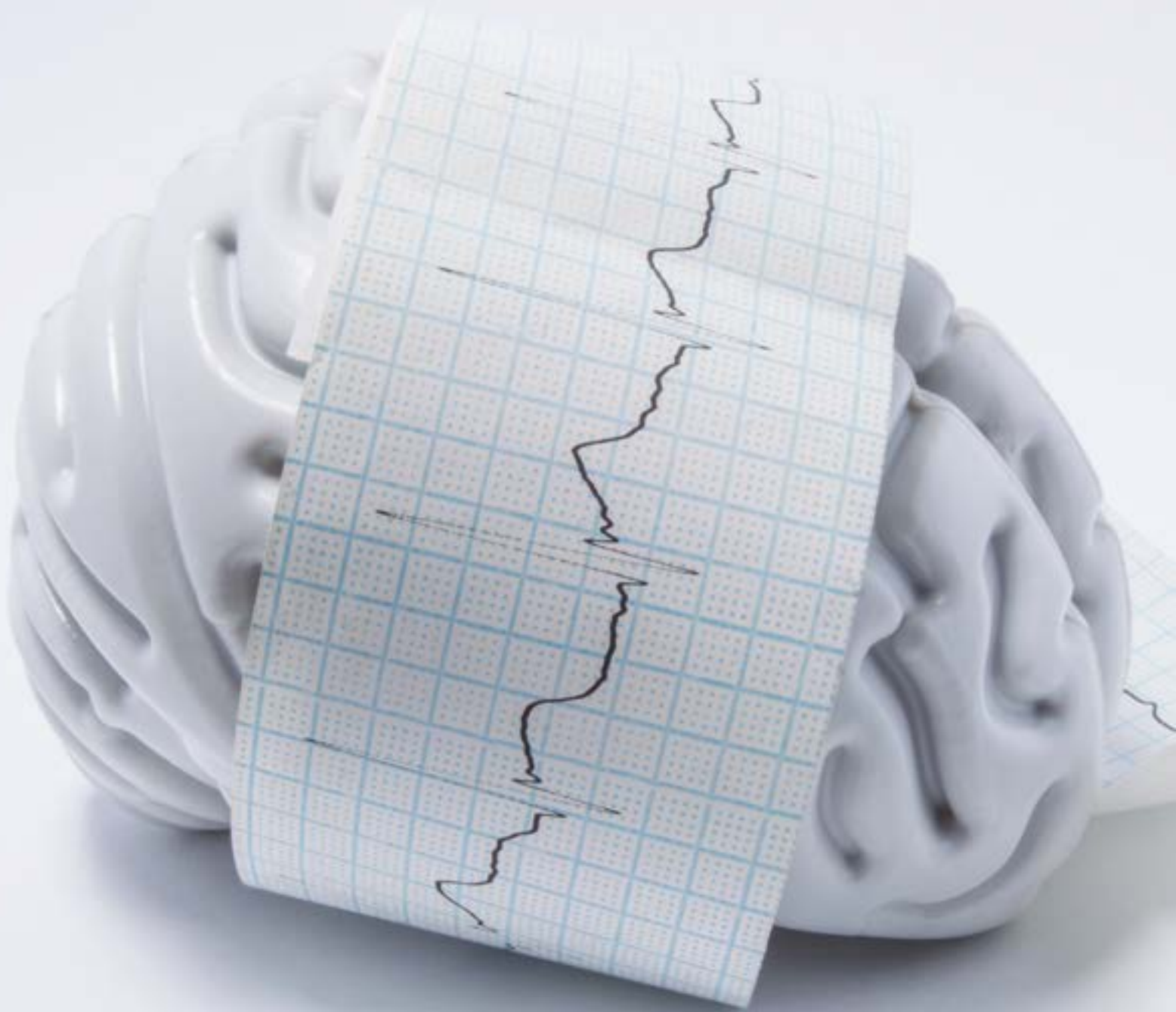


# Epilepsie

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



# Vorwort

Nach Angaben der Deutschen Epilepsievereinigung befinden sich in Deutschland ca. 500.000 Menschen wegen einer Epilepsie in ärztlicher Behandlung. Eine Epilepsie ist eine chronische Erkrankung, die auf einer Störung im Gehirn beruht und durch unkontrollierte Nervenimpulse epileptische Anfälle auslöst.

Die Krankheit klassifiziert sich in unterschiedliche Formen und kann sich je nach Alter und Lebensumständen auch sehr verschieden auswirken. Das kann bereits in Kindheit und Jugend beginnen, Schule und Berufswahl beeinflussen und über die Jahre immer wieder zu finanziellen, krankensicherungs- und rentenrechtlichen Fragen führen.

Speziell hier möchte dieser Ratgeber helfen, indem er das komplizierte Sozialrecht für Betroffene verständlich erklärt. Die Themenauswahl richtet sich danach, welche Fragen erfahrungsgemäß bei Epilepsie aufkommen können und welche sozialversicherungsrechtlichen Leistungen häufig von Bedeutung sind.

Aus medizinisch-therapeutischer Sicht gibt dieser Ratgeber nur einen kurzen Überblick – im Kern informiert er zu sozialrechtlichen und psychosozialen Themen. Das Wissen über die sozialen Auswirkungen der Erkrankung und über Möglichkeiten sein Leben mit Epilepsie zu gestalten, kann dabei helfen, Sicherheit und Orientierung zu gewinnen.

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Epilepsie</b>	<b>5</b>
Anfallsformen von Epilepsie	5
Ursachen und Risikofaktoren	6
Erste Hilfe	7
Hilfsmittel bei Anfällen	8
<b>Behandlung</b>	<b>10</b>
<b>Leben mit Epilepsie</b>	<b>13</b>
Familienplanung	14
Epilepsie bei Kindern	16
Autofahren	17
Urlaub	19
Sport	20
Beruf	21
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>23</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	23
Krankengeld	25
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	30
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>32</b>
Zuzahlungsregelungen	32
Zuzahlungsbefreiung	34
Sonderregelung für chronisch Kranke	36
<b>Behinderung</b>	<b>38</b>
Definition	38
Grad der Behinderung	39
Schwerbehindertenausweis	40
Nachteilsausgleiche	41
<b>Rehabilitation</b>	<b>43</b>
Überblick über Reha-Leistungen	43
Medizinische Rehabilitation	45
Berufliche Reha	54
Soziale Reha	57
Ergänzende Reha-Leistungen	58
Teilhabe an Bildung	62
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>64</b>
Erwerbsminderungsrente	64
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	66
Hilfe zum Lebensunterhalt	68

**Adressen** \_\_\_\_\_ **70**

**Impressum** \_\_\_\_\_ **72**

# Epilepsie

An einer Epilepsie erkrankt zu sein bedeutet an vorübergehenden Funktionsstörungen des Gehirns mit anfallsartig auftretenden Muskelkrämpfen und Bewusstseinsstörungen zu leiden. Umgangssprachlich wird sie als „Fallsucht“ oder „Krampfleiden“ bezeichnet und entsteht durch plötzliche elektrische Entladungen von Nervenzellen, die Auswirkungen auf einzelne Hirnregionen oder das gesamte Gehirn haben.

Der erste Krampfanfall muss nicht gleichbedeutend sein mit Epilepsie. Besonders Auslöser wie 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 aufweist. 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.

