherten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht bei:

- Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Dritteln der Vollrente (das heißt: kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sogenannte Vorruhestandsleistungen.
- Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird.
- Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.

Wer hilft weiter?

Integrationsamt und Integrationsfachdienst.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Rehamaßnahmen oder an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden. Zuständig ist der Rentenversicherungsträger, die Berufsgenossenschaft oder die Agentur für Arbeit. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sogenannte Lohnersatzleistung, d. h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. In der Regel leistet der Arbeitgeber nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Das Übergangsgeld der **Rentenversicherung** zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha.

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

Bei einer schweren Form der Migräne kann ein Patient unter Umständen als schwerbehindert eingestuft werden.
Die **Agentur für Arbeit** zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Behinderte oder Schwerbehinderte (siehe S. 55), wenn der Behinderte die Vorbeschäftigungszeit erfüllt, d. h. er muss innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

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

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.
Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit muss nicht erfüllt werden von

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

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

Bei Anspruch auf Mutterschaftsgeld

Bei **Anspruch auf Mutterschaftsgeld** zahlen weder die Rentenversicherungsträger noch die Agentur für Arbeit Übergangsgeld, der Anspruch ruht (§ 45 Abs. 4 SGB IX). Bei der Unfallversicherung jedoch wird der Anspruch auf Mutterschaftsgeld angerechnet.

Höhe und Berechnung – Übergangsgeld

Die **Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld** beträgt bei allen Trägern 80 % des letzten Bruttoverdienstes, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

- 75 % dieser Berechnungsgrundlage bei Versicherten
  - die ein Kind haben (§ 32 EStG) **oder**
  - die pflegebedürftig sind und durch ihren Ehegatten gepflegt werden, der deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
  - deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.
- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vermindert sich das Übergangsgeld um 8 % auf

- 67 % der Berechnungsgrundlage bzw.
- 60 % der Berechnungsgrundlage

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z. B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien).
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbminderungsrente u. a.

Anpassung

Das **Übergangsgeld** wird an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte **angepasst**.

Steuerfrei

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

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

Dauer

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- **nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben**
  - maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
  - maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, so weit kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert („Arbeitslosigkeit“, siehe S. 50).

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Wenn für Migränepatienten der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Reha-Klinik notwendig wird, stellt sich oft die Frage, wer sich in dieser Zeit um die Weiterführung des Haushalts kümmert. Häufiger sind es Frauen, die unter Migräne leiden. Haben diese Patientinnen Kinder, die während eines Reha-Aufenthalts nicht versorgt sind, dann kommt die sogenannte Haushaltshilfe in Betracht.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z. B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung. Dies kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Voraussetzungen Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn

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

Voraussetzungen Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**

- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Praxistipps

Praxistipps zur Haushaltshilfe

- Der gesetzliche Grundanspruch auf die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe besteht, wenn ein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt. Viele Krankenkassen weichen von diesem Grundanspruch durch individuelle Satzungsleistungen zu Gunsten ihrer Versicherten ab und bezahlen die Haushaltshilfe auch, wenn die Kinder älter sind oder in Einzelfällen sogar, wenn gar keine Kinder mehr im Haushalt leben. Sofern also kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt, lohnt es sich immer die individuellen Ansprüche gegenüber der Krankenkasse zu klären.
- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus (Grundsatzurteil des BSG vom 23.11.1995). Zudem müssen die weiteren o. g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf ambulante Familienpflege gestellt werden.

Sachleistungserbringung

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

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

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe, d. h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, von Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft übernommen. Dies muss unbedingt vorher mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.
Es gibt keine Kostenerstattung für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad, d. h. Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.

Fahrtkosten und Verdienstausfall

Die Krankenkasse und die Rentenversicherungsträger können die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad erstatten.
Den Verdienstausfall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Krankenkassen bzw. der Berufsgenossenschaft.
Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, soweit darunter der Rehaerfolg nicht leidet.

Zuzahlung

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

Wer hilft weiter?

