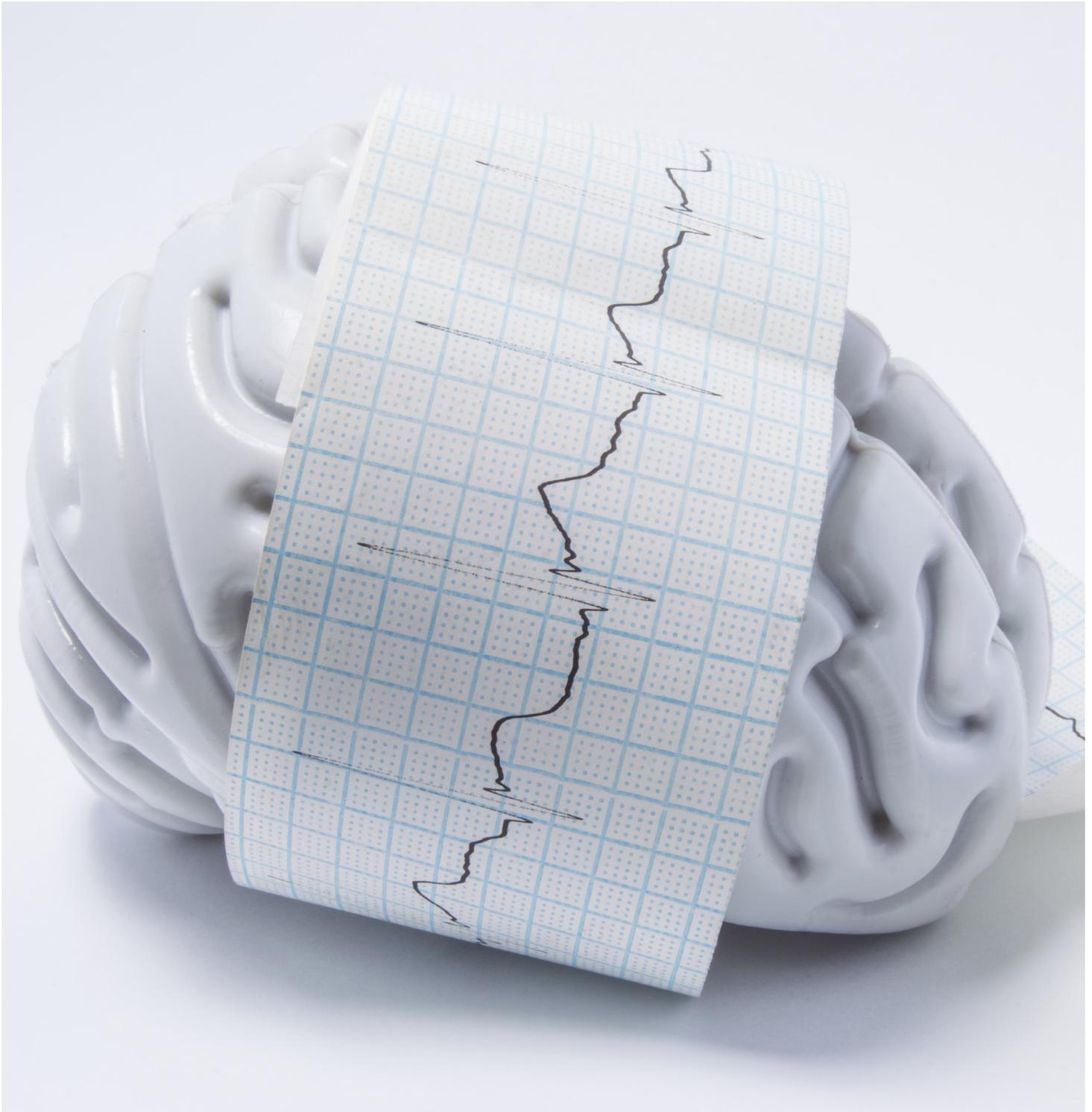


Epilepsie

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Epilepsie ist die häufigste chronische Erkrankung des Zentralnervensystems. Laut Deutscher Gesellschaft für Epileptologie wird davon ausgegangen, dass 0,5 bis 1 % der Bevölkerung an Epilepsie leiden. Das sind in Deutschland 400.000 bis 800.000 Menschen.

Auch wenn Epilepsie in jedem Alter auftreten kann – das Risiko an Epilepsie zu erkranken ist in den ersten Lebensjahren und ab dem 60. Lebensjahr besonders hoch. Die Krankheit tritt in unterschiedlichen Formen auf und kann sich je nach Anfallsform, Alter und Lebensumständen sehr unterschiedlich auf die Lebensplanung und Alltagsgestaltung auswirken.

Der vorliegende Ratgeber informiert neben den Ursachen, Anfallsformen und Behandlungsmöglichkeiten von Epilepsie ausführlich zum Umgang mit der Erkrankung in Alltag, Schule und Beruf sowie zu Themen wie Familienplanung, Mobilität, Sport und Freizeit. Der Schwerpunkt dieses Ratgebers liegt jedoch auf sozialrechtlichen Fragen zu finanziellen Leistungen und Unterstützungsangeboten bei Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Behinderung und Erwerbsminderung.

Wir hoffen, dass Sie als Betroffener und ihre Angehörigen durch diesen Ratgeber Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in ihrer oft schwierigen Situation unterstützt werden können.

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona, z.B. zu finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen, finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

Vorwort	2
Epilepsie	5
Anfallsformen	5
Ursachen und Risikofaktoren	6
Erste Hilfe	7
Hilfsmittel bei Anfällen	8
Behandlung	10
Leben mit Epilepsie	13
Vorsichtsmaßnahmen im Alltag	13
Sport	13
Autofahren	14
Urlaub	17
Beruf	18
Familienplanung	20
Epilepsie bei Kindern	22
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	24
Zuzahlungsregelungen	24
Zuzahlungsbefreiung	25
Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke	28
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	30
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	30
Krankengeld	32
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	38
Rehabilitation	40
Überblick über Reha-Leistungen	40
Zuständigkeiten der Reha-Träger	41
Medizinische Rehabilitation	43
Ambulante Reha-Maßnahmen	43
Stationäre Reha-Maßnahmen	44
Antrag	44
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	46
Anschlussheilbehandlung	48
Stufenweise Wiedereingliederung	49
Kinderheilbehandlung	51
Berufliche Reha	54
Übergangsgeld	56
Haushaltshilfe	59
Soziale Reha	60
Behinderung	61
Definition	62

Grad der Behinderung	62
Schwerbehindertenausweis	63
Nachteilsausgleiche	65
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	65
Erwerbsminderungsrente	66
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	69
Adressen	72
Impressum	74

Epilepsie

An einer Epilepsie erkrankt zu sein, bedeutet, an plötzlich beginnenden und kurzzeitigen Funktionsstörungen des Gehirns mit anfallartig auftretenden Muskelkrämpfen und Bewusstseinsstörungen zu leiden. Umgangssprachlich wird die Epilepsie als „Fallsucht“ oder „Krampfleiden“ bezeichnet.

Der erste Krampfanfall muss nicht mit Epilepsie gleichbedeutend sein. Besonders bestimmte Auslöser wie z.B. Fieberkrämpfe im Kleinkindalter können einen Gelegenheitsanfall begünstigen. Experten sprechen erst von Epilepsie, wenn ein Mensch ohne ersichtlichen Grund **mindestens 2 epileptische Anfälle im Abstand von mehr als 24 Stunden** hat. Außerdem kann ein sog. **Epilepsiesyndrom** vorliegen, wenn sich die Anfallsmerkmale in ein bereits existierendes Krankheitsbild eingliedern lassen.

Bei 3–4 % der Weltbevölkerung wird eine Epilepsie diagnostiziert. Dabei zeigt sich eine deutliche Altersverteilung: Besonders häufig ist Epilepsie in den ersten Lebensjahren und ab dem 50.–60. Lebensjahr. Die Erkrankung kann jedoch in jedem Alter auftreten.

Epilepsie gilt als „überwunden“ bei Patienten mit einem altersabhängigen Epilepsie-Syndrom, die jenseits des entsprechenden Alters sind sowie bei Patienten, die mindestens 10 Jahre anfallsfrei sind und seit mindestens 5 Jahren keine Antiepileptika mehr einnehmen.