## Anfallsformen von Epilepsie

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 variieren zwischen einem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust, dem leichten Zucken einer Extremität, bis hin zu einem unkontrollierten Krampfanfall.

### 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 sehr häufig bei **Kindern** und **Jugendlichen** vor. Es existiert jedoch im Kinder- und Jugendalter eine große Spannweite 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 entwickelt und dass 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 verzerrter Wahrnehmung (z.B. sensorische Halluzinationen) sowie psychischen Symptomen (z.B. Angst, Depression) oder unangenehmen körperlichen Gefühlen einhergeht.

### Status epilepticus

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

## Ursachen 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**. Es bestehen keine Hinweise auf die Ursache.

### Strukturell (symptomatisch)

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

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

## Ungeklärte Ursache (kryptogen)

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

## 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 unter den Kopf legen; falls nicht vorhanden, reicht auch die eigene Hand aus.
- Alle Gegenstände, die den Betroffenen während des Anfalls verletzen könnten, entfernen. Da es während des Anfalls zu heftigen Zuckungen und Verkrampfungen kommen kann, alle scharfkantigen Gegenstände außer Reichweite bringen.
- Enge Kleidungsstücke, insbesondere am Hals, möglichst lockern.

### Während des Anfalls

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

### Erster Arztbesuch

Gerade bei einem ersten Epilepsieanfall stehen dem behandelnden Arzt 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 Magnetresonanztomogra-

phie (MRT, besonders bei Kindern), aber es kann ratsam sein, das **Gesicht** des Betroffenen, während des Anfalls, zu **fotografieren** oder mit einem Smartphone aufzuzeichnen. Besonders die Augen des Betroffenen liefern wichtige Hinweise: Sind die Augen zu Beginn eines Anfall 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 verschieden Hilfsmittel zur Verfügung.

### Signalgeräte

Signalgeräte können vor allem 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, beim Partner oder 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 – als wichtige Information für den behandelnden Arzt.

Signalgeräte für epileptische Anfälle können vom Arzt verordnet werden und werden von der gesetzlichen Krankenversicherung als Hilfsmittel übernommen. Im Hilfsmittelkatalog haben sie die Pos.-Nr. 21.46.01. und laufen unter „Geräte mit Bettsensor“. Der Versicherte leistet eine Zuzahlung, siehe S. 32.

### Sturzmelder

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

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

Voraussetzung dafür ist, dass der Patient über ein Hausnotrufgerät verfügt, um einen Alarm an eine Notrufzentrale oder Angehörige absetzen zu können. Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Liegt eine Pflegeeinstufung vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), einen Zuschuss für die Anschlussgebühr in der Regel in Höhe von maximal 10,49 € und maximal 18,36 € für die monatlichen Gebühren. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

### Epilepsiehunde

Manche Hunde können Anfälle von Familienangehörigen vorher spüren. Als Epilepsiehunde werden sie darauf trainiert, ihre Patienten dann zu warnen oder bei einem Anfall zu helfen, z.B. einen Alarm auszulösen, andere Menschen auf die Notsituation aufmerksam zu machen oder gefährliche Gegenstände aus der Reichweite des Patienten zu entfernen.



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 zum Beispiel vor Verletzungen zu schützen. Die Warnung erfolgt in der Regel durch Anstupsen oder Pfote auflegen.
- **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.

Im Gegensatz zu anderen Führ- oder Servicehunden wachsen künftige Epilepsiehunde meist bei ihrem 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.

#### **Praxistipps!**

- Krankenkassen übernehmen die Kosten für Epilepsiehunde in der Regel nicht.
- Umfangreiche Informationen und Kontakte zu Assistenzhundtrainern bietet das Assistenzhund-Zentrum, für Epilepsie unter [www.assistenzhunde-zentrum.de](http://www.assistenzhunde-zentrum.de) > *Assistenzhunde* > *Epilepsiewarnhund*.

# Behandlung

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

Mögliche Behandlungsverfahren sind:

- Medikamentöse Behandlung
- Operationen
- Komplementäre Verfahren
- Psychoedukation

Die nachfolgenden Informationen geben nur einen kurzen Einblick, der das Verständnis für die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten erhöhen soll. Sie können keinesfalls die ärztliche Diagnose und Therapieentscheidungen ersetzen.

## Medikamentöse Behandlung

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

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

Wenn über mehrere Jahre keine Anfälle auftreten, wird – immer in Absprache mit dem Arzt – versucht, die Medikamente nach und nach abzusetzen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die epileptischen Anfälle, je nach Ursache, nach einigen Monaten oder Jahren zurückkehren. Bei bleibenden Hirnschäden ist eine lebenslange Medikamenteneinnahme wahrscheinlich.



### Praxistipps!

- Antiepileptika/Antikonvulsiva sollten regelmäßig eingenommen und nur in Absprache mit dem Arzt wieder abgesetzt werden!
- Erwachsene Patienten müssen für viele Medikamente zuzahlen. Details, auch zur Zuzahlungsbe-freiung, siehe S. 34.

## Operationen

Wenn alle konservativen Behandlungsansätze auch nach wiederholten Versuchen versagen und der Patient weiterhin epileptische Anfälle hat, die seine Lebensqualität deutlich einschränken, kann man über eine Operation (Epilepsiechirurgie) nachdenken. Die Entscheidung zu einer Operation ist sehr komplex und sollte in **enger Absprache** zwischen Patient, ggf. den Eltern (bei Kindern und Jugendlichen) und den behandelnden Ärzten gefällt werden.

Abhängig von der betroffenen Hirnregion sind folgende Operationsmethoden möglich:

- **Resektive Verfahren**  
Die betroffenen Hirnabschnitte werden komplett entfernt. Dies ist nur möglich, wenn der Anfallsort genau bestimmt werden kann, ohne dabei wichtige Funktionen zu beeinträchtigen. In vielen Fällen führt dieses Verfahren zur Anfallsfreiheit.
- **Nicht-resektive Verfahren**  
Bestimmte Hirnverbindungen werden durchtrennt, um einen Anfall im Gehirn zu unterbrechen. Diese nicht strukturentfernenden Verfahren können zwar keine Heilung, jedoch eine Verringerung der auftretenden Anfälle bewirken (palliatives Verfahren).
- **Vagusnerv-Stimulation**  
Bei einer Operation wird eine Elektrode in Höhe des Schlüsselbeins eingesetzt und an den Vagusnerv angelegt. Die Elektrode gibt regelmäßige Stromimpulse an den Nerv (ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher). Dieses Verfahren kann die Anfallshäufigkeit bei einem Patienten reduzieren. Die Impulsstärke und -häufigkeit kann von außen mit einem Sender reguliert werden. Manche Patienten, die einen kommenden Anfall spüren, können diesen unter Umständen auch noch unterbrechen.
- **Tiefe Hirnstimulation**  
Neueres Verfahren, bei dem Elektroden ins Gehirn implantiert werden, um bestimmte Bereiche elektrisch zu stimulieren. Dadurch kann eine Verminderung der Anfallsaktivität erzielt werden.

### Praxistipp!

Eine Operation sollte nur von zertifizierten Epilepsiechirurgischen Zentren durchgeführt werden!

## Komplementäre Verfahren

Verschiedene weitere Behandlungsansätze wie Ernährungsumstellung, Homöopathie, Akupunktur oder Lichttherapie können die Epilepsie-Therapie ergänzen, aber nicht ersetzen. Die Effekte der Methoden sind umstritten, weswegen sie von Experten **nicht oder nur eingeschränkt empfohlen** werden. Wenn ein Betroffener sich dafür entscheidet, sollte dies immer mit dem behandelnden Facharzt abgestimmt werden.