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

Schwerbehinderung

Schwere Verlaufsformen von Migräne können bei Kindern und Erwachsenen dazu führen, dass ein Patient als schwerbehindert eingestuft wird.

Unterstützung und Hilfen für behinderte Menschen sind hauptsächlich im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe – geregelt.

Als schwerbehindert gilt, wem vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zugesprochen wurde. In der Regel haben chronische Schmerzpatienten Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis.

Definition „schwerbehindert"

Als **schwerbehindert** nach dem SGB IX (§ 2 Abs. 2 SGB IX) gelten Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Leistungen nach dem SGB IX erhalten sie nur, wenn sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung in Deutschland haben.

Als **behindert** nach dem SGB IX (§ 2 Abs. 1 SGB IX) gelten Personen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führen, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Schwerbehinderte erhalten auf Antrag beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis (siehe S. 56). Dieser kann je nach Art der Behinderung Merkzeichen enthalten, wodurch der Schwerbehinderte Vergünstigungen in Anspruch nehmen kann.

Kündigungsschutz

Die Kündigung eines Schwerbehinderten bedarf in der Regel der vorherigen Zustimmung des Integrationsamts. Die Kündigungsfrist beträgt mindestens 4 Wochen.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte haben Anspruch auf zusätzlich 5 bezahlte Urlaubstage im Jahr. Bei mehr oder weniger als 5 Arbeitstagen in der Woche erhöht bzw. vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend.

Wer hilft weiter?

Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das örtliche Integrationsamt.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die Gleichstellung erteilt werden.

Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber mindestens 30, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können.

Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch im Gegensatz zu Schwerbehinderten keinen Anspruch auf Zusatzurlaub oder auf vorgezogenes Altersruhegeld nach Vollendung des 60. Lebensjahres. Gleichgestellte bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine Erleichterungen im Personenverkehr.

Praxistipp

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

Wer hilft weiter?

Informationen zum SGB IX und zu „Jobs für schwerbehinderte Menschen" gibt die Agentur für Arbeit und das Integrationsamt.

Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Behinderte beantragt oder in Anspruch genommen werden.

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

Praxistipp

Folgende Punkte sind beim Beantragen des Ausweises zu beachten:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen, angeben.

- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die aufgeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen sowohl der Grunderkrankung als auch der chronischen Schmerzen (z. B. die Höhe der körperlichen Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.
- Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) bekommt der Behinderte vom Versorgungsamt einen sogenannten Feststellungsbescheid. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme:
Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Verlängerung:
Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Antrag auf Erhöhung

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehindertenausweis oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Grad der Behinderung bei Migräne

Der Grad der Behinderung (GdB) wird durch das Versorgungsamt (= Amt für Familienförderung und Versorgung) festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z. B. durch Rentenbescheid oder durch einen Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sogenannten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze".

GdB und Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

GdB und GdS haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.
GdB und GdS werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal) bezogen ist, während der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezogen ist. GdB und GdS werden in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben.
Die Bezeichnung GdB wird im Schwerbehindertenrecht (SGB IX) verwendet.
Die Bezeichnung GdS wird im sozialen Entschädigungsrecht verwendet, deren Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen". Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.
Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze" ersetzen die früheren „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht" und können beim Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage_8.html eingesehen werden.

Bemessung

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

Nachfolgend die Bewertung einer „echten" Migräne, je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheiungen.

Echte Migräne	GdB/GdS
leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal im Monat)	**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**

Nachteilsausgleiche

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den Merkzeichen und dem Grad der Behinderung (GdB).