Anfallsformen

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

Generalisierter Anfall

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

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

Fokaler Anfall

Diese Anfallsform ist **lokalisationsbezogen** und betrifft nur bestimmte Teile des Gehirns. Die Art des Anfalls hängt davon ab, welches Hirnareal betroffen ist. Es können **motorische Symptome** auftreten, welche eigenartige und unangemessene Verhaltensweisen wie z.B. Schmatzen, Kauen, an der Kleidung zupfen, Brummen oder bestimmte Gesichtsausdrücke zeigen. Ebenfalls sind **sensorische Symptome** möglich, die optische oder akustische Halluzinationen oder Missempfindungen wie Kälte- oder Wärmegefühle verursachen. Es ist aber möglich, dass sich ein fokaler Anfall im weiteren Verlauf zu einem generalisierten Anfall entwickelt und eine tonische oder klonische Phase hinzukommt.

Auren

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

Status epilepticus

Als Status epilepticus bezeichnet man

- jeden epileptischen Anfall, der länger als 5 Minuten dauert oder
- 2 aufeinanderfolgende Anfälle über einen Zeitraum von **mehr als 5 Minuten**

ohne Wiedererlangen des neurologischen Ausgangsstatus. Dieser kann **lebensbedrohlich** sein und muss sofort medikamentös behandelt werden. Der Status epilepticus kann bei allen Anfallsformen auftreten.

Ursachen und Risikofaktoren

Es sind verschiedenste Ursachen und Risikofaktoren bekannt, die zu einem Anfall führen können, aber viele Aspekte der Erkrankung können bis heute nicht erklärt werden.

In der Fachliteratur werden unterschiedliche Klassifikationen für die Erklärung, warum ein epileptischer Anfall auftritt, verwendet. Es kann vorkommen, dass sich die einzelnen Faktoren gegenseitig bedingen und einen Anfall auslösen:

Genetisch (idiopathisch)

Die Anfallsbereitschaft ist individuell unterschiedlich und **angeboren**, z.B. durch neuroanatomische Fehlbildungen.

Strukturell (symptomatisch)

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

- Schädel-Hirn-Trauma (z.B. bei Sportunfällen)
- Tumor
- Hirnhautentzündung
- Sauerstoffmangel und Fehlbildung des Gehirns während der Geburt
- Durchblutungsstörung (z.B. bei einem Schlaganfall)
- Stoffwechselstörung des Gehirns

- Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten
- Akute allgemeine Krankheitszustände (z.B. Unterzucker, Nierenversagen, Schilddrüsenerkrankungen, Fieber, Schlafentzug)

Infektiös

Ursache einer Epilepsie kann beispielsweise auch eine vorausgegangene Hirnhautentzündung (z.B. aufgrund von Herpesviren, FSME-Viren) oder eine Lyme-Borreliose sein.

Metabolisch

Bestimmte Stoffwechselerkrankungen, z.B. niedriger Blutzuckerspiegel, werden mit Epilepsien in Verbindung gebracht.

Vaskulär

Störungen der Blutversorgung können eine Epilepsie auslösen. Vor allem Störungen der Blutversorgung im Gehirn (zerebrovaskuläre Insuffizienz) gelten als Hauptursache für die Epilepsie im Alter.

Ungeklärte Ursache (kryptogen)

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



Praxistipp!

Die Deutsche Epilepsievereinigung bietet Faltblätter, Broschüren und Schulungsmaterialien zu verschiedenen Themenbereichen der Erkrankung an. Kostenlose Downloads unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Informationspool*.

Erste Hilfe

Wie man sich bei einem Anfall verhalten sollte, ist in jedem Stadium eines epileptischen Anfalls unterschiedlich. Verschiedene Hinweise und Verhaltensregeln sind zu beachten, um effektiv Erste Hilfe bei einem Betroffenen leisten zu können.

Beginnender Anfall

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

Während des Anfalls

- Auf keinen Fall Arme und Beine festhalten.
- Keinen Keil zwischen die Zähne schieben, um einer Zungen- oder Bissverletzung vorzubeugen.
- Nicht versuchen den Verlauf des Anfalls zu beeinflussen oder zu unterbrechen. Das bedeutet auf kei-

nen Fall versuchen verkrampfte Fäuste zu öffnen.

- Außenstehende sollten Ruhe bewahren.
- Dauer und Begleiterscheinungen des Anfalls beobachten.
- Dauert der Anfall **länger als 5 Minuten** sofort den **notärztlichen Dienst** (Tel. 112) rufen!

Nach dem Anfall

- Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen, da es oft zu erhöhtem Speichelfluss kommt.
- Atemwege freihalten.
- Auf einen Anfall folgt bei manchen Betroffenen eine kurze Schlaf- bzw. Erholungsphase. Währenddessen sollte man den Betroffenen nicht wecken, sondern ihn vor Unterkühlung schützen.
- Unbedingt beim Betroffenen bleiben, bis er wieder vollständig orientiert ist. Dies ist durch einfache Fragen wie „Wie heißt du? Wo bist du? Welcher Tag ist heute?“ herauszufinden.
- Wichtig ist auch die Dokumentation jedes Anfalls, besonders für den behandelnden Arzt, denn nur mit genauen Angaben über Zeitpunkt, Dauer und Art der Anfälle ist eine medikamentöse Einstellung möglich.

Erste ärztliche/fachärztliche Untersuchung

Gerade beim ersten Epilepsieanfall stehen behandelnden Ärzten nur wenige Informationen über die Symptome des Anfalls zur Verfügung. Zwar beinhaltet eine erste körperliche Untersuchung u.a. technische Hilfsmittel wie die Elektroenzephalographie (EEG) und die Magnetresonanztomographie (MRT, besonders bei Kindern), aber es kann ratsam sein, das **Gesicht** des Betroffenen während des Anfalls zu **fotografieren**. Besonders die Augen des Betroffenen liefern wichtige Hinweise: Sind die Augen zu Beginn eines Anfalls geschlossen, stehen die Chancen gut, dass es sich nicht um einen epileptischen Anfall handelt. Experten raten **spätestens nach dem zweiten Anfall** zu einer medizinischen Behandlung.

Hilfsmittel bei Anfällen

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

Signalgeräte

Signalgeräte können Epilepsie-Patienten helfen, die vor allem nachts Anfälle haben. Dabei wird ein Sensor an der Matratze des Epilepsiekranken montiert. Die Sensoren unterscheiden normale Schlafbewegungen von einem Anfall mit Krämpfen.

Bei einem Anfall löst das Gerät einen Alarm aus, z.B. im Elternschlafzimmer, bei Partnern, anderen Angehörigen oder in einer Notrufzentrale. So ist eine sichere Betreuung des Kranken möglich. Der Anfall wird zudem aufgezeichnet und mit Dauer und Stärke dokumentiert. Das liefert auch wichtige Informationen für behandelnde Ärzte.

Signalgeräte für epileptische Anfälle können ärztlich verordnet und von der gesetzlichen Krankenversicherung als Hilfsmittel übernommen werden. Im Hilfsmittelkatalog haben sie die Pos.-Nr. 21.46.01.0 und laufen unter „Geräte mit Bettsensor“.

Sturzmelder

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

Dieses zweistufige System verhindert, wie auch bei den Signalgeräten, Fehlalarme. Zudem können Patienten selbst einen Alarm auslösen, wenn sie zwar bei Bewusstsein sind, aber Hilfe brauchen.

Voraussetzung ist, dass Patienten über ein Hausnotrufgerät verfügen, um einen Alarm an eine Notrufzentrale oder Angehörige absetzen zu können. Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Haben Betroffene einen Pflegegrad, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) einen Zuschuss für die Anschlussgebühr von maximal 10,49 € sowie maximal 23 € für die monatlichen Gebühren. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Praxistipp!

Unter www.rehadat.de > *Suchbegriff: Epilepsie* findet man eine Auflistung nützlicher Hilfsmittel für den Alltag.

Epilepsiehunde

Im Gegensatz zu anderen Führ- oder Servicehunden wachsen künftige Epilepsiehunde meist beim Patienten und seiner Familie auf und werden dort ausgebildet. Grund ist, dass sie den Patienten sehr genau kennenlernen müssen, um Veränderungen vor dem Anfall zu erkennen.

Es gibt 2 Arten von Epilepsiehunden:

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

Praxistipps!

- Krankenkassen übernehmen die Kosten für Epilepsiehunde in der Regel nicht.
- Umfangreiche Informationen zum Assistenzhundtraining bietet das Assistenzhund-Zentrum, für Epilepsie unter www.assistentzhunde-zentrum.de > *Assistentzhunde* > *Epilepsiewarnhund*.

