

Migräne

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Nach Angaben der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) leiden in Deutschland über 8 Millionen Menschen unter Migräne. Das entspricht ca. 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung. Verbunden mit Migräneattacken können visuelle und neurologische Störungen sein, die zusätzlich Ängste vor einer anderen Erkrankung auslösen können.

Kopfschmerzen haben neben dem körperlichen Leiden vielfältige soziale und psychische Auswirkungen auf die Lebensqualität. Viele Betroffene ziehen sich zurück und Angehörige wissen häufig nicht, wie sie mit dem Schmerzpatienten umgehen sollen.

Der vorliegende Ratgeber informiert, neben den Formen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Migräne, ausführlich zum Umgang mit der Erkrankung in den Bereichen: Familie, Urlaub, Sport, Verkehr und Beruf. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den sozialrechtlichen Fragestellungen zu finanziellen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung sowie zu Rehabilitation und Behinderung.

Wir hoffen, dass Migränepatienten und ihre Angehörigen durch diesen Ratgeber wieder Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in ihrer oft schwierigen Situation Entlastung finden.

Inhalt

Vorwort	2
Migräne	5
Formen der Migräne	5
Ursachen und Triggerfaktoren	6
Migräne bei Frauen	7
Migräne bei Kindern und Jugendlichen	8
Behandlung	10
Nicht-medikamentöse Behandlung	10
Medikamentöse Behandlung	11
Leben mit Migräne	13
Familie und Freunde	13
Migräne am Arbeitsplatz	13
Autofahren	14
Urlaub	15
Sport	15
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	17
Zuzahlungsregelungen	17
Zuzahlungsbefreiung	18
Sonderregelung für chronisch Kranke	21
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	23
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	23
Krankengeld	25
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	30
Rehabilitation	32
Überblick über Reha-Leistungen	32
Zuständigkeiten der Reha-Träger	32
Medizinische Rehabilitation	34
Ambulante Reha-Maßnahmen	36
Stationäre Reha-Maßnahmen	36
Reha-Antrag	37
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	38
Stufenweise Wiedereingliederung	40
Berufliche Reha-Maßnahmen	41
Übergangsgeld	42
Haushaltshilfe	44
Behinderung	47
Definition	47
Grad der Behinderung	47
Schwerbehindertenausweis	48
Nachteilsausgleiche	49

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	51
Erwerbsminderungsrente	51
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	54
Hilfe zum Lebensunterhalt	56
Adressen	57
Impressum	58

Migräne

Migräne ist eine der häufigsten Kopfschmerzerkrankungen, über deren genaue Ursache sich die Experten bis heute nicht einig sind. Es wird davon ausgegangen, dass bestimmte Auslösefaktoren wie Stress oder genetische Anfälligkeit eine vorübergehende Funktionsstörung der Nervenzellen im Gehirn verursachen.

Typisch sind wiederkehrende Migräneattacken, die einseitige pulsierend-pochende Kopfschmerzen auslösen, welche sich über 4–72 Stunden hinziehen können. Begleitet werden diese Anfälle von Appetitlosigkeit und/oder Übelkeit, Erbrechen, Lichtscheue, Lärm- sowie Geruchsempfindlichkeit. Körperliche Aktivitäten verstärken die Schmerzen. Leidet ein Betroffener über mehrere Tage im Monat an Migräneattacken, so besteht die Gefahr, dass sich die Migräne chronifiziert. Manche Migränepatienten haben zudem vor einem Anfall eine sog. **Aura**, die meist visuelle oder andere sensorische Wahrnehmungsstörungen, z.B. Seh- oder Sprachprobleme, verursacht.

Die komplexe Erkrankung betrifft zwischen 10 und 15 % der Bevölkerung. Zwischen dem 35. und dem 45. Lebensjahr ist die Möglichkeit an einer Migräne zu erkranken am höchsten; Frauen sind drei Mal häufiger betroffen als Männer.

Formen der Migräne

Die genaue Bestimmung der Kopfschmerzform kann je nach Person unterschiedlich ausfallen. Grundsätzlich werden 3 Gruppen von Kopfschmerzen unterschieden. Migräne gehört zur ersten Gruppe.