Es gibt folgende Merkzeichen:

Merkzeichen „G":	Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
Merkzeichen „aG":	Außergewöhnliche Gehbehinderung
Merkzeichen „H":	Hilflos
Merkzeichen „Bl":	Blind oder hochgradig sehbehindert
Merkzeichen „RF":	Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung
Merkzeichen „B":	Ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
Merkzeichen „Gl":	Gehörlos und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

GdB 20

- Teilnahme am Behindertensport

GdB 30 / 40

- Gleichstellung
- Kündigungsschutz bei Gleichstellung
- Steuerfreibetrag (nur bei zusätzlicher Beeinträchtigung): GdB 30: 310,– €; GdB 40: 430,– €

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft
- Steuerfreibetrag: 570,– €
- bevorzugte Einstellung, Beschäftigung
- Kündigungsschutz
- begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Freistellung von Mehrarbeit
- eine Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Altersrente mit 60/63 Jahren, je nach Geburtsjahrgang
- vorgezogene Pensionierung von Beamten mit 60 bzw. 62 Jahren
- Befreiung von der Wehrpflicht
- Stundenermäßigung bei Lehrern, abhängig vom Bundesland
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, DTC
- Ermäßigung des Flugpreises für BVG-/SVG-Beschädigte (Passagetarife der Lufthansa)
- Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige
- Abzugsbetrag bei Beschäftigung einer Haushaltshilfe: 924,– €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der soz. Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100,– €
- Freibetrag beim Wohngeld: GdB 50 + Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 SGB XI: 1.200,– €
- Ermäßigung bei Kurtaxen

GdB 60

- Steuerfreibetrag: 720,– €

GdB 70

- Steuerfreibetrag: 890,– €
- Werbungskostenpauschale: 0,30 €/km
- Abzugsbetrag für Privatfahrten GdB 70 + Mz „G“: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900,– €

GdB 80

- Steuerfreibetrag 1.060,– €
- Freibetrag beim Wohngeld: GdB 80 + Pflegebedürftigkeit i. S. d. GB XI: 1.500,– €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500,– €
- Preisnachlass von verschiedenen Mobilfunkbetreibern

GdB 90

- Steuerfreibetrag 1.230,– €
- Freibetrag beim Wohngeld
  GdB 90 + Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 SGB XI: 1.500,– €
- Sozialtarif beim Telefon
  Sprachbehinderung + GdB 90:
  Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des ISDN-Sozialtarifs und für Verbindungen im T-Net durch die Deutsche Telekom, wenn diese dauerhaft als Verbindungsnetzbetreiber voreingestellt ist

GdB 100

- Steuerfreibetrag 1.420,– € (§ 33b EStG)
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500,– €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 4.500,– €
- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeiträge

Weitere Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderten wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z. B.:

- Eintrittspreisermäßigungen
  (z. B. Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die Schwerbehinderten in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden etc.

Rente wegen Erwerbsminderung

Migränepatienten, die arbeitsunfähig sind und voraussichtlich innerhalb der nächsten 6 Monate oder länger nicht wieder arbeitsfähig werden, können eine „Rente wegen Krankheit", die sogenannte abgestufte Erwerbsminderungsrente, beantragen.

Es gibt zwei Arten der abgestuften Erwerbsminderungsrente: die volle Erwerbsminderungsrente und die teilweise Erwerbsminderungsrente.

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

Diese Renten ersetzen seit die früheren „Rente wegen Berufsunfähigkeit" und die „Rente wegen Erwerbsunfähigkeit". Sie werden in allen Fällen nur auf Antrag gezahlt. Anspruch auf die abgestufte Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Seit Januar 2012 wird die Altergrenze schrittweise auf 67 Jahre angehoben.

Für vor dem 2.1.1961 Geborene gelten weiterhin

- die Regelung der Berufsunfähigkeitsrente, d. h. der bisherige Beruf kann nur noch weniger als 6 Stunden täglich ausgeübt werden, **und**
- der sogenannte „Berufsschutz", d. h. der erreichte berufliche Status ist so weit wie möglich zu erhalten, was bei der Erwerbsminderungsrente nicht der Fall ist, da hier von „den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes" ausgegangen und geprüft wird, ob der Patient auch in einem anderen Berufszweig einsetzbar ist.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren gilt z. B. als erfüllt, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Schädigung während des Bundesfreiwilligendienstes eingetreten ist **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit 3 Jahre Pflichtbeiträge geleistet wurden.