Behandlung

Es gibt verschiedene Formen der Epilepsie, entsprechend unterschiedlich ist die Behandlung. Wichtig ist daher eine genaue Bestimmung des vorliegenden Anfallstyps. Epilepsie ist behandelbar und wenn die Ursache bekannt ist, kann möglicherweise Anfallsfreiheit erreicht werden. Wichtig ist allerdings, die Therapie konsequent einzuhalten.

Medikamentöse Behandlung

Die meisten Patienten werden mit Medikamenten behandelt, sog. **Antiepileptika** oder **Antikonvulsiva**. Genau betrachtet gibt es keine „Antiepileptika“, denn die Medikamente wirken nicht gegen die Epilepsie, sondern nur gegen die Anfälle, also als „Antikonvulsiva“.

Wenn die medikamentöse Einstellung gut gelingt, können Anfälle deutlich reduziert werden oder bleiben bei etwa zwei Drittel der Patienten ganz aus.

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

Bei einer medikamentösen Behandlung müssen die Antiepileptika regelmäßig eingenommen werden und dürfen, selbst nach einer langen, anfallsfreien Zeit, **nur in Absprache mit dem Arzt** abgesetzt werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Anfälle nach einigen Monaten oder Jahren wiederkommen. Gut die Hälfte der Patienten müssen ihre Medikamente lebenslang einnehmen.

Patienten ab 18 Jahren müssen für viele Medikamente zuzahlen. Details, auch zur Zuzahlungsbefreiung, ab S. 25.

Operationen, Neurostimulationen

Wenn 2 Behandlungsversuche mit Medikamenten versagen, sollte bei bestimmten Epilepsiearten über eine Operation nachgedacht werden. Die Entscheidung für eine Operation ist sehr komplex und sollte in enger Absprache zwischen dem Menschen mit Epilepsie, ggf. den Eltern (bei Kindern und Jugendlichen) und dem behandelnden Arzt gefällt werden. In der Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie wird empfohlen, nach dem Versagen des zweiten Medikaments, spätestens aber nach 5 Jahren erfolgloser medikamentöser Behandlung, die Möglichkeit einer Operation auf jeden Fall zu prüfen. In die Entscheidungsfindung sollte frühzeitig ein zertifiziertes epilepsiechirurgisches Zentrum eingebunden werden (siehe S. 12). Eine Operation sollte prinzipiell nur von zertifizierten epilepsiechirurgischen Zentren durchgeführt werden.

Abhängig von der betroffenen Hirnregion sind folgende Operationsmethoden möglich:

- **Resektive Verfahren**

Die betroffenen Hirnabschnitte werden komplett entfernt. Dies ist nur möglich, wenn der Anfallsort („Herd“) genau bestimmt werden kann, und durch die Operation keine wichtigen Funktionen, z.B. das Gedächtnis, beeinträchtigt werden. In vielen Fällen führt dieses Verfahren zur Anfallsfreiheit.

- **Vagusnerv-Stimulation (VNS)**

Bei einer Operation wird ein Generator unterhalb des Schlüsselbeins eingesetzt, von dort eine Elektrode zum Hals geführt und an den Vagusnerv angelegt. Die Elektrode gibt regelmäßige Stromimpulse an den Nerv (ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher). Dieses Verfahren kann die Anfallshäufigkeit und die Schwere der Anfälle reduzieren. Die Impulsstärke und -häufigkeit kann von außen mit einem

Sender reguliert werden. Manche Patienten, die einen kommenden Anfall spüren, können diesen unter Umständen noch unterbrechen.

Es gibt seit einigen Jahren auch eine VNS durch die Haut (transkutan, t-VNS) **ohne** Operation. Der Generator wird dann außen getragen, die Impulse an den Vagusnerv gibt eine Elektrode im Ohr. Die Kosten für das Gerät werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

- **Tiefe Hirnstimulation**

Dies ist ein neueres Verfahren, bei dem Elektroden ins Gehirn implantiert werden, um bestimmte Bereiche elektrisch zu stimulieren. Dadurch können Anfälle reduziert oder abgeschwächt werden.

- **Palliative Verfahren (Kallosotomie)**

„Palliativ“ heißt „lindernd“, das heißt: Nach diesen Eingriffen werden die Anfälle weniger gravierend, vor allem Stürze sollen verhindert werden. Beim Eingriff werden bestimmte Hirnverbindungen durchtrennt. Das hat Folgen für die Hirnleistung. Deshalb steht das Verfahren am Ende der Therapiekette.

Ergänzende komplementäre Verfahren

Verschiedene weitere Behandlungsansätze wie Ernährungsumstellung, Homöopathie, Akupunktur oder Lichttherapie können die Epilepsitherapie ergänzen, aber nicht ersetzen. Die Effekte der Methoden sind umstritten, nur für die ketogene Diät bei Kindern gibt es Wirkungsnachweise und damit eine Empfehlung. Wenn Betroffene sich für ein ergänzendes Verfahren entscheiden, sollten sie dies immer fachärztlich abstimmen.

Ergänzende Behandlungsformen können beispielsweise sein:

- **Ketogene Diät**

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

- **Modifizierte Atkins-Diät**

Verwandt mit der ketogenen Diät, aber weniger strikt und leichter einzuführen.

- **Biofeedback, Neurofeedback**

Die EEG-Biofeedback-Methode zielt darauf ab, dass Patienten ihre Hirnströme sichtbar gemacht werden und sie erlernen, diese willentlich zu beeinflussen. Das Erlernen der Methode ist komplex und aufwendig. Die Effekte sind wissenschaftlich nicht ausreichend belegt.

- **Anfallsselbstkontrolle**

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

- **Psychotherapie**

Epileptische Anfälle gehen häufig einher mit Depressionen oder Angststörungen. In der Regel sind diese Belastungen psychotherapeutisch gut behandelbar. Wenn man in absehbarer Zeit keinen Termin bei einem Psychotherapeuten erhält, kann man sich an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wenden. Dort erhält der Betroffene innerhalb von 4 Wochen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde in zumutbarer Entfernung. Dabei wird geklärt, ob anschließend eine Psychotherapie durchgeführt werden soll.

Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht und es ist nicht garantiert, dass im Anschluss an die Sprechstunde übergangslos eine Psychotherapie erfolgen kann.

Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter www.kvb.de > Service > Patienten > Terminservicestelle > Terminservicestelle Psychotherapie. Weitere Informationen zur Psychotherapie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Psychotherapie“.

Patientenschulungen

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

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



Praxistipp!

Es gibt mehrere Anbieter von Patientenschulungen: Ein Konzept ist die **MOSES-Schulung** für Patienten ab 16 Jahren und deren Angehörige, analog dazu gibt es die **Familienschulung famoses** für Patienten zwischen 7 und 12 Jahren. Informationen unter www.moses-schulung.de und www.famoses.de.

Behandlungszentren für Epilepsie

Epilepsie-Ambulanzen

Epilepsie-Ambulanzen sind regionale Spezialeinrichtungen, die für Problemfälle bei Epilepsie zuständig sind:

- Klärung diagnostischer Zweifelsfälle.
- Therapie von Patienten, die trotz Behandlung weiterhin Anfälle bekommen.
- Beratung von Patienten zu Schwangerschaft und Geburt, Sport und Reisen, Führerschein, medizinisch-rechtlichen und versicherungsrechtlichen Fragen.
- Sozialmedizinische Beratung zu Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz, Rehabilitation, Schwerbehindertensstatus und persönlicher Entwicklung.

Epilepsie-Ambulanzen sind an neurologische, pädiatrische und psychiatrische Kliniken oder Fachabteilungen von Krankenhäusern angeschlossen. Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. bietet eine Übersicht aller Epilepsie-Ambulanzen unter www.dgfe.info > Informationspool Epilepsie > Adressen & Links > Ambulanzen.

Epilepsiezentren

Epilepsiezentren können Menschen mit schwer therapierbaren Epilepsien helfen. Ihr Angebot umfasst sowohl eine Epilepsie-Ambulanz als auch stationäre Diagnostik, Therapie (inklusive Epilepsiechirurgie) und Rehabilitation. Epilepsiezentren gibt es für Kinder und für Erwachsene. Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie bietet eine Übersicht unter www.dgfe.info > Informationspool Epilepsie > Adressen & Links > Epilepsie-Zentren.