Nachfolgend werden weitere ergänzende Behandlungsformen beschrieben:

- **Ketogene Diät**  
Die ketogene Diät ist eine Ernährung mit wenig Kohlenhydraten und viel Fett. Sie kann bei manchen **Kindern** helfen, die auf andere Behandlungsversuche nicht ansprechen und bei denen eine Operation nicht möglich ist. Eine ketogene Diät ist komplex und aufwendig und muss in enger Absprache mit Arzt und Diätassistent individuell berechnet, eingeführt, kontrolliert und durchgeführt werden.
- **Biofeedback**  
Die EEG-Biofeedback-Methode zielt darauf ab, dass Patienten ihre **Hirnströme sichtbar gemacht**

werden und dass sie erlernen, diese willentlich zu beeinflussen. Das Erlernen der Methode ist komplex und gelingt nur etwa der Hälfte der Patienten.

- **Anfallsselbstkontrolle**

Da ein Anfall häufig erst durch ein Zusammentreffen verschiedener Faktoren, z.B. bestimmten Schlafgewohnheiten oder Stress, ausgelöst wird, kann eine sorgfältige Beobachtung und Dokumentation dazu beitragen, Anfälle zu vermeiden. Dadurch kann herausgefunden werden, ob Anfälle besonders häufig in Entspannungsphasen oder in Anspannungsphasen und Stresssituationen auftreten oder ob sie sich kurze Zeit vorher durch eine Aura ankündigen.

- **Psychotherapie**

Epileptische Anfälle gehen häufig einher mit **Depressionen** oder **Angststörungen**. In der Regel sind diese Belastungen psychotherapeutisch gut behandelbar. Seit dem 1.4.17 sind die Psychotherapeuten verpflichtet wöchentlich eine Sprechstunde anzubieten, um einen möglichen Therapiebeginn zu besprechen. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) schlagen einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vor. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Einen Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle kann unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Themen > Krankenversicherung > Terminservicestellen gefunden werden.

### **Psychoedukation (Patientenschulungen)**

Patientenschulungen 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 Epilepsiezentrum) oder außerhalb einer Klinik stattfinden. Stationär entstehen dem Patienten keine Kosten, im ambulanten Bereich werden die Kosten in vielen Fällen von der Krankenkasse übernommen.

Manchen Betroffenen helfen auch Unterstützung und Austausch in einer Selbsthilfegruppe. Adressen siehe S. 70.

### **Praxistipps!**

- 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](http://www.dgfe.info) > *Informationspool Epilepsie* > *Adressen & Links* > *Epilepsie-Zentren*.
- Die Klinik für Epileptologie der Universität Bonn bietet Patientenbroschüren zur Erkrankung unter <http://epileptologie-bonn.de> > *Patienten* > *Patientenbroschüren* an.

# Leben mit Epilepsie

Der Umgang mit der Erkrankung und die Auswirkungen auf den Alltag des Betroffenen hängen stark von der Art, Häufigkeit und Schwere der Anfälle ab. Die Auswirkungen im Leben des Patienten sind dadurch sehr individuell und können u.a. Einfluss auf Familienplanung, Urlaub, Sport, Autofahren und die Berufswahl haben.

## Vorsichtsmaßnahmen im Alltag

- Die häufigsten Todesfälle bei Epilepsie geschehen durch ertrinken. Daher wird Betroffenen geraten nur unter Aufsicht zu baden oder zur eigenen Sicherheit im Stehen zu duschen.
- Nicht Rauchen, da bei einem Anfall Brandgefahr besteht.
- Wegen Sturzgefahr beim Schlafen ein niedriges Bettgestell wählen.
- Scharfe Kanten und Gegenstände in der Wohnen 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, starke Belastungen und individuelle Auslösefaktoren achten.
- Einen **Anfallskalender** verwenden, um auf zukünftige Anfälle auch unterwegs besser vorbereitet zu sein. Unter [www.epilepsie-gut-behandeln.de](http://www.epilepsie-gut-behandeln.de) findet man die „Epilepsie-Manager App“ zum kostenlosen Herunterladen für das Smartphone.

## **Praxistipp!**

Epilepsie-Ambulanzen sind regionale Spezialeinrichtungen, die folgende Angebote umfassen:

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

Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie bietet eine Übersicht aller Epilepsie-Ambulanzen sowie die Definition mit den Voraussetzungen zur Epilepsie-Ambulanz unter [www.dgfe.info](http://www.dgfe.info) > *Informationspool Epilepsie* > *Adressen & Links* > *Ambulanzen*.

## Familienplanung

Antiepileptika können die Wirkung einer Antibaby-Pille 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. Dies sollte man mit den behandelnden Ärzten besprechen und ggf. nach Alternativen suchen.

### Kinderwunsch

Kinder von epilepsiekranken Eltern haben ein etwas höheres Risiko von 3-5 %, an Epilepsie zu erkranken, als Kinder gesunder Eltern (Risiko: 1 %). 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.

Um potentielle Risiken zu vermeiden, sollten eine epilepsiekranke Frau und ihr Partner bei Kinderwunsch unbedingt ausführlich mit dem behandelnden Neurologen und Gynäkologen sprechen. Eine Schwangerschaft sollte in diesem Fall möglichst geplant werden. Unbegründet ist die Befürchtung, dass die eingenommenen Antiepileptika von epilepsiekranken Männern zu einer Fehlbildung bei ihrem Kind führen können.

### Schwangerschaft

#### Fehlbildungen

Zur Vorbeugung von Fehlbildungen sollten Frauen, in Absprache mit dem Gynäkologen, ausreichend Folsäure zu sich nehmen und Vorsorgeuntersuchungen inkl. Ultraschalldiagnostik wahrnehmen. Fehlbildungen kommen bei Epilepsie-Patienten 2-4 Mal häufiger vor als bei gesunden Frauen.

#### Fruchtbarkeit bei Frauen

Antiepileptische Medikamente und die Krankheit selbst können bei Frauen **fruchtschädigende Wirkungen** haben. Sie leiden häufig unter Menstruationsstörungen, z.B. Zwischenblutungen und dem Ausbleiben der Regelblutung.

Um Anfällen vorzubeugen ist idealerweise die Patientin schon vor der Schwangerschaft optimal eingestellt. **Gefährlich** für die werdende Mutter wird es erst, wenn ohne ärztliche Rücksprache die Medikation gesenkt und die Medikamente abrupt abgesetzt werden. Dies fördert Anfallserien und kann bei Stürzen die Mutter und das Ungeborene verletzen. Um das Anfallsrisiko im Blick zu haben empfiehlt es sich regelmäßige Blutuntersuchungen beim zuständigen Arzt durchführen zu lassen.

#### Fruchtbarkeit bei Männern

Männer die an Epilepsie erkrankt sind leiden, aufgrund der Medikamenteneinnahme und Begleiterkrankungen wie Depressionen und Angststörungen (siehe S. 12), häufig unter **sexuellen Problemen**,

z.B.:

- Verlust des sexuellen Interesses (Libidoverlust)
- Orgasmusstörungen
- Erektionsstörungen
- Verminderte Fruchtbarkeit

## Geburt

In der Regel verläuft die Entbindung einer Mutter mit Epilepsie nicht schwieriger als bei anderen Müttern auch. Mit einem Kaiserschnitt wird normalerweise nur entbunden, wenn die Mutter vor und während der Geburt sehr häufig Anfälle hat.