Befristung

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

Höhe

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

Praxistipps

Antrag: Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann.

Bei Notwendigkeit der **Weiterführung der Rente** ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist. Der Versicherte kann dabei mithelfen, indem er sich selbst genau beobachtet bzw. sich von seiner Umgebung beobachten lässt, um festzustellen, worin er im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen behindert/eingeschränkt ist. Die meisten Ärzte schätzen es sehr, wenn der Patient diese Aufzeichnungen mit zur Sprechstunde bringt.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine volle Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie nach dem Ergebnis der medizinischen Untersuchungen nicht mehr in der Lage sind, 3 Stunden täglich zu arbeiten. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Rente wegen Erwerbsminderung anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst monatlich 400,– € nicht übersteigt. Bei höherem Hinzuverdienst kann die Rente nur noch in geringerer Höhe oder überhaupt nicht mehr ausgezahlt werden.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Bei Patienten mit stark ausgeprägter Migräne kann es durchaus vorkommen, dass sie nicht mehr in der Lage sind einer Beschäftigung nachzukommen.
Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen werden auf die Grundsicherung angerechnet.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die das 65. Lebensjahr vollendet haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben und – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind,

wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können (wenn z. B. einer alleinlebenden Frau, abzüglich Miete und Heizkosten, weniger als 374,– € im Monat zur Verfügung stehen. Ob die Kosten für Miete und Heizung angemessen sind, wird immer individuell vom Grundsicherungsamt geprüft).

Für Personen, die nach dem 31.12.1946 geboren sind, wird seit dem 01.01.2012 die Altergrenze für die Grundsicherung im Alter schrittweise auf 67 Jahre angehoben.

Umfang und Höhe

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

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen, tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung.
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, wenn keine Pflichtversicherung besteht.
- Mehrbedarfszuschläge.
- Einmalige Leistungen.
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden.

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

Praxistipps

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themenbereichs beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben.
Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten finden hier keine Berücksichtigung. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des Sozialamts zu klären.
Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden von der Rundfunk- und Fernsehgebühr befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Grundsicherungsleistungen erhalten nur Bedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig bestreiten können.

Angerechnet werden

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

Unterhaltspflicht

Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.
Eltern und Kinder sind nur unterhaltspflichtig, wenn das zu versteuernde Gesamteinkommen jährlich 100.000,– € übersteigt. 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.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt worden ist.

Änderung der Leistung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten und mitgeteilt worden sind. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.

Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

Urlaub und Reisen

Urlaub ist wichtig für Migränepatienten, allerdings sollte kein anstrengender Aktivurlaub gebucht werden. Bewusste Erholungsphasen sind für viele Betroffene wichtig und auch im Urlaub gilt es, die individuellen Auslöser möglicher Schmerz-Attacken zu vermeiden.

Typische Urlaubs-Migräneauslöser sind: spätes ins Bett gehen, Alkohol (häufiger Auslöser von Clusterkopfschmerzen), Jetlag, starke Gerüche und Lärm.

Betroffene, die bei plötzlicher Entspannung Anfälle bekommen können, sollten ihren Urlaubsbeginn nicht zu abrupt gestalten bzw. versuchen, im Beruf schon ein bis zwei Tage vorher die Belastung zu reduzieren. Helfen kann ein Puffertag, der schon als „Urlaub" deklariert wird, frei von Terminen ist und nur noch dem Abarbeiten gilt.

Die Deutsche Migräne-Liga hat im Rahmen ihres Migräne-Magazins das Heft 47 mit dem Schwerpunkt „Urlaub" veröffentlicht.
Es kann unter www.migraeneliga-deutschland.de > Migräne-Magazin > Heft 47 bestellt werden.