Leben mit Epilepsie

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

Vorsichtsmaßnahmen im Alltag

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

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

Sport

Sport ist auch für Epilepsie-Patienten zu empfehlen. Jedoch sollten Sportarten vermieden werden, die bei einem Anfall zu Unfällen führen können, also schnelle Sportarten, Sportarten mit Absturzgefahr und Sport im Wasser. Wichtig sind vor allem Schutzmaßnahmen wie Helme oder Schwimmwesten.

Vermehrtes Atmen und Schwitzen bei sportlicher Betätigung löst keine Anfälle aus. Anfallsfördernde Faktoren können jedoch Überhitzung, Unterzucker und Flüssigkeitsmangel sein. Die positiven psychosozialen Effekte von Sport können aber auch einen günstigen Einfluss auf die Erkrankung haben.

Wer zu Anfällen neigt, sollte seine Teamkameraden und Trainer über seine Krankheit und die Möglichkeit eines Anfalls informieren. Zum einen, um sie auf einen Ernstfall so vorzubereiten, dass sie adäquat reagieren können. Zum anderen, damit andere durch einen Anfall nicht gefährdet werden.

Ungeeignete Sportarten

Die Gefahr beim Sport geht vom akuten Anfall aus. Deshalb gibt es einige Sportarten, die für Menschen, die häufige oder nicht einschätzbare Anfälle haben, nicht geeignet sind. Die **Faustregel** lautet: „Nicht zu schnell, nicht zu hoch und nicht ins Wasser.“

- **Nicht zu schnell!**

Rennsportarten wie Fahrrad- oder Autorennen sind riskant und sollten vermieden werden. Dagegen können Epilepsie-Patienten kontrolliert Fahrrad und Ski fahren, sollten aber unbedingt einen Helm tragen.

- **Nicht zu hoch!**

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

- **Nicht ins Wasser!**

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

Schutzmaßnahmen

Grundsätzlich sollte Sport in Begleitung und unter Anwendung der auch für Gesunde üblichen Schutzmaßnahmen (Helme, Schwimmwesten) ausgeübt werden. Für Menschen, die eine Brille tragen, ist es ratsam, während des Sports Kontaktlinsen oder Sehhilfen mit Kunststoffgläsern zu tragen, damit bei einem Sturz keine zusätzliche Gefahr durch Glassplitter besteht.



Praxistipp!

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

Autofahren

Mobilität ist für die meisten Menschen sehr wichtig und das Autofahren oft Bestandteil des Berufs- und Privatlebens. Die Diagnose Epilepsie bedeutet nicht automatisch den Verzicht auf das eigenständige Autofahren. Dennoch beeinträchtigen Epilepsien die Fahrtüchtigkeit und können andere Menschen im Straßenverkehr und den Patienten selbst gefährden. Auf jeden Fall sind nach Erteilung einer Fahrerlaubnis jährliche Kontrolluntersuchungen nötig. Es wird keine Fahrerlaubnis ausgehändigt, wenn Anfälle nicht durch Medikamente vermieden werden und jederzeit auftreten können.

Epilepsien zeichnen sich durch das plötzliche Auftreten von Anfällen mit unterschiedlicher Beeinträchtigung des Bewusstseins aus. Ob eine Fahrerlaubnis erteilt wird, hängt von mehreren Faktoren ab, z.B. ob es sich um einen einmaligen Anfall, eine behandelbare Epilepsie oder eine langjährig therapieresistente Epilepsie handelt. Entscheidend sind der Anfallstyp (mit oder ohne Bewusstseinsstörung, wann die Anfälle auftreten – tagsüber, nachts) und die Behandlung mit Medikamenten.

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Als Nachschlagewerk für eine Kraftfahreignung dienen Begutachtungsleitlinien. Sie geben Gutachtern, Fahrerlaubnisbewerbern oder -inhabern Auskunft in Bezug auf eine Kraftfahreignung. Sie sind eine Zusammenstellung eignungs ausschließender oder -einschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel und sollen die Einschätzung der Kraftfahreignung im Einzelfall erleichtern.

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in zwei Gruppen unterteilt:

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

Fahrerlaubnis bei Gruppe 1

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

Ausnahmen:

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

nahmen sind in gut begründeten Fällen möglich, z.B. bei insgesamt wenigen Anfällen, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rückfallrisiko, erfolgreicher epilepsiechirurgischer Behandlung.

Fahrerlaubnis bei Gruppe 2

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

Ausnahmen:

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

Mobilitätshilfen für schwerbehinderte Menschen

Wenn Menschen mit Epilepsie nicht Auto fahren dürfen und zudem eine anerkannte Schwerbehinderung haben, kommen folgende Mobilitätshilfen in Betracht:

- Fahrdienste
- Kraftfahrzeughilfe (auch für Patienten ohne Grad der Behinderung (GdB) oder mit GdB unter 50)
- Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung bei Schwerbehinderung
- Ermäßigungen bei öffentlichen Verkehrsmitteln
- Parkerleichterungen



Praxistipp

Der Download der „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrerlaubnis“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrerlaubnis* > unten „zum Download ...“ > oben „Begutachtungsleitlinien ...“ > rechts „Volltext ...“.



Wer hilft weiter?

- Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU) durchführen.
- Zur persönlichen Beratung kann man sich auch an einen Verkehrspsychologen wenden. Adressen und Informationen findet man beim Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen unter www.bnv.de.

Urlaub

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

Patienten mit Epilepsie sollten für ihre Urlaubsplanung folgende Hinweise beachten:

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

Internationaler Epilepsie Notfallausweis (IENA)

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

In diesen Ausweis werden folgende Informationen eingetragen:

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



Praxistipps!

- Nähere Informationen zum Internationalen Epilepsie Notfallausweis, zum Anfallskalender und zur Notfallkarte finden Sie unter www.epilepsie-online.de > *Mitmachen* > *Der Internationale Epilepsie Notfallausweis (IENA)* und bei der Deutschen Epilepsievereinigung unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Informations-Pool* > *Anfallsdokumentation/Notfallausweise*.
- Informationen und Hinweise zu Flug- und Fernreisen sowie Impfungen und Medikamenteneinnahme bei Epilepsie unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Leben mit Epilepsie* > *Verschiedenes* und www.izepilepsie.de > *Informationspool Epilepsie* > *Download-Center* > *Reisen*.

Beruf

Menschen mit gut medikamentös eingestellter Epilepsie sind in der Regel nicht häufiger krankgeschrieben als der Arbeitnehmerdurchschnitt und auch ihre Leistungsfähigkeit ist kaum eingeschränkt. Bei der Berufswahl sollten sich junge Menschen mit Epilepsie dennoch frühzeitig beraten lassen. Tritt die Erkrankung erst im Erwachsenenalter auf oder verändert sich ihre Erscheinungsform, müssen evtl. ein Berufswechsel, ein Arbeitsplatzwechsel oder eine Anpassung des Arbeitsplatzes an die Erkrankung erwogen werden.

Berufswahl

Die große Herausforderung ist, persönliche Wünsche, Leistungsfähigkeit und Einschränkungen, die eine Epilepsie mit sich bringen kann, individuell abzustimmen. Statt die Berufswahl mit dem eingeschränkten Blick zu treffen, was alles „nicht“ geht, wenn man Epilepsie hat, sollte zuerst die Frage gestellt werden: Wo liegen die eigenen Neigungen, Interessen und Begabungen? Danach werden die möglichen Berufsfelder genauer betrachtet. Nicht immer kann der Wunschberuf erlernt werden, weil z.B. von einer Eigen- oder Fremdgefährdung auszugehen ist (siehe unten). Aber häufig sind Berufswünsche realisierbar oder es finden sich verwandte Berufe, die nur weniger bekannt sind.

Haben Jugendliche neben der Epilepsie weitere Einschränkungen, z.B. eine Lern- oder Körperbehinderung, bieten die Berufsbildungswerke verschiedene Möglichkeiten. Diese Einrichtungen bilden vor allem junge Menschen mit Behinderungen aus. Adressen unter www.bagbbw.de > *Berufsbildungswerke* > *Start ins BBW*.

Eigengefährdung

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

Fremdgefährdung

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

Maßnahmen und Hilfen bei epilepsiebedingten Einschränkungen im Beruf

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

Empfohlene Tätigkeiten sind z.B. Kaufmännische Berufe und Beschäftigung in anderen Verwaltungsbereichen.