- **Primäre Kopfschmerzerkrankungen**

- Migräne (ohne/mit Aura)
- Chronische Migräne
- Spannungs- und Clusterkopfschmerzen
- Andere primäre Kopfschmerzen

Die Schmerzen treten als Hauptsymptom auf, ohne dass eine andere Erkrankung vorliegt.

- **Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen**

Das sind Kopfschmerzen, die als Symptom (z.B. durch eine Erkrankung) auftreten.

- **Kraniale Neuralgien**, zentraler und primärer Gesichtsschmerz und **andere** Kopfschmerzen

Dies betrifft Schmerzen, die aufgrund geschädigter Nerven (z.B. durch eine Entzündung) im Bereich von Kopf, Hals und Gesicht auftreten.

Migräne ohne Aura

Am häufigsten treten Migräneanfälle ohne vorherige Aura auf. Bei den meisten Migränepatienten ist nur eine Kopfseite betroffen. Die Seite kann jedoch während einer Attacke oder von Anfall zu Anfall wechseln.

Typische **Symptome** sind:

- Pulsierend-pochende Schmerzen
- Mittel bis hoch intensiver Schmerz, der bei körperlichen Routinebewegungen stärker wird
- Begleitscheinungen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit und Geruchsabneigungen
- Allgemeines Krankheitsgefühl

Migräne mit Aura

Vor einer Schmerzattacke kommt es bei ca. 15 % der Betroffenen zu einer Aura, die bis zu 60 Minuten anhalten kann. Häufig verbunden mit visuellen und neurologischen Störungen ist diese Migräneform besonders belastend, da sie zusätzlich Ängste vor einer anderen Erkrankung auslösen kann.

Typische **Symptome** sind:

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

Chronische Migräne

Treten die Migräneattacken mindestens 3 Monate lang und an 15 und mehr Tagen im Monat auf, so besteht die Gefahr einer chronischen Migräne, vorausgesetzt es liegt kein Übergebrauch an Medikamenten vor. Bis zu 14 % der Migräne-Betroffenen entwickelt im Laufe eines Jahres eine chronische Migräne.

Wer hilft weiter?

Die genaue Bestimmung der Kopfschmerzform sollte bei einem spezialisierten Arzt persönlich besprochen werden. Adressen zertifizierter Ärzte bietet die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft unter www.dmkg.de > *Experten* > *DMKG Kopfschmerzexperten*.

Ursachen und Triggerfaktoren

Die Ursachen für die Funktionsstörungen im Gehirn, welche Migräne auslösen, sind immer noch nicht erforscht. Vermutet wird ein Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren. Da die Ursachen nicht bekannt sind, sind diese Kopfschmerzen auch nur selten heilbar.

Bekannter sind dagegen manche Auslöser für die Schmerzattacken, die sog. Trigger. Sie sind individuell sehr verschieden und ihnen gilt in der Behandlung das Hauptaugenmerk.

Mögliche **Triggerfaktoren** bei Migräne sind:

- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- Stress, emotionale Anspannung, plötzliche Entspannung

- Hormonelle Schwankungen, bei Frauen z.B. Schwankungen im Zusammenhang mit Periode und Eisprung
- Bestimmte Substanzen (v.a. Alkohol, Drogen und Nikotin), selten auch Nahrungsmittel
- Schwankungen des Koffein-Spiegels
- Überempfindlichkeit gegenüber Reizen
- Erhöhte Anfälligkeit für psychische und körperliche Erkrankungen

Die Betroffenen können bei einem Anfall oft nicht arbeiten und auch das Privatleben ist erheblich eingeschränkt. Es empfiehlt sich daher, die eigenen Kopfschmerzen und individuellen Triggerfaktoren zu beobachten, um Migräneattacken vorzubeugen. Hier kann ein Kopfschmerz-Kalender, in dem Stärke, Dauer und eingenommene Medikamente dokumentiert werden, hilfreich sein.



Praxistipp!