Krankenversicherungsschutz

Obwohl mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC-Karte) in den EU-Staaten, die mit Deutschland das sogenannte Sozialversicherungsabkommen haben, prinzipiell Versicherungsschutz besteht, ist es ratsam zusätzlich eine Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen. Die Krankenkasse muss sonst nur die Kosten übernehmen, die auch in Deutschland für die jeweilige Behandlung anfallen würden, und das kann im Zweifel zu einer hohen Eigenbelastung führen. Zudem wird mit der EHIC-Karte beim behandelnden Arzt im Ausland manchmal eine Barzahlung verlangt oder es findet gar keine Behandlung statt. Es ist auch daran zu denken, dass die Kosten für einen Rücktransport nicht übernommen werden, sofern dieser medizinisch nötig sein sollte.

Bei Reisen in Nicht-Vertragsländer, z. B. In die USA oder Lateinamerika, sollte ohnehin eine Auslandskrankenversicherung abgeschlossen werden.

Für etwa 10,– € im Jahr kann man bereits ein guten Versicherungsschutz im Ausland erhalten. Eine Auslandskrankenversicherung kann bei privaten Versicherungsträgern wie z. B. Banken, Automobilclubs oder Versicherungen abgeschlossen werden. Auch die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Versicherten eine Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.

Insbesondere ältere Versicherte und chronisch Kranke sollten sich vor Antritt eines Auslandaufenthalts mit der Krankenkasse absprechen, ob ein ausreichender Versicherungsschutz besteht.

Mitnahme von Medikamenten

Bei allen Reisen sollten immer ausreichend Medikamente mitgenommen werden, sowohl für eine eventuelle Dauermedikation als auch für den Fall einer Attacke.

Schmerzmittel können bei der Einreise in andere Länder beschlagnahmt werden. Patienten, die auf diese Medikamente angewiesen sind, müssen deshalb den Beipackzettel sowie – in nicht-deutschsprachigen Ländern auf englisch übersetzt – ein ärztliches Attest vorweisen können, das erklärt, dass der Patient selbst das Medikament auf ärztliche Verordnung einnehmen muss und es dazu dient, ihn während des Aufenthalts gesund zu erhalten. Es wird empfohlen, diese ärztliche Erklärung von der Gesundheitsbehörde des jeweiligen Bundeslandes beglaubigen zu lassen.

Der Patient darf die Menge an Schmerzmitteln mit sich führen, die er wegen seiner Erkrankung für die Zeit des Aufenthalts benötigt. Bei der Zollerklärung müssen diese Medikamente angegeben werden. Es ist ratsam, bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die genauen Richtlinien des jeweiligen Landes zu erfragen.

Reisen in die sogenannten Schengenländer (also überwiegend Europa) sind in der Regel unproblematisch, da Migräne- und Kopfschmerzmedikamente nicht als sogenannte Betäubungsmittel gelten. Bei Zweifeln sollte mit dem verschreibenden Arzt rechtzeitig geklärt werden, ob die Medikamente am Zoll Probleme machen können und deshalb eine Bescheinigung erstellt und bestätigt werden muss.

Detaillierte Informationen online gibt das
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter
www.bfarm.de > Betäubungsmittel > Betäubungsmittel >
Reisen mit Betäubungsmitteln.

Sport und Bewegung

Sport und Bewegung kann die Häufigkeit und Intensität von Migräne- und Kopfschmerzattacken vermindern. Grund dafür ist vermutlich, dass Sport das allgemeine Wohlbefinden steigert und ausgeglichener macht.

Ausdauer trainieren

Für einen Migränepatienten gilt wie für fast jeden Menschen: Mindestens dreimal wöchentlich mindestens eine halbe Stunde bewegen. Ratsam sind Ausdauersportarten wie Radfahren, Joggen, Walken, Wandern, Langlaufen oder Schwimmen und entspannend-ausgleichende Betätigungen wie Tai-Chi und Yoga.

Ungünstige Bewegungen

Ungünstig sind Sportarten mit ruckartigen Bewegungen, Erschütterungen und ständigem Wechsel von Be- und Entlastung, z. B. Squash, Fußball, Handball, Kampfsportarten, Reiten.