Möglicherweise können Betroffene im selben Unternehmen weiterbeschäftigt werden. Ermöglicht werden kann das z.B. durch

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

Gefährdungsrisiko

Der Ausschuss Arbeitsmedizin der Gesetzlichen Unfallversicherung hat die DGUV Information 250-001 „Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall“ herausgegeben. Darin wird davon ausgegangen, dass bei Menschen mit Epilepsie grundsätzlich keine Bedenken bestehen, wenn sie als langfristig, oder teilweise auch mittelfristig, anfallsfrei gelten:

- Als **langfristig anfallsfrei** gilt, wer mindestens 5 Jahre ohne antiepileptische Therapie keine Anfälle hat.
- Als **mittelfristig anfallsfrei** gilt, wer
 - nach operativer oder medikamentöser Behandlung mindestens 1 Jahr anfallsfrei ist (in besonderen Fällen erst nach 2 Jahren Anfallsfreiheit).
 - mindestens 3 Jahre lang Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf heraus hat.
 - mindestens 1 Jahr ausschließlich Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein, erhaltener Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit hat (kein Sturz, keine Bewusstseinsstörung, keine Störung der Willkürmotorik).

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

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Ist der Arbeitsmarkt nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit verschlossen oder sind alle therapeutischen, medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Möglichkeiten ausgeschöpft, kommen eine Erwerbsminderungsrente (siehe S. 66), eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder die Regelaltersrente in Betracht.



Praxistipps!

- Die unter dem Punkt Gefährdungsrisiko (siehe S. 19) genannte Broschüre „Berufliche Beurteilung bei Epilepsie und nach erstem epileptischen Anfall“ kann unter <https://publikationen.dguv.de> > Suchbegriff: „Epilepsie“ gefunden werden.
- Der Betroffene muss seinem Arbeitgeber nur die Diagnose Epilepsie mitteilen, wenn bei einem epileptischen Anfall ein Risiko für eine Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen würde.
- Unter www.rehadat.de > Suchbegriff: „Wissensreihe 01 Epilepsie“ finden sich Informationen, wie sich berufliche Teilhabe von Menschen mit Epilepsie gestalten lässt sowie zahlreiche Tipps zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung mit Hilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen.



Wer hilft weiter?

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

Familienplanung

Antiepileptika können die Wirkung hormoneller Verhütungsmittel reduzieren. Bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Stillen sollten sich Patientinnen und Partner eng mit ihrem Arzt abstimmen. Kinder von Epilepsie-Patienten haben nur ein leicht erhöhtes Risiko, an Epilepsie zu erkranken. Da die Mehrzahl der Schwangerschaften problemlos verlaufen, gibt es keine Gründe, warum eine an Epilepsie erkrankte Frau keine Kinder bekommen sollte.

Verhütung

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

Kinderwunsch

Risiken

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

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

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

Fruchtbarkeit

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

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

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

Schwangerschaft

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

Geburt

In der Regel verläuft die Entbindung bei Müttern mit Epilepsie nicht anders als bei anderen Müttern auch. Mit einem Kaiserschnitt wird normalerweise nur entbunden, wenn die Mutter vor und während der Geburt sehr häufig Anfälle hat. Auch im Kreißsaal sollte die Gebärende ihre Medikamente weiter einnehmen.

Manche Medikamente beeinflussen die Blutgerinnung der Mutter und des Babys. Dies muss von den behandelnden Ärzten berücksichtigt werden, in der Regel wird Vitamin K verabreicht.

Stillen

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

Abruptes Abstillen kann beim Kind Entzugssymptome auslösen.

Wochenbett

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

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

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

Praxistipps!

- Bei der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. können Sie unter www.eurap.de > *Deutsche Gesellschaft für Epileptologie* > *EURAP* > *Informationen zur Schwangerschaft* die kostenlose Broschüre „Epilepsie und Kinderwunsch“ herunterladen.
- Bei der Deutschen Epilepsievereinigung finden Sie Flyer zu Sexualität und zu Kinderwunsch auf den entsprechenden Seiten unter www.epilepsie-vereinigung.de > *Leben mit Epilepsie*.
- Pro familia bietet Beratungen rund um das Thema Sexualität, Schwangerschaft und Kinderwunsch an. Anlaufstellen vor Ort finden Sie unter www.profamilia.de > *Beratungsstellen*.

Epilepsie bei Kindern

Bei epilepsiekranken Kindern sollten unbedingt Erzieher bzw. Lehrer informiert werden, damit sie wissen, wie sie sich bei einem Anfall richtig verhalten. Kinder sollten so weit wie möglich am Schulsport teilnehmen.

Aufklärung der Lehrkräfte, Erzieher und Gleichaltrigen

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

Wenn bereits die Gefahr von Anfällen besteht, sollten Eltern die Erzieher bzw. Lehrer unbedingt darüber informieren, damit diese wissen, wie sie bei einem Anfall richtig reagieren. Wissen über die Krankheit und richtiges Verhalten bei einem Anfall können Fehler, Panik und Hilflosigkeit vermeiden. Im Idealfall bekommt die Schule eine ärztliche Bescheinigung über das richtige Verhalten während eines Anfalls.

Alle Kinder in der Gruppe bzw. Klasse sollten über die Erkrankung aufgeklärt werden, wenn regelmäßig Anfälle auftreten. Ein offener Umgang mit der Epilepsie unterstützt das betroffene Kind und dessen Freunde/Mitschüler dabei, die Krankheit zu verstehen und kann Ängste und Ablehnung verhindern. Bei Schwierigkeiten in der Gruppe können Erzieher/Lehrer oder der Schulsozialdienst weiterhelfen. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erziehern/Lehrern ist auch bei anfallsfreien Kindern wichtig, um insbesondere Nebenwirkungen von Medikamenten gemeinsam zu beobachten. Zu achten ist z.B. auf mögliche Konzentrationsstörungen, eine geringe Aufmerksamkeitsspanne, rasche Ermüdung, Verlangsamung oder Lustlosigkeit – insbesondere nach einer Medikamentenumstellung.

Medikamentengabe

Die Gabe von Medikamenten durch Erzieher/Lehrer im Kindergarten bzw. in der Schule ist in den

einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Eine Pflicht für Erzieher/Lehrer, Medikamente zu geben, gibt es nicht. Zum Teil gibt es Ängste und Vorbehalte zu Haftungsfragen. Generell gilt: Eine Haftung gibt es nur bei **vorsätzlich** falscher Medikamentengabe (§ 104 f. SGB VII). Im Sinne einer Integration und altersgemäßen Entwicklung des Kindes sollten Erzieher/Lehrer, Eltern und Ärzte gemeinsam nach sicheren und für alle Beteiligten akzeptablen Lösungen suchen.

Praxistipps!

- Fundierte unfallrechtliche Informationen zur „Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen“ und „Medikamentengabe in Schulen“ finden Sie in den gleichnamigen Flyern der gesetzlichen Unfallversicherung, Download kostenlos unter <https://publikationen.dguv.de> > Suche nach „Medikamentengabe“.
- Selbsthilfegruppen und Epilepsieberater helfen Ihnen mit Erfahrungen und Formularen. Auch die zuständigen Ministerien oder Fachbehörden der Kindergärten/Schulen halten zum Teil Informationen und Empfehlungen bereit.

Schulsport

Sport ist gesund, das gilt auch für Kinder mit Epilepsie. Schulsport ist zudem für die Integration in der Klasse wichtig und Sport generell für das Selbstbewusstsein des Kindes. Wenn ein Kind bereits 1–2 Jahre anfallsfrei ist, kann es grundsätzlich jede Sportart ausüben. Ansonsten ist Folgendes zu beachten:

- Schwimmen nur mit Einzelaufsicht für das Kind.
- Tauchen nur nach mehreren Jahren ohne Anfall.
- Klettern nur mit Sicherung oberhalb des Kindes (sog. Toprope).
- Geräteturnen und Bouldern nur mit Weichbodenmatte.

Bei regelmäßigen Anfällen beim Sport den Kopf schützen, z.B. mit einem Helm.

Keine Sportarten, bei denen der Kopf regelmäßig erschüttert wird, also z.B. Kopfballtraining oder Boxen.

Mehr zu Sport bei Epilepsie auf S. 13.

Praxistipps!

- Informationen und Vorlagen für Lehrer, Eltern und Interessierte bietet die Seite www.epilepsie-lehrerpaket.de.
- Informationen und Broschüren, z.B. „Epilepsie bei Schulkindern“, „Sport bei Epilepsie“ oder „Epilepsie und Familie“, finden Sie bei der Stiftung Michael unter www.stiftung-michael.de > Information > Publikationen > Informationen zu Epilepsie.
- Einen Vordruck für ein Informationsblatt für Betreuende bietet der Arzt Dr. med. Helmut Volkers unter www.anfallskind.de/Anfbetrmb1.htm.