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft bietet unter www.dmkg.de > Patienten > DMKG Kopfschmerzkalender Kalender in verschiedenen Sprachen zum Download an.

Migräne bei Frauen

Migräne gilt als „typisches Frauenleiden“, aber nur weil Frauen drei Mal so oft betroffen sind wie Männer. Auslöser für Schmerzattacken können Schwankungen von Geschlechtshormonen, z.B. ein Anstieg und Abfall des Östrogenspiegels beim Eisprung, sein. Entsprechend haben Menstruation, Verhütung, Schwangerschaft, Stillzeit und Wechseljahre Einfluss auf die Krankheit.

Menstruelle Migräne

Etwa 7 % der betroffenen Frauen leiden unter einer sog. menstruellen Migräne. Während der Menstruation sind die Migräneattacken meist recht lang und intensiv und setzen etwa 2 Tage vor bis 2 Tage nach den Regelblutungen ein.

Verhütung

Ob die Pille als Hormonpräparat als Migräneauslöser eine Rolle spielt, ist umstritten. Es gibt Hinweise in beide Richtungen: Dass die Pille Anfälle auslöst ebenso wie dass die Pille Anfälle reduziert oder abmildert. Klärung kann nur eine individuelle Beobachtung unter fachärztlicher Anleitung bringen. Beim Verdacht der Pille als Anfallsauslöser sollte zu anderen, nicht-hormonellen Verhütungsmethoden gewechselt werden.

Schwangerschaft und Stillzeit

Während der Schwangerschaft haben ca. 50–80 % der Patientinnen weniger, leichtere oder keine Migräneattacken. Zudem kann sich die Migräneform ändern, z.B. dass sich eine Migräne mit Aura zu einer Migräne ohne Aura entwickelt. Allerdings kommen die Anfälle nach der Geburt meist wieder und verschwinden bei einer späteren Schwangerschaft oft nicht mehr.

In der Schwangerschaft sollten alle Möglichkeiten zur Vorbeugung ohne Medikamente ausgenutzt werden, da die Einnahme praktisch aller Migränemittel das Ungeborene beeinträchtigen kann.

In der Stillzeit bestehen etwas weniger Gefahren und damit Einschränkungen, aber auch hier sollte eine

Medikamenteneinnahme immer mit dem Arzt abgesprochen werden.

Wechseljahre

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



Praxistipp!

Das Buch „Migräne in Schwangerschaft und Stillzeit“ kann bestellt werden bei der MigräneLiga e.V. Deutschland, Torfkuhlenweg 3 B, 9504 Lotte. Die Zusendung erfolgt kostenlos gegen Einsenden eines adressierten und mit 1,45 € frankierten DIN A5 Umschlags.

Migräne bei Kindern und Jugendlichen

Nach Angaben der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft sind etwa 4–5 % der Kinder und Jugendlichen von Migräne betroffen. Dabei zeigen sie häufig auch andere Krankheitszeichen als Erwachsene. Eine Diagnose ist meist schwierig und sollte von Kopfschmerzexperten gestellt werden.

Typische Symptome

Kinder und Jugendliche zeigen ähnliche Symptome wie Erwachsene, zusätzlich treten aber auch andere Krankheitszeichen auf:

- Die Betroffenen unterbrechen ihre Tätigkeit, sind blass und wollen sich hinlegen und schlafen. Oft wachen sie nach einiger Zeit beschwerdefrei auf.
- Die Migräneattacken sind in der Regel kürzer als bei Erwachsenen, oft nur wenige Stunden. Sie können sogar gänzlich schmerzfrei verlaufen, jedoch kommt es zu Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.
- Übelkeit und Erbrechen sind oft stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen.
- Der Migränekopfschmerz kann bei Kindern und Jugendlichen beidseitig auftreten.
- Es kann, wie bei Erwachsenen, eine Aura entstehen, die z.B. Sprach- und Wahrnehmungsstörungen zur Folge hat. Speziell kann hier das sog. „Alice-im-Wunderland-Syndrom“ auftreten, bei dem die Betroffenen ungewöhnliche Bilder sehen.