Aber: Wenn Betroffene Freude an genau einer solchen Sportart haben, sollten sie es dennoch ausprobieren, denn Lebensfreude ist Teil der Gesundheit. Den Einstieg sollte man vorsichtig und mit reduzierter Belastung gestalten. Die Selbstbeobachtung wird zeigen, ob der Sport im individuellen Fall tatsächlich Anfälle auslöst.

Fliegen und Tauchen

Unterschiedliche Empfehlungen gibt es zu Sportarten in großer Höhe (fliegen, paragliden, klettern) und Tiefe (tauchen).
Bei Menschen mit ausgeprägten Seh-, Konzentrations- und Bewegungsstörungen im Zusammenhang mit einer Attacke ist von diesen Sportarten abzuraten. Wer diese Symptome normalerweise nicht hat, darf diese Sportarten – mit angemessenen Vorsichtsmaßnahmen – auch betreiben. Grundsätzlich sollten Betreuer und Begleiter über die Möglichkeit eines Anfalls informiert sein, damit – z. B. bei Bergtouren – Alternativen oder Zeitpuffer eingeplant werden.

Sonnenschutz

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

Kein Sport bei einer Attacke

Während eines Migräneanfalls darf kein Sport betrieben werden, bei nahezu allen Migränepatienten ist dann Ruhe angesagt. Wenn sich während des Sports ein Anfall ankündigt, sollte der Sport abgebrochen werden.
Dies ist übrigens eines der wichtigen Unterscheidungsmerkmale zu Clusterkopfschmerzen: Viele Cluster-Patienten haben während der Schmerzattacke einen Bewegungsdrang.

Adressen und Buchtipps

Beratung und Informationsmaterial zur Behandlung der Migräne sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen erhältlich:

Selbsthilfeorganisation für Betroffene
MigräneLiga e. V. Deutschland
Unter der Ruth 9, 65462 Ginsheim-Gustavsburg
Telefon 06144 2113
E-Mail: otto.uhl@t-online.de
www.migraeneliga.com

Fachgesellschaft für Ärzte, Wissenschaftler und Patienten, keine Selbsthilfegruppe
Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG)
PD Dr. Stefanie Förderreuther,
Generalsekretärin der DMKG
Neurologische Klinik der LMU München,
Konsiliardienst am Standort Innenstadt
Ziemssenstraße 1, 80336 München
Telefon 089 51602307, Telefax 089 51604915
E-Mail: dmkg@med.uni-muenchen.de
www.dmkg.de
Bei der DMKG sind Anschriften von Ärzten zusammengestellt, die von der DMKG regelmäßig fortgebildet werden und somit auf dem neuesten Stand der Kopfschmerzbehandlung sind.

Deutsche Schmerzliga e. V.
Adenauerallee 18, 61440 Oberursel
Telefon 0700 375375375 (0,12 €/Min.), Mo–Fr 9–12 Uhr
E-Mail: info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de

Weitere Ansprechpartner und Adressen finden Sie unter www.betaCare.de > Wer hilft?

Buchtipps

Ratgeber Kopfschmerz: Informationen für Betroffene und Angehörige
Claus Bischoff und Harald C. Traue.
Göttingen: Hogrefe, 2005. ISBN 978-3-8017-1958-6

Migräne: Ein Leitfaden für Betroffene
Hans-Christoph Diener.
Stuttgart: TRIAS-Verlag, 2005. ISBN 978-3830432999

Anhang

Kopfschmerz-Kalender

Mit dem Kopfschmerz-Kalender können Sie Ihre Kopfschmerzen besser beobachten und ggf. einer erneuten Migräne-Attacke vorbeugen.