Wer hilft weiter?

Spezialisierte Epilepsie-Beratungsstellen gibt es in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern (flächendeckend), Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen, Adressen unter www.epilepsie-elternverband.de > Services > Beratungsstellen.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe bezahlt der Betroffene also die Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

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

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

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

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Patienten mit Epilepsie im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), können sie sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des

jährlichen Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei **1 %**.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als **Familienbruttoeinkommen** zu verstehen. Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende **Angehörige**:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

Vom Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

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

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

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

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

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2022: 449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

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

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 26), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

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

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

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

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

➔ Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer **alle Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständigen Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke

Epilepsie-Patienten sind auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Um chronisch kranke Patienten in Dauerbehandlung zu entlasten, gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit

mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. Für Epilepsie gibt es derzeit noch kein DMP.

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

Vorsorge

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

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

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

Richtlinie

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



Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Eine Epilepsie und ihre Behandlung können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Kranken- oder Arbeitslosengeld.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitsunfähige Epilepsie-Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können. Dies gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** (AU) vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er von dessen Krankenkasse verlangen, dass diese ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn die AU sich eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 32.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn seit Beginn der ersten Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.

- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

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

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

Praxistipp!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Epilepsie-Patienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse. Das Krankengeld wird individuell berechnet und ist niedriger als das Nettoeinkommen. Innerhalb von 3 Jahren gibt es höchstens 78 Wochen lang Krankengeld für dieselbe Krankheit.

Voraussetzungen

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

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Bezieher von Arbeitslosengeld erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte

- Teilnehmer an beruflichen Reha-Maßnahmen (siehe S. 54) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 56)
- Praktikanten
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Krankengeld für Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 30).



Praxistipp!

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

Eine **Rückdatierung** des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

Krankengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

Bemessungszeitraum

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

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

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2022 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 112,88 € täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,20 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 €.
Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich.

Dauer

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

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld 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. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds nicht um diese Dauer.

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei-

beruflicher Weiterbildung, auch wenn der Anspruch auf Krankengeld wegen einer Sperrzeit ruht.

- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 66) umwandelt.



Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 38).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger

rechnen dann direkt miteinander ab. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird, also nach der Bewilligung des Krankengelds.



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z.B. wenn die Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich etwa durch die Beteiligung an einer Schlägerei verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder** Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informiert die Agentur für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 66), Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 54) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 43) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten zur Erfüllung der Anwartschaftszeit sowie einer möglichen verkürzten Anwartschaftszeit, d.h. dass unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld schon ab einem Versicherungspflichtverhältnis von 6 Monaten bestehen kann, informiert die Agentur für Arbeit

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 56) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

Praxistipp!

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

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

Eine Epilepsie geht mit unterschiedlichen Arten von Anfällen einher, die das (Arbeits-)Leben der Betroffenen stark einschränken. Reha-Maßnahmen können dazu beitragen, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu reduzieren und die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern, damit sie möglichst lange am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Epilepsie-Patienten in Frage kommen:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:** Sie werden auch als „Berufliche Reha“ bezeichnet und sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 56), Haushaltshilfe (siehe S. 59), Übernahme von Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:** Sie werden auch als „Soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge hin und her schieben.

Bei einem Betroffenen können verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Reha-Leistungen und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. „leistenden Rehabilitationsträger“. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er für diesen zuständig ist. Die „Zuständigkeitsklärung“ soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten. Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Fristen

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird. In einer Teilhabekonferenz wird der Bedarf eines Menschen mit Behinderungen besprochen, wenn dieser verschiedene Teilhabeleistungen von einem oder mehreren Trägern benötigt.

Der Antragsteller muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Kann der leistende Reha-Träger nicht innerhalb von 2 Monaten über den Antrag entscheiden, muss er dem Antragsteller auf den Tag genau mitteilen, wann dieser die Entscheidung bekommt. Zudem muss er die Fristverlängerung begründen. Es sind nur folgende Gründe zulässig:

- Fristverlängerung um max. 2 Wochen zur Beauftragung eines Gutachters, wenn nachweislich früher kein Gutachter verfügbar ist.
- Fristverlängerung um max. 4 Wochen, wenn der Gutachter schriftlich bestätigt, dass er so lange braucht.
- Fristverlängerung um die Zeit der „fehlenden Mitwirkung“ beim Antragsteller, also wenn er z.B. Unterlagen nicht einreicht oder Termine nicht wahrnimmt.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, gilt der Antrag als genehmigt. Der Antragsteller kann sich dann die Leistung selbst beschaffen und der Reha-Träger muss zahlen. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, die Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen können auch die Beratungsangebote der unabhängigen Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung* in Anspruch nehmen.

Medizinische Rehabilitation

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Wartezeit

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

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden. Der **Rentenversicherungsträger** genehmigt medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Ambulante Reha-Maßnahmen

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

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär

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

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine ambulante Reha-Maßnahme vorliegen:

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.

- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine stationäre Reha-Maßnahme vorliegen:

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

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine **Verlängerung** aus medizinischen Gründen ist möglich. Bei **Kindern** bis zum 14. Geburtstag dauern die Reha-Maßnahmen 4–6 Wochen.



Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 59) gewährt werden.

Antrag

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

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht,
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt,
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner,
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Reha medizinisch notwendig ist, **oder**
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist und die Rentenversicherung nicht vorrangig zuständig ist, Näheres unter „Kinderheilbehandlung“ auf Seite 51.

Der Arzt verordnet die medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden

ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

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

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

Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha. Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden:

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

Kostenträger Unfallversicherung

Ein Unfallversicherungsträger ist zuständig, wenn die medizinische Reha infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig wird oder wenn eine Berufskrankheit droht. Die Betroffenen stellen in der Regel keinen Antrag, da die zuständige Unfallversicherung „von Amts wegen“ tätig wird. In der Regel melden Unternehmen Unfälle und Ärzte Berufskrankheiten an die Unfallversicherung.



Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Näheres zum Widerspruch unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie*.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

- **Kostenträger Krankenkasse:** Der Patient kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.
- **Kostenträger Rentenversicherung:** Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.
- **Kostenträger Unfallversicherung:** Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit etwa 150 Reha-Kliniken in Deutschland und Polen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur bestimmte Kliniken für die Reha in Frage.



Praxistipp!

Adressen von Reha-Kliniken finden Sie unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme können Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts erhalten.

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 30
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 32
- Verletztengeld von der Unfallversicherung
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 56

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten. Reha-Leistungen und Anschlussheilbehandlungen der **Unfallversicherung** sind **zuzahlungsfrei**.

Zuzahlungen Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 24.

Zuzahlungen Rentenversicherung

Für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal **42 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres.

Wird die medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal **14 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Rehaleistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2022 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.317 €	keine
ab 1.317 €	5 €
ab 1.447,60€	6 €
ab 1.579,20 €	7 €
ab 1.710,80 €	8 €
ab 1.842,40€	9 €
ab 1.974 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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

Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha? > Zuzahlung.



Praxistipps!

- **Ambulante** und **stationäre** medizinische Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilen Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendämter, Agenturen für Arbeit, Eingliederungshilfe-Träger oder Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

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

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

Antrag

In der Regel veranlasst ein Arzt des letzten behandelnden Krankenhauses die Anschlussreha, in enger Zusammenarbeit mit der Sozialberatung (Sozialdienst) des Krankenhauses. Die Sozialberatung kümmert sich zusammen mit dem Patienten um die Antragstellung. Eine direkte Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Reha-Klinik ist möglich, wenn die Sozialberatung das sowohl mit der aufnehmenden RehaKlinik als auch mit dem verantwortlichen Träger entsprechend koordinieren kann.

Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.

Praxistipps!

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Erkrankte Elternteile können ihre Kinder nur in wenige Häuser mitnehmen. Geht das nicht, ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 59) möglich.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

Jeder Beteiligte, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Arzt oder Versicherungsträger, kann eine Stufenweise Wiedereingliederung anregen. Dazu sind bestimmte Formulare notwendig.

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der **Arbeitnehmer** stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit abernur in Einzelfällen ablehnen.

Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines **Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)** stattfindet, darf der Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: ein Arzt, ein Sozialberater, der Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer Wiedereinzugliedernde mit sog. **Entgeltersatzleistungen** finanziell absichert:

- Findet die Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld. Die Zeit der Stufenweisen Wiedereingliederung zählt zum Krankengeldbezug.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, sofern noch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

Zusätzlich können im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen fällig werden, z.B. ergänzende Reha-Leistungen oder berufliche Reha-Leistungen. Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber. Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt oder Arbeitgeber.