Umgang mit Symptomen

Oft ist es schwierig Migränesymptome bei Kindern und Jugendlichen zu bemerken. Geachtet werden sollte auf Verhaltensveränderungen wie Müdigkeitserscheinungen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme in der Schule oder wenn ein Kleinkind über Bauchschmerzen klagt. In der Regel sind der Rückzug in ein abgedunkeltes Zimmer und Ruhe hilfreich. Das Erlernen von Entspannungstechniken sowie die Entschleunigung des Alltags können den jungen Migränepatienten helfen, die Zahl der Migräneanfälle zu reduzieren. Eine medikamentöse Therapie sollte nur unter ärztlicher Aufsicht stattfinden.

Für Kinder und Jugendliche hat die MigräneLiga e.V. ein spezielles Migränetagebuch entwickelt (siehe Praxistipp S. 9). Das Tagebuch kann helfen, künftigen Anfällen vorzubeugen und Informationen für eine Diagnose und spätere Behandlung zu sammeln.

Ursachen und Triggerfaktoren

Wie bei der Erwachsenen-Migräne sind die Ursachen der Kopfschmerzen von Kindern und Jugendlichen noch nicht vollständig erforscht. Man geht neben genetischen Faktoren von verschiedenen „Trigger“ aus, die einen Migräneanfall bei übermäßiger Belastung auslösen können:

- Unregelmäßige Schlafgewohnheiten
- Ungesunde Ernährung sowie ein schwankender Blutzuckerspiegel
- Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme
- Hormonschwankungen zu Beginn der Pubertät
- Seelische Belastungssituationen, z.B. familiäre Konflikte
- Stresssituationen, z.B. Lärm in der Kita oder Leistungsdruck in der Schule
- Seh-, Lese- oder Lernstörungen, die nicht erkannt werden
- Bewegungsmangel und Reizüberflutung durch übermäßigen Medienkonsum
- Wetterwechsel und veränderte Lichtverhältnisse



Praxistipps!

- Das „Kopfschmerz- und Migränetagebuch für Kinder“ kann bei der MigräneLiga e.V., Torfkuhlenweg 3 B, 49504 Lotte, gegen eine Schutzgebühr von 6,50 € + 1 € Porto in Briefmarken auf einem adressierten DIN A 4 Rückumschlag bestellt werden.
- Die Neuauflage des Kinderbuchs „Ein Tag ohne Mama“ hilft Kindern, die Erkrankung besser zu verstehen. Die Zusendung erfolgt kostenlos gegen Einsenden eines mit 1,45 € frankierten adressierten DIN A5 Rückumschlags an die oben genannte Adresse.
- Erzieher und Lehrer sollten über die Migräne-Erkrankung des Kindes informiert werden, denn auch hier gilt, dass eine Überforderung Migräneanfälle auslösen kann.
- Psychologen der Universität Göttingen haben für Kinder und Jugendliche mit Kopfschmerzen zur Vorbeugung und besseren Bewältigung ein kostenpflichtiges Online-Training entwickelt. Informationen unter www.stopp-den-kopfschmerz.de.

Behandlung

Da die Ursachen von Migräne und anderen primären Kopfschmerzen bis heute nicht geklärt sind, können sie auch nicht von Grund auf geheilt werden. Die Behandlung zielt deshalb auf die Durchbrechung von Schmerzattacken (Akutbehandlung) sowie auf die Verhinderung von Attacken (Vorbeugung, Prophylaxe) ab. Dafür gibt es mehrere Ansätze. Bei den meisten Betroffenen ist eine Kombination verschiedener Behandlungs- und Vorbeugemaßnahmen am erfolgreichsten.

Nicht-medikamentöse Behandlung

Es gibt kaum nicht-medikamentöse Maßnahmen, die einen akuten Migräneanfall verkürzen können und wissenschaftlich belegt sind. Lediglich für die Biofeedbacktherapie finden sich positive Effekte. Beim Biofeedback wird die bewusste Kontrolle über die körpereigenen Funktionen trainiert, um gezielter gegen Schmerzattacken vorgehen zu können. Durch Sensoren am Körper werden dem Betroffenen z.B. bildlich oder akustisch ausgewählte Körpersignale rückgemeldet. Durch dieses Feedback ist es möglich, Kontrolle über auftretende Symptome zu erlangen und der Betroffene wird befähigt, Entspannungsprozesse einzuleiten.