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

## Stillen

Wenn eine Frau stillen möchte, ist das in der Regel problemlos. 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.

Wenn eine Frau nicht stillt, ist zu klären, ob das Baby im Mutterleib bereits Medikamente aufgenommen hat und deshalb daran gewöhnt ist. Dann ist ggf. eine Entwöhnung notwendig: durch schrittweise Umstellung von Muttermilch auf Fertigmilch.

## Wochenbett

Bei einigen Epilepsieformen löst **Schlafentzug** Anfälle aus. Wenn Mutter oder Vater an einer solchen Epilepsieform leiden, sollten sie sehr auf ihre Nachtruhe achten. Die nächtliche Betreuung 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 oder nur in einer speziellen Babybadewanne, in der es nicht ertrinken kann.
- Das Baby auf dem Boden wickeln.
- Ein Tragetuch verwenden, aus dem das Baby nicht herausfallen kann.

## **Praxistipp!**

Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. hat zahlreiche Informationen zum Thema Familienplanung unter [www.eurap.de](http://www.eurap.de) > EURAP > Informationen zur Schwangerschaft veröffentlicht.

## Epilepsie bei Kindern

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

### Aufklärung und Beobachtung der Erkrankung

Auffälligkeiten oder Anfälle treten oft zum ersten Mal in Kindergarten oder Schule auf. Es ist deshalb wichtig, dass Erzieher/Lehrer die Kinder beobachten und ihre Beobachtungen den Eltern mitteilen. Solche Details helfen bei der Diagnosestellung und Therapie und sollten deshalb unbedingt dem Facharzt weitergegeben werden.

Wenn bereits die Gefahr von Anfällen besteht, sollten die Eltern die Erzieher bzw. Lehrer unbedingt davon unterrichten, damit diese wissen, wie sie bei einem Anfall richtig reagieren. Das Wissen über die Krankheit und das richtige Verhalten bei einem Anfall kann Panik und Hilflosigkeit vermeiden.

Auch die anderen Kinder in der Gruppe bzw. Klasse sollten über die Erkrankung aufgeklärt werden. Denn das wichtigste Ziel ist, Ablehnung und Ausgrenzung des anfallskranken Kindes zu vermeiden. Das ist nicht immer einfach, denn die Anfälle treten plötzlich auf, sie können bei Kindern Irritationen hervorrufen und auch viele Erwachsene haben Mühe im vorurteilsfreien Umgang mit Epilepsie.

Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieher/Lehrer ist auch bei anfallsfreien Kindern wichtig, um mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten oder anderen Behandlungsmaßnahmen gemeinsam zu beobachten.

### 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. Im Sinne einer Integration und altersgemäßen Entwicklung des Kindes sollte man mit den jeweiligen Verantwortlichen gemeinsam nach sicheren und für alle Beteiligten akzeptierbaren Lösungen suchen. Selbsthilfegruppen und Epilepsieberater können mit Erfahrungen und Formularen helfen, aber auch die zuständigen Ministerien oder Fachbehörden der Kindergärten/Schulen halten zum Teil Informationen und Empfehlungen bereit.

### Schulsport

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

Anders ist es jedoch bei häufigen Anfällen, die nicht einschätzbar sind, doch auch hier ist ein generelles Sportverbot nicht sinnvoll. **Grundsätzlich gilt:** Nicht alleine ins Wasser und keine absturzgefährdeten Sportarten wie Klettern oder Schwebelassen ausüben. Hier sollte der Rat des Facharztes eingeholt werden.





## Praxistipps!

- Einen Vordruck für ein Informationsblatt für Betreuer bietet der Arzt Dr. med. Helmut Volkers unter [www.anfallskind.de/Anfbetrmb1.htm](http://www.anfallskind.de/Anfbetrmb1.htm).
- Informationen für Lehrer bietet die Seite [www.epilepsie-lehrerpaket.de](http://www.epilepsie-lehrerpaket.de).

## Autofahren

Epilepsien zeichnen sich durch das plötzliche Auftreten von Anfällen mit unterschiedlicher Beeinträchtigung des Bewusstseins aus. Deshalb beeinträchtigen Epilepsien die Fahrtüchtigkeit und es besteht eine Gefährdung des Patienten und anderer Verkehrsteilnehmer.

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

### Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung

Die Begutachtungsleitlinien sind eine Zusammenstellung eignungsausschließender oder -einschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel und sollen die Begutachtung der Kraftfahreignung im Einzelfall erleichtern. Sie dienen als Nachschlagewerk für Gutachter sowie für Fahrerlaubnisbewerber oder -inhaber in Bezug auf ihre Kraftfahreignung.

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in zwei Gruppen unterteilt:

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

### Fahrerlaubnis bei Gruppe 1

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

Ausnahmen:

- Die fachneurologische Abklärung hat 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 ein Jahr.
- Bei Beendigung einer Therapie mit Antiepileptika ist für die Dauer der Reduzierung und des **Absetzens des letzten Arzneimittels** sowie für die ersten 3 Monate keine Kraftfahreignung gegeben. Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich, z.B. bei insgesamt wenigen Anfällen, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rückfallrisiko, erfolgreicher epilepsiechirurgischer Behandlung.

## Fahrerlaubnis bei Gruppe 2

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

Ausnahmen:

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



### Praxistipp!

Der Download der „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter [www.bast.de](http://www.bast.de) > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsgleitlinien zur Kraftfahreignung* > *zum Download*.



### 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](http://www.bnv.de) oder beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Verkehrspsychologie, unter [www.bdp-verkehr.de](http://www.bdp-verkehr.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.**

### Reisehinweise für Epilepsie-Patienten

Patienten mit Epilepsie sollten für ihre Urlaubsplanung folgende Hinweise beachten:

- Je nach Epilepsieform können Stress, ungewohnte Belastungen, zu wenig Schlaf (z.B. durch nächtliche Autofahrten), Alkohol, 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**. Das gilt auch für Kinder.
- Wichtig ist, **ausreichend Medikamente** in den Urlaub mitzunehmen. Bei Flügen und Ausflügen ist es ratsam, reichlich Medikamente im Handgepäck mitzuführen, falls das Gepäck verloren geht oder sonstige Verzögerungen eintreten.
- Haben Patienten viele Anfälle und ist auch während einer langen Flugreise damit zu rechnen, sollte im Vorfeld der Reise und des Flugs mit dem behandelnden Arzt über eine **höhere Dosierung der Medikamente** gesprochen werden. Dabei sollte auch abgeklärt werden, wie die Medikamenteneinnahme an eine mögliche Zeitverschiebung angepasst wird.
- **Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe** müssen unbedingt rechtzeitig mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, da manche das Anfallsrisiko erhöhen können, andere die Wirksamkeit der Epilepsiemedikamente senken.
- 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 Epileptiker 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
- Medikamentenunverträglichkeiten

### Praxistipp!

Nähere Informationen zum Internationalen Epilepsienotfallausweis finden Sie unter [www.epilepsie-online.de](http://www.epilepsie-online.de) > Mitmachen > Der Internationale Epilepsie Notfallausweis (IENA).