Kinderheilbehandlung

Eine epileptische Erkrankung kann bereits in den ersten Lebensjahren auftreten. Dann kann unter Umständen eine Kinderheilbehandlung (Kinder-Reha) infrage kommen. Das ist eine Kur für Kinder, die in den meisten Fällen vom Rentenversicherungsträger bei bestimmten Indikationen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezahlt wird. Sie zählt zu den sonstigen Leistungen zur Rehabilitation und kann bei medizinischer Notwendigkeit beantragt werden.

Definition Kinder

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

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

Voraussetzungen

Je nach zuständigem Kostenträger gibt es unterschiedliche Voraussetzungen für eine Kinderheilbehandlung:

Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren **oder**
- Bezug einer Altersrente **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

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

Auch Großeltern, Pflegeeltern oder erwachsene Geschwister können unter diesen Voraussetzungen für Kinder oder Jugendliche eine Kinderheilbehandlung beantragen, wenn diese in ihren Haushalt aufgenommen wurden und sie überwiegend für deren Lebensunterhalt aufkommen.

Voraussetzung der Krankenkasse

Liegen die o.g. Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger nicht vor, können Kinderheilbehandlungen von der **Krankenkasse** im Rahmen der medizinischen Reha übernommen werden.

Voraussetzungen weiterer Träger

Wird die Kinderheilbehandlung aufgrund eines Unfalls in einer Tageseinrichtung oder Schule erforderlich, ist der Kostenträger die **Unfallversicherung**. Auch das **Jugendamt** kann als Kostenträger in Frage kommen, wenn die Reha-Leistung als Maßnahme der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erbracht wird. Das Jugendamt kann die Kosten auch im Rahmen der Hilfe für junge Volljährige übernehmen, in diesem Fall gelten gesonderte Altersgrenzen.

Indikationen

Die Kosten einer Kinderheilbehandlung können unter anderem bei folgenden Erkrankungen übernommen werden:

- Neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie,
- Krankheiten der Atemwege,
- allergischen Erkrankungen
- Hautkrankheiten,
- Herz- und Kreislaufkrankheiten,
- Leber-, Magen-, Darmkrankheiten,
- Erkrankungen von Nieren und Harnwegen,

- Stoffwechselkrankheiten,
- Krankheiten des Bewegungsapparats,
- Krebserkrankungen,
- psychosomatischen und psychomotorischen Störungen, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensstörungen,
- Übergewicht, wenn zusätzlich weitere Erkrankungen oder Risikofaktoren vorliegen.

Ausschluss

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten **nicht** bei akuten Erkrankungen und Infektionskrankheiten z.B. Scharlach, Diphtherie.

Auch wenn frühere Kinderheilbehandlungen ohne triftigen Grund abgebrochen wurden, ist es möglich, dass der Antrag nicht genehmigt wird.

Dauer und Wartezeit

Kinderheilbehandlungen dauern in der Regel mindestens 4 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist und die Notwendigkeit vom Arzt oder von der Klinik begründet wird.

Die Kinder- und Jugendreha kann bei medizinischer Notwendigkeit jederzeit beantragt werden. Es gibt keine Jahresfrist, die zwischen zwei Kinderheilbehandlungen abgewartet werden muss.

Begleitperson

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten zur Unterbringung einer **Begleitperson**, wenn nur so die Durchführung oder der Erfolg der Kinderheilbehandlung gewährleistet wird.

Bei **Familienangehörigen**, wenn die Einbeziehung der Familie in den Rehabilitationsprozess notwendig ist.

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

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



Praxistipps!

- Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ sowie das Faltblatt „Kinder und Jugendliche: Fit mit Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos herunterladen oder bestellen.
- Das Formularpaket zur Kinder- und Jugendrehabilitation mit Antrag, Informationen und Erläuterungen finden Sie ebenfalls bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha für Kinder und Jugendliche > Reha-Antrag stellen > Formularpaket zur Kinder- und Jugendrehabilitation.



Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen.
- Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) bietet viele Informationen und Adressen spezialisierter Kliniken unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.

Berufliche Reha

Epilepsie kann auch auf das Berufsleben der Betroffenen negative Auswirkungen haben. Berufliche Reha-Maßnahmen, die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA), fördern die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen.

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

Leistungen

Zu den beruflichen Reha-Maßnahmen zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

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

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderungen für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung. Hier ist Voraussetzung, dass Ausrüstungsbeihilfe wegen der Art oder Schwere einer Behinderung erforderlich ist, um eine Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und eine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz sowie eine Geldleistung an den Arbeitgeber, sog. Lohnkostenzuschuss.
- **Budget für Ausbildung**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule sowie Erstattung der Ausbildungsvergütung.
- **Kraftfahrzeughilfe**: Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss

unzumutbar sein.

- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderungen erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung oder Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose.

Berufliche und schulische Bildung

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

Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht geleistet, z.B.:

- Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.
- Maßnahmen, um die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und bei anderen Leistungsanbietern

Die Agentur für Arbeit, die Unfall- und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- **In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate** in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im **Eingangsverfahren**.
- **Bis zu 2 Jahre im Berufsbildungsbereich** als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, **aber** nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Bei Bedarf sind über **Unterstützte Beschäftigung** Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren oder Arbeitskleidung.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

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

eigenes Antragsrecht. Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse oder Zuschüsse für Arbeitshilfen, Umschulungen, Aus- oder Weiterbildungen im Betrieb.

Praxistipps!

- Leistungsberechtigte und Arbeitgeber können sich bei Fragen an die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe wenden. Adressen finden Sie unter www.ansprechstellen.de.
- Menschen mit Behinderungen finden Unterstützungsangebote auch bei der unabhängigen Teilhabeberatung. Informationen und Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Patienten mit Epilepsie während der Teilnahme an medizinischen oder beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht (mehr) besteht.

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **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 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld, wenn die Reha-Maßnahme das Ziel hat, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen wiederherzustellen.

Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, zur medizinische Rehabilitation, zur Prävention, zur Nachsorge und zu sonstigen Leistungen zur Teilhabe.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung 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, Verletztengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen und vor diesen Leistungen rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben.
Bei Arbeitslosengeld gibt es nur Übergangsgeld, wenn der Arbeitslose wegen der Reha-Maßnahme nicht ganztags arbeiten kann.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, wenn diese die **Vorbeschäftigungszeit** erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld 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 behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen

- Berufsausbildung,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- individuelle betriebliche Qualifizierungen (unterstützte Beschäftigung),
- Maßnahmen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX
- und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Voraussetzungen der Unfallversicherung

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an berufliche Reha-Leistungen beträgt das **Übergangsgeld 67 % bzw. 60 %** der Berechnungsgrundlage.

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden u.a. **angerechnet**:

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

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

Sozialversicherungsbeiträge

Empfänger von Übergangsgeld sind sozialversicherungspflichtig. Die Beiträge zu Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung zahlt der Träger, der das Übergangsgeld zahlt.

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur medizinischen bzw. beruflichen Reha.
- während einer beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht: sog. Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.
- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

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

an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

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

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Maßnahme teil oder ist als Begleitperson bei einem epileptischen Kind bei Reha-Maßnahmen dabei, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die in dieser Zeit die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder **unter 12 Jahren** oder Kinder mit einer **Behinderung** zu versorgen sind.

Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden. Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Haushaltshilfe“*.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder **unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Wer hilft weiter?

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

Soziale Reha

Auch Patienten mit einer Epilepsie-Erkrankung können von Einschränkungen im sozialen Leben betroffen sein. Leistungen zur sozialen Teilhabe (früher Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) ist der sozialrechtliche Ausdruck für die soziale Rehabilitation, einem Teilbereich der Rehabilitation. Für die Finanzierung der Leistungen können verschiedene Träger zuständig sein.

Ziel der Leistungen zur sozialen Teilhabe ist, Menschen mit Behinderungen eine **gleichberechtigte Teilhabe** am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Diese sollen so selbstbestimmt und eigenverantwortlich wie möglich in einer eigenen Wohnung und ihrem Sozialraum leben können. Sozialraum ist ein Begriff aus der sozialen Arbeit. Gemeint ist damit das Lebensumfeld eines Menschen. Es sind die Orte, an denen ein Mensch z.B. die Freizeit verbringt, sich mit anderen trifft, arbeitet, einkaufen geht oder Behördenangelegenheiten erledigt.