Zur **Vorbeugung** eines Migräneanfalls finden folgende verhaltenstherapeutische Interventionen Anwendung:

- **Beratung des Patienten**

Es konnte nachgewiesen werden, dass bereits eine Migräneberatung das Auftreten von Kopfschmerzen reduzieren kann. Dieser Effekt konnte auch für **Kinder** wissenschaftlich bestätigt werden. Zudem kann durch eine Beratung die Besserung von kopfschmerzbegleitenden Symptomen und eine Erhöhung der Lebensqualität erreicht werden. Die Informationsvermittlung einer solchen (Online-) Beratung besteht aus dem Erkennen potenzieller Anfallsauslöser (Trigger), Regeln des gesunden Schlafs (Schlafhygiene), körperlichen Übungen sowie der Benutzung eines Migränekalenders.

- **Entspannungstherapie**

Ein bewährtes Mittel, um Schmerzen zu mindern, aber auch um die Häufigkeit und Intensität der Anfälle zu reduzieren, sind Entspannungsübungen. Besonders effektiv ist die Progressive Muskelrelaxation (PMR). Die Vorteile dieses Verfahrens sind das schnelle Erlernen der Techniken sowie die unkomplizierte Anwendung im Alltag. Um Schmerzen nachhaltig zu lindern, ist es notwendig, dass die Übungen jeden Tag 15–20 Minuten durchgeführt werden. Um Entspannungsverfahren zu erlernen, gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Im Rahmen einer Reha-Maßnahme von Physio- und Ergotherapeuten.
- Im Rahmen der sog. Psychosomatischen Grundversorgung bei speziell qualifizierten Hausärzten.
- Im Rahmen von Präventionskursen, die von den Krankenkassen bezuschusst werden. Anbieter sind z.B. Volkshochschulen, Vereine und Fitnessstudios.

- **Ausdauertraining**

Regelmäßiges Ausdauertraining wie Joggen, Radfahren oder Schwimmen kann die Häufigkeit und Intensität von Schmerzattacken positiv beeinflussen (siehe S. 15).

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**

Da auch psychische Faktoren Intensität, Dauer und Häufigkeit der Schmerzattacken beeinflussen,

kann es bei einigen Migränepatienten sinnvoll sein, sich mittels einer KVT behandeln zu lassen. Bei der KVT geht es darum, überhöhte Erwartungen an sich selbst, Versagensängste oder ungünstige Stressbewältigungsstrategien abzubauen sowie zu lernen, mit einem Anfall umzugehen.

Alternative Behandlungsmethoden wie Homöopathie, Massagen, Kompressen und Akupunktur sind umstritten, wobei Studien für Letzteres zumindest kleine positive Effekte zeigen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass alternative Ansätze im Einzelfall schmerzlindernd wirken können.

Empfohlen werden kann außerdem, sich bei einer Migräneattacke in einen dunklen, ruhigen Raum zurückzuziehen um äußere Einflüsse zu minimieren.

Medikamentöse Behandlung

Für die Akutbehandlung von Migräneanfällen erhalten die meisten Betroffenen Medikamente. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) hat wissenschaftlich fundierte Empfehlungen herausgegeben, nach denen sich Patienten bei weniger schweren Schmerzattacken selbst therapieren können (sog. Selbstmedikation). Für die Selbstbehandlung von Kopfschmerzen werden Ibuprofen, Paracetamol oder Acetylsalicylsäure (ASS) empfohlen sowie eine Kombination aus Koffein, ASS und Paracetamol.

Die Empfehlungen der DMKG zur Selbstmedikation von Migräne können unter www.dmkg.de > Patienten > Selbstmedikation heruntergeladen werden.