## Sport

**Sport ist gesund – auch für Epilepsie-Patienten. Sie können wie alle Menschen von den positiven Effekten profitieren. Meiden sollten sie Sportarten, die im Falle eines Anfalls zu Unfällen führen können, also schnelle Sportarten, Sportarten mit Absturzgefahr und Sport im Wasser. Schutzmaßnahmen wie Helme oder Schwimmwesten sind unbedingt zu empfehlen.**

### Allgemeines

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

Grundsätzlich sollte ein Mensch, der zu Anfällen neigt, 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 er selbst durch einen Anfall andere nicht gefährdet.

### Ungeeignete Sportarten

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

- **Nicht zu schnell!**  
Rennsportarten wie Fahrrad- oder Autorennen sind riskant und sollten vermieden werden. Dagegen kann ein Anfallskranker kontrolliert Fahrrad- und Skifahren, sollte aber unbedingt einen Helm tragen.
- **Nicht zu hoch!**  
Sportarten in großer Höhe mit Absturzgefahr, z.B. Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Klettern, Sportfliegen. Auch beim Reiten kann ein Sturz sehr gefährlich werden. In jedem Fall ist wie bei gesunden Reitern auch das Tragen eines Schutzhelms notwendig.
- **Nicht ins Wasser!**  
Bedenklich ist Wassersport (Schwimmen, Surfen, Tauchen), da ein Anfall im Wasser lebensgefährlich sein kann, wenn nicht neben dem Epilepsiekranken eine Begleitperson schwimmt, die ihn im Ernstfall vor dem Ertrinken retten kann. Beim Rudern oder Segeln ist eine Schwimmweste wichtig.

## Schutzmaßnahmen

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

## Beruf

Laut Statistik sind Menschen mit gut medikamentös eingestellter Epilepsie nicht häufiger krankgeschrieben als der Arbeitnehmerdurchschnitt und sind auch in ihrer Leistungsfähigkeit 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.

Hat ein Jugendlicher 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](http://www.bagbbw.de) > *Berufsbildungswerk (BBW)* finden.

## Eigengefährdung

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

## Fremdgefährdung

Fremdgefährdung ist z.B. gegeben bei anfallsbedingter Unterbrechung der Aufsicht von Minderjährigen bzw. Menschen mit geistig 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 Beschäftigungen in Verwaltungen.

Möglicherweise kann der 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 der Mitarbeiter zurückziehen kann, wenn er spürt, dass ein Anfall auftritt.
- Wechsel an einen Arbeitsplatz, an dem weiterhin die Erfahrungen und Qualifikationen des Arbeitnehmers genutzt werden können, an dem eine Eigen- oder Fremdgefährdung aber ausgeschlossen ist, z.B. Wechsel von der Montage zur telefonischen Service-Hotline.
- Interne und externe Weiterbildung und Wechsel zu einem anderen Aufgabenbereich.

### Gefährdungsrisiko

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

#### **Praxistipp!**

Der Betroffene muss seinem Arbeitgeber nur die Diagnose Epilepsie mitteilen, wenn bei einem epileptischen Anfall ein Risiko für eine Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen würde.

#### **Wer hilft weiter?**

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

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

### Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. eine grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder eine die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

### Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, bereits früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.

Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen.

### 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 Arbeitsunfähigkeit. Tritt diese während der Arbeit auf, beginnt die Entgeltfortzahlung ab dem nächsten Tag.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung **nicht**.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

### Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen
- Mutmaßliche Provisionen
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen

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



### **Praxistipps!**

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der „**Hilfe zum Lebensunterhalt**“ die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.



### **Wer hilft weiter?**

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



## Krankengeld

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

### Voraussetzungen

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

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld. Das Krankengeld wird dann in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

### Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 58)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

### Selbstständige

**Hauptberuflich Selbstständige**, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).

- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

### 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.

### **Praxistipp!**

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

### Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 103,25 € täglich.

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

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

### Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 103,25 € täglich betragen.

### 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.

## Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat 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 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €
Folglich: Der Patient erhält 47,48 € 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**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

## 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 (siehe S. 25), werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.

**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 Arbeitsentgelt (gilt nicht für ein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

### Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren 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. 64) 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 ausfällt als das Krankengeld. Wichtig ist, dass der Patient 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. 30).

### Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem 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. Das Krankengeld wird in diesem Fall nicht vom Versicherten zurückgefordert. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

### Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.



### Praxistipp!

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

### 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, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflicht**versicherter 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.



#### Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

## Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin regelmäßig Anfälle hat, sodass er immer noch arbeitsunfähig ist, 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 auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.

- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 64) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur Beruflichen bzw. Medizinischen Rehabilitation. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

### Dauer

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

### Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 58) 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.

### Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.



### **Praxistipps!**

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

# 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.

### Arznei- und Verbandmittel

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

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

### Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

### Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Massagen.

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

### Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, wie z.B. Sturzmelder oder Signalgeräte (siehe S. 8).

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

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



### Häusliche Krankenpflege

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

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

### Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 60).

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

### Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (siehe S. 48) werden angerechnet.

### Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

### Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt. Auch für Fahrten von **Kindern**.

**Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung (siehe S. 34) nicht berücksichtigt:**

### Zahnersatz

Zuzahlung wird auch für **Kinder** fällig. Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (Nachweis durch das Bonusheft)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (Nachweis durch das Bonusheft)

Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen.

### Kieferorthopädische Behandlung

Bei **Kindern**:

- 20 % der Kosten.
- Bei weiteren Kindern gleichzeitig: 10 %.

Die Zuzahlung wird **am Ende** der erfolgreichen Behandlung **erstattet**.

Bei **Erwachsenen**:

- 20 % der Kosten und nur wenn zusätzlich kiefer**chirurgische** Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll. Nach erfolgreicher Behandlung wird die Zuzahlung erstattet.

## Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

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.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen versichert, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

### Berechnung der Belastungsgrenze

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

**Ausnahme:** Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner
- Kinder bis zum 18. Geburtstag
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.481 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über 300 € bzw. beim doppelten Bezugszeitraum über 150 € liegt
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner. Nicht hierzu zählen Partner einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft.)
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Altersrente
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Kindergeld
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum)
- Landeserziehungsgeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

<b>Berechnungsbeispiel</b>
Ehepaar mit 2 Kindern:
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 193,26 €

Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehende Zuzahlungen.

### **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 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h.: Der jährliche Zahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

#### **Praxistipps!**

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein **Quittungsheft** an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zahlungsbefreiung ausgestellt.

### **Sonderregelung für chronisch Kranke**

Für chronisch kranke Menschen wie Epilepsie-Patienten, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

#### **Definition „schwerwiegend chronisch krank“**

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

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

#### **Voraussetzungen**

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die

bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). **Ausgenommen** von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte
  - mit schweren psychischen Erkrankungen
  - mit schweren geistigen Behinderungen
  - die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Die Krankenkassen sind verpflichtet ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

# Behinderung

Epileptische Anfälle werden nach Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung unterschieden. Das kann dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

## Definition

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

### 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. 39) 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. 40). Dieser kann neben dem GdB auch Merkzeichen enthalten, welche die Art der Behinderung genauer bezeichnen. Nach dem GdB und den Merkzeichen richten sich die Nachteilsausgleiche, die Menschen mit Behinderungen erhalten können.

### Behinderung im Sinne der Arbeitsförderung

Von Behinderung betroffen sind „Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen.“

Dieselben Rechte wie Menschen mit Behinderungen haben Personen, denen eine Behinderung droht.