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie bei Migräne einnehmen:

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte tragen Sie jeweils das zutreffende Symbol, die Zahl oder den Buchstaben ein:

Schmerzstärke:

++ = stark **+** = mittel **–** = leicht

Dauer:

○ = weniger als 6 Stunden
● = 7–12 Stunden
X = mehr als 12 Stunden

Auslöser:

psychisch/körperlich

1. Aufregung/Stress
2. Erholungsphase
3. Änderung des Schaf-Wach-Rhythmus
4. Menstruation

individuell: 5. _____
6. _____

Nahrungsmittel/Getränke

A. Käse
B. Alkoholische Getränke
C. Schokolade
D. Kaffee, Cola

individuell: E. _____
F. _____

Monat: _____

			Schmerzart Ort				Begleit-symptome							Anzahl der			Hat Ihnen das Medikament geholfen?		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/pochend	dumpf/drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			

Clusterkopfschmerz-Kalender

Dieser Kalender kann bei der Suche nache den Auslösern Ihrer Clusterkopfschmerzen hilfreich unterstützen.

Akutmedikation:

1. _____
2. _____
3. _____

Trigger:

1. _____
2. _____
3. _____

Prophylaxe:

1. _____ Tagesdosis: mg
2. _____ Tagesdosis: mg
3. _____ Tagesdosis: mg

Schmerzstärke:

Bitte geben Sie die maximale Schmerzstärke an.

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Effekt der Akutmedikation:

Bitte geben Sie die Wirkung der Akutmedikation an.

– = kein Effekt
+ = geringe Wirkung
++ = mittlere Wirkung
+++ = gute Wirkung

Name _____ **Monat** _____ **Jahr** _____

Datum	wieviel Attacken/ Tag	durchschnittliche Dauer in Minuten	Stärke 0–10	Akutmedikation (Zahlen, siehe links)	Effekt der Akutmedikation (+, ++ ..., siehe links)	Trigger (Zahl, siehe links)	Prophylaxe (Zahl, siehe links)	Besonderes
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Impressum

Herausgeber und Redaktion
beta Institut gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer: Andreas Widmann
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
Telefon 0821 45054-0
Telefax 0821 45054-9100
E-Mail: info@beta-institut.de
www.betainstitut.de

Text
Sabine Bayer
Ines Grocki
Andrea Nagl

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung
für die Angaben in dieser Broschüre.

Alle Rechte vorbehalten
© 2012
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.

2. Auflage, Juni 2012

Schutzgebühr 4,50 Euro

Gesundheit ist unser Ziel!

betaCare-Wissenssystem

QUALITÄTSSICHERHEIT beta Institut sozialmed. Forschung & Entwicklung

Unter www.betaCare.de stehen Ihnen weitere Informationen zur Verfügung:

- **Soziallexikon**
  Die größte Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen in Deutschland. 4.800 Stichwörter helfen gezielt, soziale, rechtliche und finanzielle Fragen bei Behinderung, Krankheit, Pflege und Vorsorge einfach und verständlich zu beantworten.
- **Patientenratgeber**
  zu verschiedenen Themen: Behinderung, Brustkrebs, Elterngeld, Fokus Frau, Herzinfarkt, Neurodermitis, Patientenvorsorge, Pflege, Schmerz und vieles mehr.
- **Wer hilft? Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen**
  22.000 Adressen, die mit Rat und Auskunft zur Verfügung stehen
- **Patientenfilme**
  zu Themen wie Asthma, Brustkrebs, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes, Osteoporose, Rheuma, Schlaganfall
- **Krankenhaus**
  Übersicht zum Leistungsangebot und der Qualität von Krankenhäusern
- **Pflegeheime**
  Checkliste zur Pflegeheimauswahl. Abgedeckt sind Fragen z. B. aus den Bereichen „Wohnen und Ausstattung", „Pflege und Betreuung" sowie „Leistungen und Kosten".
- **Reha-Kliniken**
  Adressen mit Indikationssuche
- **Themenportale**
  mit kompaktem Wissen zu speziellen Bereichen wie Frauenfragen oder Patientenvorsorge (www.frau.betacare.de, www.patientenvorsorge.betacare.de)

Die Initiative „betaCare – Verbesserung der Patientenversorgung und Prävention" wird gefördert durch die betapharm Arzneimittel GmbH, ein Generika-Unternehmen mit hochwertigen und preiswerten Qualitätsarzneimitteln.

beta pharm