Ein **Arztbesuch** ist dennoch dringend notwendig wenn

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

Viele Migränepatienten haben neben den Schmerzattacken auch mit Übelkeit und Erbrechen zu kämpfen. Hier kann die Einnahme eines sog. Antiemetikums helfen. Bei mittelschweren bis schweren Anfällen empfiehlt die DMKG die Einnahme eines **Triptans**. Triptane sind spezielle Migränemedikamente und wirken am besten gegen akute Anfälle und Begleitsymptome. Beide Medikamente müssen vom Arzt verschrieben werden.

Betroffene sollten eine **regelmäßige** Einnahme von Schmerzmedikamenten vermeiden, da bei zu häufiger Einnahme oder zu hoher Dosierung ein medikamentenbedingter Kopfschmerz entstehen kann. Grundsätzlich sollten Schmerzmittel nicht länger als 3 Tage hintereinander und nicht häufiger als 10 Tage pro Monat eingenommen werden.

Bei mehr als 3 Attacken im Monat oder wenn die Akutbehandlung nur ungenügenden Erfolg zeigt, ist eine medikamentöse **Vorbeugung** sinnvoll. Ziel ist, dass Anfälle seltener werden, weniger schmerzen und schneller abklingen. Zur Prophylaxe werden keine Schmerzmittel, sondern andere Medikamente eingesetzt. Es erfordert in der Regel einige Monate Geduld bis Arzt und Patient erkennen, ob das Mittel hilft oder ob ein anderes ausprobiert werden muss. In der Regel wird eine **Kombinationstherapie** aus verhaltenstherapeutischen Verfahren und Medikamenten empfohlen, um eine bessere Wirksamkeit zu erreichen.



Praxistipps!

- Möglicherweise gibt es eine Selbsthilfegruppe für Migränepatienten in Wohnortnähe. Der Austausch von Erfahrungen, Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit Anderen kann bei der Krankheitsbewältigung helfen. Adressen unter www.dmkg.de > *Patienten* > *Selbsthilfegruppen*.
- Die MigräneLiga e.V. bietet ausführliche Beschreibungen zur Behandlung von Migräne im Buch „Migräne ist gut behandelbar“. Es kann unter folgender Adresse bestellt werden: Torfkuhlenweg 3 B, 49504 Lotte.

Leben mit Migräne

Wiederkehrende Kopfschmerzen können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Migränpatienten und ihren Angehörigen haben. Sie gehen häufig mit einer starken Belastung für die Betroffenen einher und können die Lebensqualität in vielen Bereichen einschränken.

Familie und Freunde

Oft leidet die ganze Familie mit, wenn ein Mitglied eine Migräneattacke hat. Besonders wenn ein Elternteil betroffen ist, der sich bei einem schweren Migräneanfall weder um den Haushalt noch um die Kinder kümmern kann. Der Rückzug in einen verdunkelten Raum und das totale Abgrenzungsbedürfnis kann dann notwendig sein – stößt aber oft auf Unverständnis.

Auswirkungen auf Angehörige

Von allen Familienangehörigen wird Rücksicht und die Übernahme anstehender Arbeiten verlangt, da der Betroffene bei einem Anfall komplett ausfällt. Dies kann die gesamte Familie stark belasten. Helfen kann der offene Umgang mit der Erkrankung: Wie sieht der Notfallplan aus, wenn der nächste Anfall kommt? Was kann liegen bleiben? Was muss man verschieben? Kann – oder will – der Betroffene während der Attacke allein sein und ist froh, wenn die Familie aus dem Haus ist? Oder braucht er die Sicherheit und das Gefühl, dass jemand da ist?

Freizeit und Kontakte

Freizeitaktivitäten und Besuche bei Verwandten und Freunden fallen bei einer Migräneattacke aus oder müssen abgebrochen werden. Dennoch sollten Betroffene Aktivitäten nicht von vornherein vermeiden – aus Angst, sie könnten einen Anfall auslösen. Mitmenschen sollten vielmehr in das Leben eines Betroffenen integriert werden, um einen möglichst routinierten Tagesablauf zu ermöglichen. Denn Regelmäßigkeit zählt zu den wichtigsten Bedingungen für die Vorbeugung eines Migräneanfalls.