Voraussetzungen der Leistungen zur sozialen Teilhabe

Die Leistungen ergänzen andere Leistungen wie die berufliche (siehe S. 54) oder medizinische Rehabilitation (siehe S. 43) und die Leistungen zur Teilhabe an Bildung oder werden gewährt, wenn andere Hilfen nicht in Betracht kommen.

Voraussetzungen:

- Durch andere Leistungen ist der Unterstützungsbedarf noch nicht gedeckt.
- Die Ziele der sozialen Teilhabe können mit Hilfe der Leistungen erreicht werden.

Die weiteren Voraussetzungen unterscheiden sich, abhängig davon, welcher Träger zuständig ist.

- In der Unfallversicherung muss ein sog. Versicherungsfall, also ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, den Bedarf an Leistungen zur sozialen Teilhabe verursacht haben. Auf die Leistungen besteht ein Rechtsanspruch, unabhängig von der Art der Behinderung.
- In der Jugendhilfe muss eine Abweichung des seelischen Gesundheitszustands eine Teilhabebeeinträchtigung verursacht haben oder diese muss drohen.
- Ist es der Träger der Eingliederungshilfe, so gilt: Ein Rechtsanspruch auf die Leistungen zur sozialen Teilhabe besteht bei einer sog. wesentlichen Behinderung, bei anderen Behinderungen ist es eine Ermessensleistung.

Leistungen

Die Leistungen zur Sozialen Reha umfassen unter anderem:

- **Leistungen für Wohnraum**, z.B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- **Assistenzleistungen**, z.B. Elternassistenz, Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- **Heilpädagogische Leistungen** für noch nicht eingeschulte Kinder
- **Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie**, z.B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- **Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten**, z.B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Verbesserung der Kommunikation, Blindenschriftlehrgänge
- **Leistungen zur Förderung der Verständigung**, z.B. Dolmetscher für Menschen mit Hörbehinderungen

- **Leistungen zur Mobilität**, z.B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- **Hilfsmittel**, z.B. Sturzmelder

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist nicht gesetzlich geregelt. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall im Teilhabeplanverfahren bzw. Gesamtplanverfahren bestimmt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“.

Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen

Wenn ein oder beide Elternteile durch Behinderungen beeinträchtigt sind, kann es hilfreich sein, wenn die Familie unterstützt wird. Diese Hilfe kann durch eine sog. Elternassistenz erfolgen. Durch das BTHG haben Eltern mit Behinderungen einen rechtlichen Anspruch auf diese Assistenzleistung.

Die Elternassistenz hat nicht die Aufgabe, die Elternrolle zu übernehmen. Es geht ausschließlich darum, die behinderungsbedingten Einschränkungen auszugleichen. Eine Elternassistenz kann in folgenden Bereichen unterstützen:

- Pflege, Versorgung, Erziehung
- Hilfe im Haushalt, z.B. Putzen, Aufräumen, Kochen
- Begleitung außerhalb der Wohnung, z.B. beim Kinderarzt, in der Spielgruppe, beim Einkaufen
- Kinderbetreuung, während Vater/Mutter mit Behinderungen in Therapie ist
- Assistenz, um eine altersgerechte Entwicklung des Kindes zu ermöglichen, z.B. Fahrradfahren lernen



Praxistipp!

Menschen mit Behinderungen, die ein Ehrenamt ausüben, haben die Möglichkeit sich angemessene Ausgaben für die nötige Unterstützung dafür erstatten zu lassen, wenn sie keine zumutbare unentgeltliche Hilfe bekommen können. Möglichst soll die Hilfe von Menschen aus der Familie, dem Freundeskreis, von Menschen, zu denen eine persönliche Beziehung besteht oder der Nachbarschaft kommen.



Wer hilft weiter?

Auskünfte geben die jeweiligen Träger (z.B. Jugendamt), die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Behinderungen, Telefon: 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr.

Behinderung

Epileptische Anfälle werden nach Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung unterschieden. Je nach Ausmaß der Erkrankung kann der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhalten. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

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

Zentrale Definition „Menschen mit Behinderungen“

Die zentrale sozialrechtliche Definition steht in § 2 Abs. 1 SGB IX:

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

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB, siehe S. 63) ab 50.

Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 64).

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Agentur für Arbeit auf Antrag eine Gleichstellung bewilligen. Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können.

Gleichgestellten steht, wie schwerbehinderten Menschen auch, ein besonderer Kündigungsschutz zu. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und keinen Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr. Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam.

Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Grad der Behinderung

Der GdB beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

GdB und GdS (Grad der Schädigungsfolgen) 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. Der GdS bezieht sich lediglich auf die Schädigungsfolgen einer Beeinträchtigung und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

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. Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen; die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Anhaltswerte für epileptische Anfälle:

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

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

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

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhabe.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die **am besten** über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig). Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichen. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

- Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Nachteilsausgleiche

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

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

Merkzeichen „G“

Bei hirnorganischen Anfällen sind die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis gegeben, wenn es durch die Art und Häufigkeit der Anfälle zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr kommt. Davon kann man ausgehen, wenn es sich um hirnorganische Anfälle ab einer mittleren Anfallshäufigkeit mit einem GdB von mindestens 70 handelt (siehe Tabelle S. 63) und diese überwiegend tagsüber auftreten.

Merkzeichen „B“

Wenn ein Patient mit Epilepsie das Merkzeichen „G“ bewilligt bekommen hat, kann er auch das Merkzeichen „B“ beantragen, wenn er durch die Epilepsie bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist. Das Merkzeichen B berechtigt den Betroffenen eine Begleitperson im öffentlichen Nahverkehr kostenfrei mitzunehmen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 22191100-6, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** gestellt werden. Erhält der Epilepsie-Patient eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 69).

Erwerbsminderungsrente

Wenn die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung so groß sind, dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, ist es möglich Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist die Unfallversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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



Praxistipp!

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z.B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Medizinische Voraussetzungen

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

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden** täglich unter den üblichen Bedin-

gungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

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

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem** Arbeitsmarkt gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Voraussetzungen bei Menschen mit Behinderungen

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und** wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

Berufsschutz

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

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

Mit Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente wird die Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente umgewandelt.

Höhe

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

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Selbstständigkeit

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

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst den jährlichen Freibetrag nicht übersteigt. Normalerweise beträgt er 6.300 €, wegen der Corona-Pandemie bis Ende 2022 46.060 €. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.



Praxistipps!

- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt

lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

- Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten erwerbsunfähige Personen einen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG).
- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten und Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
- Keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt.
- Keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Höhe

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

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 449 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft jeweils 404 €.
- Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahren im Haushalt der Eltern jeweils 360 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 376 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 285 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Höhe ab S. 69).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

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

Erhält ein Mensch mit Behinderungen neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung. Ausführliche Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.

Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfänger, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann durch die 2021 neu eingeführte Grundrente einen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Grundrente muss nicht beantragt werden, die Rentenversicherung prüft durch Datenabgleich mit den Finanzbehörden die Anspruchsberechtigung.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Epilepsievereinigung e.V.

Zillestr. 102, 10585 Berlin
Telefon: 030 34244-14 (Mo/Di/Do/Fr 10–12 Uhr, Mi 14–16 Uhr)
Beratungstelefon: 030 34703590 (Di 12–17 Uhr, Mi 10–13 Uhr)
Fax: 030 34244-66
E-Mail: info@epilepsie-vereinigung.de
www.epilepsie-vereinigung.de

Dt. Gesellschaft für Epileptologie e.V.

Reinhardtstr. 27 c, 10117 Berlin
Telefon: 030 23132301 (Mo–Fr 9–12 Uhr)
Fax: 0700 131413-99
E-Mail: office@dgfe.info
www.izepilepsie.de

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

Am Eickhof 23, 42111 Wuppertal
Telefon: 0202 298846-5
E-Mail: kontakt@epilepsie-elternverband.de
www.epilepsie-elternverband.de

Gesellschaft für Epilepsieforschung e.V.

Maraweg 21, 33617 Bielefeld
Telefon: 0521 7727801-1
Fax: 0521 7727801-3
www.epilepsieforschung.de

Stiftung Michael

Alsstr. 12, 53227 Bonn
Telefon: 0228 9455454-0
Fax: 0228 9455454-2
E-Mail: post@stiftung-michael.de
www.stiftung-michael.de

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

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 31006-0
Fax: 0211 31006-48
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Janina Del Giudice, Luisa Milazzo, Simone Kreuzer, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© shidlovski – stock.adobe.com – ID 145940121

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

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.

12. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2022