### 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.



## Praxistipp!

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

## Grad der Behinderung

Der 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 bzw. GdS. Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen; die Berechnung des GdB/GdS ist vom **individuellen Einzelfall** abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

### Bei Epilepsie gibt es folgende Richtwerte:

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

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

### Bemessung

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



#### Praxistipp!

Seit 1.1.18 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen (siehe S. 41) geht, z.B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.

## 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 Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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



#### Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung



hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

### Gültigkeitsdauer

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

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

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

## Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene **Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.**

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom 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. 39) 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. Dies 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 Sie im Internet downloaden unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff „Nachteilsausgleiche“.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter [www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de) > *Patienten-Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.



### **Wer hilft weiter?**

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Telefon 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.

- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen bzw. die Unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de), [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) und [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

# Rehabilitation

Eine Epilepsie geht mit unterschiedlichen Arten von Anfällen einher, die das Leben der Betroffenen individuell einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen kann. 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 Rente.

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

## Überblick über Reha-Leistungen

Es gibt verschiedene Bereiche der Rehabilitation, die für Patienten mit Epilepsie hilfreich sein können:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 48) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 50).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA, siehe S. 54) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Soziale Reha-Leistungen (früher: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft):** Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen (siehe S. 57).
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 58), Haushaltshilfe (siehe S. 60) und Patientenschulungen (siehe S. 12).
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung (siehe S. 62).

### Praxistipp!

Epilepsie-Ambulanzen bieten Beratung für den Rehabilitationsbedarf an. Adressen unter [www.dgfe.info](http://www.dgfe.info) > Informationspool Epilepsie > Adressen & Links > Ambulanzen.

### Kostenträger

Nahezu alle Reha-Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Leistungen zur Teilhabe zuständig sein.

- **Krankenkassen:** sind zuständig für Leistungen zur Medizinischen Reha, soweit es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger diese Leistungen erbringen.

- **Rentenversicherungsträger:** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben), 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 erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger:** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit:** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter:** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Jugendämter:** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und die hiervon bedroht sind bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen:** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

### Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. Reha-Servicestellen und die „Unabhängige Teilhabeberatung“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de), [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) und [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

### Antragstellung

Dem Reha-Antrag muss eine Verordnung des behandelnden Arztes beigelegt werden. Sinnvoll sind zudem ärztliche Berichte über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha. Ärztliche Bescheinigungen und Begründungen sollten so detailliert und ausführlich wie möglich sein und nicht nur Diagnose und Therapie umfassen, sondern auch die Einschränkungen des Patienten im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschreiben. Das erspart Nachfragen und erhöht die Chance auf Genehmigung der Leistungen.

### Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür 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.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

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

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

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Fall einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger **unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit** zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.



### Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 *Bildungsangebot der Integrationsämter*.

## Medizinische Rehabilitation

Ziele von Medizinischen Reha-Maßnahmen sind die **Wiederherstellung der Gesundheit, die (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben und/oder die Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands**.

### Ambulante Reha-Maßnahmen

**Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.**

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

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Betroffene wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4-6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

### Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

## Dauer

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

## Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung (Kurklinik) und wird dort versorgt.

## Voraussetzungen

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

## Dauer

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

## Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

## Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen:

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



## Praxistipp!

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

## Zuzahlungen

### Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Volljährige 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 (siehe S. 32).

### Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung (siehe S. 48) 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 (siehe S. 51)
- Bei ambulanten Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.219 € liegt

**Teilweise befreit** von der Zuzahlung sind Personen,

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

**Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:**

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	10 €

### Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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

### Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Stationäre und ambulante Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer stationären oder ambulanten Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

### Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine Medizinische 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.

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

### Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen der Rentenversicherung muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 64) **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.



### **Persönliche und medizinische Voraussetzungen:**

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe unten).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h.: ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

### **AHB-Indikationsgruppen** sind:

- Neurologische Krankheiten (z.B. Epilepsie) und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Onkologische Krankheiten
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

### **Beginn und Dauer**

Die AHB muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine AHB zu begründen. Eine AHB muss in der Regel **innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung** beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für **3 Wochen** übernommen. Eine Verlängerung ist bei medizinischer Begründung durch Arzt oder Klinik möglich.

### **Antrag**

Der zuständige Arzt stellt zuerst fest, ob eine AHB notwendig ist, daraufhin hilft der Sozialdienst der letzten behandelnden Klinik den Antrag zu stellen.

### **Zuzahlungen**

Ist die AHB eine Leistung der **Krankenkasse**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zahlen (siehe S. 32). Unter bestimmten Umständen kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden (siehe S. 34).

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

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

### **Praxistipps!**

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Für die Mutter/ dem Vater 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.

### **Wer hilft weiter?**

Informationen sind beim Sozialdienst der Kliniken und beim zuständigen Kostenträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit oder Sozialamt) erhältlich.

### **Stufenweise Wiedereingliederung**

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Betroffene noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

### **Voraussetzungen**

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

**Schwerbehinderte** und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer (siehe S. 38) 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 dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

## Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

## Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 25), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 58) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 30). 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.



### Praxistipp!

Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllt die Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellt einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.



### Wer hilft weiter?

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

## Kinderheilbehandlung

Eine epileptische Erkrankung kristallisiert sich bereits häufig in den ersten Lebensjahren eines Kindes heraus. Eine Kinderheilbehandlung ist daher eine Kur für Kinder, die vom Rentenversicherungsträger bei bestimmten Indikationen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezahlt wird. Sie zählt zu den sonstigen Leistungen zur Rehabilitation und kann in der Regel alle 4 Jahre 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
3. die unter dem ersten Punkt genannten Kinder ohne Altersbegrenzung bei körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, wodurch ein Selbstunterhalt dieser Kinder unmöglich ist.

### 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 von 5 Jahren  
**oder**
- Bezug einer Altersrente  
**oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

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

### Voraussetzung der Krankenkasse

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

### Voraussetzungen weiterer Träger

Wird die Kinderheilbehandlung aufgrund eines Unfalls in einer Tageseinrichtung oder Schule erforderlich, ist der Kostenträger die **Unfallversicherung**. Bei Kindern mit psychischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten zahlt das **Jugendamt**.

### Indikationen

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

- Neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie,
- Krankheiten der Atemwege,
- allergischen Krankheiten,
- Hautkrankheiten,
- Herz- und Kreislaufkrankheiten,
- Leber-, Magen-, Darmkrankheiten,
- Nieren- und Harnwegskrankheiten,
- Stoffwechselkrankheiten,
- Krankheiten des Bewegungsapparats,
- psychosomatischen und psychomotorischen (Verhaltens-)Störungen,
- Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren oder anderen Erkrankungen.

## Ausschluss

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten nicht:

- Bei akuten Erkrankungen und Infektionskrankheiten z.B. Scharlach, Diphtherie (hier ist die Krankenkasse zuständig).
- Bei Fällen, in denen die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.
- Wenn das Kind sich aufgrund von Verhaltensstörungen nicht in die Gemeinschaft einordnen kann.
- Wenn frühere Kinderheilbehandlungen ohne triftigen Grund abgebrochen wurden.

## Dauer und Wartezeit

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

Zwischen 2 bezuschussten Kinderheilbehandlungen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen.

## Ausnahmen:

Der Rentenversicherungsträger genehmigt Kinderheilbehandlungen 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.