Migräne am Arbeitsplatz

Eine Migräne schränkt die Leistungsfähigkeit ein. Kollegen und Arbeitgeber sollten offen über die Krankheit informiert werden, damit ein angemessener Umgang mit Anfällen möglich ist. Eine Ruhepause und die richtige Behandlung können Ausfallzeiten minimieren.

Migräne muss heute nicht mehr zwangsläufig zu einem längeren Arbeitsausfall führen, da ein geregelter Tagesablauf sowie eine gut eingestellte, individuelle Behandlung einen akuten Anfall lindern oder vorbeugen können.

Anfall während der Arbeit

Tritt während der Arbeitszeit eine Schmerzattacke auf, ist es meist nicht möglich mit voller Leistung weiter zu arbeiten. Hinzu kommt, dass es im Vorfeld zu neurologischen Ausfällen wie Wahrnehmungsstörungen kommen kann. Dies birgt je nach Tätigkeit erhebliche Risiken. Problematisch ist, dass Betroffene Medikamente oft häufiger und in höheren Dosen einnehmen als sie eigentlich sollten, damit sie weiter arbeiten können. Arbeiten unter Schmerzmitteleinnahme kann zu zusätzlichen Nebenwirkungen

führen und es besteht die Gefahr, dass die Abstände zukünftiger Anfälle dadurch kürzer werden oder sogar Kopfschmerzen infolge der überhöhten Medikamenteneinnahme entstehen. Ideal ist es, wenn Betroffene am Arbeitsplatz die Möglichkeit haben ihre Arbeit zu unterbrechen, um sich in einen Ruheraum zurückzuziehen. Der Betroffene kann sich für die Dauer des Migräneanfalls von seinem Hausarzt die Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen.

Arbeitgeber informieren

Migränepatienten sollten offen mit ihrem Vorgesetzten und Kollegen über ihre Krankheit und die damit verbundenen Auswirkungen sprechen, da die Erkrankung von Nichtbetroffenen meist nicht ernst genommen wird. In den Gesprächen können Lösungen gefunden werden, wie mit Migräneanfällen während der Arbeitszeit umgegangen werden kann.

Autofahren

Migränepatienten können unter Schwindelattacken leiden und sind bei einem Anfall nicht fahrtüchtig. Autofahren ist nur möglich, wenn sich ein Migräneschwindel rechtzeitig ankündigt und die Fahrt sicher beendet werden kann.

Migräneschwindel

Während einer Migräneattacke ist die Fahreignung grundsätzlich nicht gegeben. Darüber hinaus ist Migräne eine häufige Ursache für spontan wiederkehrende Schwindelanfälle. Sie können vor, während oder nach einem Anfall auftreten. Sie dauern in der Regel mehrere Stunden, können aber auch wenige Minuten oder mehrere Tage anhalten.

In Anbetracht einer kurzzeitigen, sehr selten vorkommenden Migräne liegt es in der Verantwortung des Betroffenen, ob er in der Lage ist, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen enthalten Angaben zur Fahrtauglichkeit bei verschiedenen Erkrankungen. Sie kann kostenlos unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung heruntergeladen werden. Migräneschwindel ist auf S. 57 aufgeführt.

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

Kraftfahreignung Gruppe 1

Wenn sich eine Schwindelattacke ankündigt, ist der Betroffene in der Regel rechtzeitig in der Lage Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Damit ist er grundsätzlich geeignet, Fahrzeuge der Gruppe 1 (z.B. Motorräder und PKWs) zu führen.

Sofern die Anfälle jedoch nicht durch Vorzeichen gekennzeichnet sind (akuter Beginn), ist die Fahreignung erst nach einer mindestens 3-jährigen schwindelanfallsfreien Beobachtungszeit gegeben.

Kraftfahreignung Gruppe 2

Hinsichtlich akuter Schwindelattacken ohne Vorzeichen ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 (z.B. LKWs und Busse) nicht gegeben.