## Begleitperson

Die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson während der Kinderheilbehandlung übernehmen die Rentenversicherungsträger nur, wenn die Begleitperson aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist oder das Kind noch nicht eingeschult ist. Die Notwendigkeit muss vom behandelnden Arzt oder einem Arzt der Reha-Klinik begründet werden.

Die nachfolgenden Leistungen können **zusätzlich** beantragt werden:

- Reisekosten für das Kind und für die Begleitperson.
- Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr: Reisekosten für einen Reisebegleiter.
- Wird ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, als Begleitperson mitaufgenommen, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe beantragt werden.



## Praxistipps!

- Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe vorliegen.
- Für die Begleitperson eines Kindes kann die Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen - analog zum Kinderpflege-Krankengeld. Für diese Leistung besteht keine gesetzliche Grundlage, daher kann sie nicht über das Sozialgericht eingeklagt werden. Die Antragstellung bei der Krankenkasse ist aber trotzdem unbedingt zu empfehlen.



## Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen.
- Viele Informationen, auch Adressen spezialisierter Kliniken, finden sich unter [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de).

## Berufliche Reha

Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

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

### Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

#### Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder 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 Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- **Berufsfindung und Arbeitserprobung** dienen dazu, den geeignetsten Weg der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**, soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen.
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung ansonsten gefährdet wäre.

- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Familienversicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen, Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen** sind Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsorts erforderlich sind.

### Berufsvorbereitung

Zu den Beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderung erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung, Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose oder das Erlernen der deutschen Sprache für Migranten.

### Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch **keine** allgemeinbildenden 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 geleistet, z.B.: Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule und Maßnahmen, um die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

### Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

In einer WfbM können Menschen mit Behinderungen einer Beschäftigung nachgehen oder durch Förderung ihrer Leistungsfähigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden. WfbM sind keine Erwerbsbetriebe, d.h.: Nicht der finanzielle Gewinn steht im Mittelpunkt, sondern Leistungen der Berufsförderung, Berufsbildung sowie der Persönlichkeitsentwicklung.

Die Arbeit soll individuell den Bedürfnissen und Interessen der Menschen mit Behinderungen entsprechen. Ihnen wird ein, ihrer Leistung angemessenes, Arbeitsentgelt bezahlt und sie erhalten eine individuelle Betreuung und Förderung durch soziale Fachdienste (z.B. Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzte). Zudem haben sie die Möglichkeit, in unterschiedlichsten Arbeitsbereichen tätig zu sein, z.B. in einer Gärtnerei, Schreinerei, Hauswirtschaft, Telefonzentrale oder bei der Montage und Verpackung.

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen z.B. vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- Bis zu 4 Wochen, maximal 3 Monaten in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
- Bis zu 2 Jahren im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

- Bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

### Übernahme weiterer Kosten

Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.

### 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. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

### Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderungen.

### Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.



### Praxistipp!

Zum 1.1.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. anderen Leistungsanbietern eine Alternative zu den WfbM geschaffen. Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind. Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der „Unabhängigen Teilhabeberatung“ nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z.B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen. Näheres unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).



### Wer hilft weiter?

- Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherung. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.
- **Erster Ansprechpartner** ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)).



## Soziale Reha

Das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen sieht eine umfassende Barrierefreiheit vor, um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern. Besonders Betroffene einer Epilepsie-Erkrankung sind gefährdet mit Vorurteilen durch die Gesellschaft belastet zu werden. Um dem entgegenzuwirken, gibt es bestimmte Leistungen zur sozialen Teilhabe, auch „Soziale Reha“ genannt.

Ziel der Leistungen zur Sozialen Reha ist, Behinderungen oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mindern und Menschen mit Behinderungen die Chance zu eröffnen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die Leistungen sind nicht einklagbar. Die Förderungen der soziale Reha setzen an, wo Berufliche Reha (siehe S. 54) oder Medizinische Reha (siehe S. 45) nicht oder noch nicht sinnvoll sind.

### Leistungen

Die Leistungen zur Sozialen Reha umfassen insbesondere

- **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 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

### 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 nun Eltern mit Behinderungen seit dem 1.1.18 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 durch Familie, Freunde oder Nachbarn, erstatten zu lassen.



### Wer hilft weiter?

Auskünfte geben die jeweiligen Träger (z.B. Jugendamt), die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de) oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Thema Behinderung, Telefon 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr.

## Ergänzende Reha-Leistungen

Zu den ergänzenden Reha-Leistungen gehören z.B. Übergangsgeld und Haushaltshilfe. Sie dienen dazu, die Durchführung der Reha-Maßnahmen zu ermöglichen oder zu erleichtern.

### Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten 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 unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

Übergangsgeld wird je nach Voraussetzungen vom jeweiligen Reha-Träger gezahlt. Höhe und Dauer sind im Wesentlichen einheitlich geregelt, nur die Voraussetzungen unterscheiden sich bei den Leistungsträgern.

### Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- Bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha
- Bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha
- Bei Erhalt von Leistungen zur Prävention
- Bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge
- Während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird

Darüber hinaus muss der Antragsteller vorher, aufgrund einer beruflichen Tätigkeit, Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben. Zusätzlich müssen die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha erfüllt sein.

### Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn die Betroffenen die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

### Voraussetzungen Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalles Leistungen zur Beruflichen Reha (siehe S. 54) erhält.

### Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

### Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen - unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente (siehe S. 64)
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der **Unfallversicherung** gezahlt wird

### Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha
- maximal 6 Wochen, bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.

- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

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

### Praxistipp!

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

### Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Agentur für Arbeit.

### Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Medizinischen Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

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

### Voraussetzungen

Die Krankenkasse, Sozialhilfe, Unfall- oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Beruflicher Reha, Krankenhausbehandlung, Entbindung, Schwangerschaftsbeschwerden, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Vorsorgeleistungen oder Medizinischer Reha **und**
  - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
  - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

**Wichtig** ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder, nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

### **Praxistipps!**

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ zu erhalten.

### Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

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

Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine **Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstauffalls** geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

### Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 34).

### **Wer hilft weiter?**

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

## Teilhabe an Bildung

Leistungen zur Teilhabe an Bildung wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung.

### Hilfen zu Berufsausbildung und Studium

Für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen gibt es bereits jetzt Hilfen für eine angemessene Berufsausbildung, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Ab 2020 werden auch die Fördermöglichkeiten für Meisterkurse und Studium erweitert. Gefördert werden können dann z.B.

- ein Masterstudium im Anschluss an ein Bachelorstudium,
- ein Meisterkurs oder ein Studium nach einer Berufsausbildung oder
- in begründeten Fällen auch ein Promotionsstudium.

### Unterbrechung möglich

Nicht zu beeinflussende gewichtige Gründe, z.B. eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands oder wichtige familiäre Gründe, können verhindern, dass eine Weiterbildungsmaßnahme direkt im Anschluss an eine schulische oder berufliche Ausbildung durchgeführt wird. In diesen Fällen werden die individuellen Umstände des Leistungsberechtigten berücksichtigt, sodass eine Förderung auch nach einer Unterbrechung möglich ist.

### Studieren mit Behinderungen

Menschen dürfen aufgrund ihrer Behinderungen nicht vom Studium an der Hochschule ihrer Wahl ausgeschlossen werden. Deshalb haben die Hochschulen dafür Sorge zu tragen, dass chronisch kranke Studierende und Studenten mit Behinderungen, die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können. Zudem ist ihnen durch Nachteilsausgleiche (z.B. die Berücksichtigung der spezifischen Belange in den Prüfungsordnungen) ein Studium zu ermöglichen.

### Hilfen zur Schulbildung

Kinder mit Behinderungen sollten, soweit es die Behinderung zulässt, gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen zur Schule gehen können. Zuständig für die schulische Bildung sind die Bundesländer. Daher gibt es kein bundesweit einheitliches System der Frühförderung. Es gibt jedoch überall die allgemeine Schulpflicht, die auch für schwerbehinderte Kinder gilt. Wenn aufgrund der Art und Schwere der Behinderung kein traditioneller Unterricht möglich ist, können die Kinder Förder- und Sonderschulen besuchen.

Im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht erhalten Schüler mit Behinderungen bei Bedarf vorbereitende Hilfen zur Einschulung und zum Besuch weiterführender Schulen. Neben diesen vorbereitenden Hilfen wird das bestehende Förderangebot auch auf den Ganztagsunterricht ausgeweitet. Damit sind offene schulische Ganztagsangebote gemeint, die an den planmäßigen Unterricht anknüpfen und in den Räumlichkeiten der Schule stattfinden.



## Wer hilft weiter?

- Der zuständige Kostenträger oder die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Bei allen Fragen zu einer Berufsausbildung mit Behinderungen sind die Agenturen für Arbeit Ansprechpartner.
- Informationen zum Studium mit Behinderungen unter [www.studentenwerke.de/de/behinderung](http://www.studentenwerke.de/de/behinderung).
- Wer für die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderungsbedarfs zuständig ist und welche Stellen die Entscheidung über den Schultyp treffen, ist je nach Bundesland verschieden. Die Eltern werden bei den Entscheidungsprozessen stets miteinbezogen und können sich bei Bildungsberatungsstätten oder schulpsychologischen Diensten beraten lassen.

# 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.

## Erwerbsminderungsrente

Wenn Patienten mit Epilepsie bei Ablauf des Krankengelds (siehe S. 25) noch nicht wieder arbeitsfähig sind und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht werden, können sie Erwerbsminderungsrente beantragen.

### Voraussetzungen

#### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits **vor** Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt.  
Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um Bezugszeiten von Erwerbsminderungsrente oder berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente.

#### Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
  - Als voll erwerbsgemindert gelten auch Menschen mit Behinderungen, die wegen ihren Behinderungen nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** oder Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbs-



fähigen Arbeitnehmers entspricht.

- Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann **und zugleich arbeitslos** ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

### Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 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.

### Befristung

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

### Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor, und 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.

Für Menschen, die ab 2018 **erstmalig** Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit wird schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

Diese Erhöhung gilt **nicht** für Menschen, die bereits vor 2018 den Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben.

### Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

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 individuell beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



### Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie ggf. von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



### 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 kann den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen gibt es unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

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

## Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

## Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Einen Mehrbedarfszuschlag, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht

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.

## Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden:

- Eigenes Einkommen und Vermögen **und**
- Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners, soweit es dessen Eigenbedarf übersteigt.

Dabei gibt es bestimmte Anrechnungsgrenzen und Schonvermögen, die individuell verschieden sind. Detaillierte Auskünfte gibt der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts. Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.

## Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



### Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren. Nach Ablauf der vierten Woche im Ausland bis zur nachweisbaren Rückkehr besteht kein Anspruch auf 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 hilft weiter?

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

## Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Menschen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind, selbst für ihren Lebensunterhalt aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt **sichert die elementaren Grundbedürfnisse** ab. Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 64).

Die Hilfe zum Lebensunterhalt muss in der Regel beim Sozialamt beantragt werden, es sei denn eine öffentliche Stelle bekommt die Notlage mit und leitet daraufhin entsprechende Hilfe ein (sog. Kenntnisgrundsatz). In seltenen Fällen muss die Hilfe zum Lebensunterhalt zurückgezahlt werden.

Sozialhilfeempfänger haben meist eine Krankenversicherung. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.



### Praxistipp!

Sozialhilfeempfänger können 30 % des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 208 € (= 50 % der Regelbedarfsstufe 1) für sich behalten. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Erwerbstätigkeit eines Sozialhilfeempfängers einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würde er in den Leistungsbereich des SGB II (Arbeitslosengeld und Sozialgeld) übergehen.

## Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

# Adressen

**Folgende Organisationen bieten Menschen mit Epilepsie und ihren Angehörigen Hilfen, Informationen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen:**

## Deutsche Epilepsievereinigung

Zillestr. 102, 10585 Berlin  
Telefon: 030 3424414 (Mo/Di/Do/Fr 10–12 Uhr, Mo/Di/Do 14–16 Uhr, Mi 14–18 Uhr)  
Fax: 030 3424466  
E-Mail: [info@epilepsie-vereinigung.de](mailto:info@epilepsie-vereinigung.de)  
[www.epilepsie-vereinigung.de](http://www.epilepsie-vereinigung.de)

## Dt. Gesellschaft für Epileptologie e.V.

Reinhardtstr. 27 c, 10117 Berlin  
Telefon: 0700 13141300 (Mo-Fr 9–12 Uhr)  
Fax: 0700 13141399  
E-Mail: [ize@dgfe.info](mailto:ize@dgfe.info)  
[www.izepilepsie.de](http://www.izepilepsie.de)

## e.b.e. epilepsie bundes-elternverband e.v.

Am Eickhof 23, 42111 Wuppertal  
Telefon: 0202 2988465  
Fax: 0202 2988466  
E-Mail: [kontakt@epilepsie-elternverband.de](mailto:kontakt@epilepsie-elternverband.de)  
[www.epilepsie-elternverband.de](http://www.epilepsie-elternverband.de)

## Gesellschaft für Epilepsieforschung

Maraweg 21, 33617 Bielefeld  
Telefon: 0521 77278011  
Fax: 0521 77278013  
[www.epilepsieforschung.de](http://www.epilepsieforschung.de)

## Netzwerk Epilepsie und Arbeit (NEA)

Oberanger 43, 80331 München  
Telefon: 089 540497700  
E-Mail: [epilepsie-arbeit@im-muenchen.de](mailto:epilepsie-arbeit@im-muenchen.de)  
[www.epilepsie-arbeit.de](http://www.epilepsie-arbeit.de)

## Stiftung Michael

Alsstr. 12, 53227 Bonn  
Telefon: 0228 94554540  
Fax: 0228 94554542  
E-Mail: [post@stiftung-michael.de](mailto:post@stiftung-michael.de)  
[www.stiftung-michael.de](http://www.stiftung-michael.de)

## Keto-Kinder

Anne-Frank-Str. 15, 67165 Waldsee  
Beratungstelefon: 06236 5095899  
E-Mail: [info@epilepsie-kind.de](mailto:info@epilepsie-kind.de)  
[www.epilepsie-kind.de](http://www.epilepsie-kind.de)

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

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf  
Telefon: 0211-310060  
Fax: 0211-3100648  
E-Mail: [info@bag-selbsthilfe.de](mailto:info@bag-selbsthilfe.de)  
[www.bag-selbsthilfe.de](http://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

## **Leitender Redakteur**

Max Glaser

## **Redaktionsteam**

Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

## **Layout und Gestaltung**

beta Institut

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

## **Alle Rechte vorbehalten**

© 2018

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

8. vollständig überarbeitete Auflage, Juni 2018