Bei Anfällen, die sich ankündigen, kann nach einer mindestens 2-jährigen Beobachtungszeit die Fahreignung gegeben sein, sofern das Fahren rechtzeitig vor der Schwindelattacke sicher beendet wird. Während der Beobachtungszeit ist die Fahreignung nicht gegeben.

Schmerzmitteleinnahme

Gemäß der Straßenverkehrsordnung ist das Autofahren, nach § 24 Abs. 2 StVG, bei Schmerzmitteleinnahme grundsätzlich verboten, **außer** die Medikamente sind zur Behandlung einer Krankheit notwendig und vom Arzt verordnet.

Sowohl eine Migräne als auch die Behandlung mit Triptanen können Schläfrigkeit verursachen und die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben einschränken. Autofahren ist eine komplexe Tätigkeit, die die ganze Wachsamkeit erfordert. Ob ein Betroffener während einer Schmerzattacke und danach Autofahren kann, ist daher sorgfältig abzuwägen.

Urlaub

Bewusste Erholungsphasen sind für viele Betroffene wichtig und auch im Urlaub gilt es, die individuellen Auslöser einer Attacke zu vermeiden. Typische Migräneauslöser im Urlaub sind neben einem unregelmäßigen Tagesablauf, z.B. Jetlag, Alkohol oder Lärm.

Betroffene, die bei plötzlicher Entspannung Anfälle bekommen können, sollten ihren Urlaubsbeginn nicht zu abrupt gestalten bzw. versuchen im Alltag schon ein bis zwei Tage vor dem Urlaubsbeginn die Belastung zu reduzieren. Helfen kann ein Puffertag, der schon als „Urlaub“ deklariert wird.

Bei allen Reisen sollten immer ausreichend Medikamente für den Fall eines Migräneanfalls mitgenommen werden. Mit dem Arzt sollte rechtzeitig geklärt werden, ob die verschriebenen Medikamente am Zoll Probleme machen können und deshalb eine Bescheinigung mitgeführt werden muss.

Sport

Ausdauersport kann die Häufigkeit und Intensität von Migräne vermindern. Ratsam sind Sportarten wie Radfahren, Joggen, Walken, Wandern, Langlaufen oder Schwimmen und entspannende Betätigungen wie Tai-Chi oder Yoga. Für einen Migränepatienten gilt: Mindestens dreimal wöchentlich eine halbe Stunde bewegen.

Ungünstig sind Sportarten mit ruckartigen Bewegungen, Erschütterungen und ständigem Wechsel von Be- und Entlastung, z.B. Squash, Fußball, Handball, Kampfsportarten, Reiten. Unterschiedliche Empfehlungen gibt es zu Sportarten in großer Höhe (Fliegen, Klettern) und Tiefe (Tauchen). Bei Menschen mit ausgeprägten Seh-, Konzentrations- und Bewegungsstörungen im Zusammenhang mit einer Attacke ist von diesen Sportarten abzuraten.

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

Sonne und Hitze können Anfälle zusätzlich begünstigen. Bei Outdoor-Aktivitäten sollten diesbezüglich sensible Personen große Hitze meiden bzw. hochwertige Sonnenbrillen tragen. Während einer Migräneattacke darf **kein Sport** betrieben werden. Wenn sich während des Sports ein Anfall ankündigt, sollte die Aktivität abgebrochen werden.



Praxistipps!

Die MigräneLiga e.V. hat im Rahmen ihres Migräne-Magazins zwei Hefte zum Thema herausgegeben:

- Heft 47: Schwerpunkt Urlaub
- Heft 51: Titelthema Sport

Sie können unter www.migraeneliga.de > *migraene magazin* > *Jetzt bestellen* angefordert werden.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Zur Behandlung von Migräne sind häufig verschiedene medizinische Leistungen erforderlich, z.B. regelmäßige Arztbesuche oder Medikamente. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Arzneimittel* > *Zuzahlungsbefreiung* ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

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

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Ergo- oder Physiotherapie und Logopädie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z.B. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, Krücken oder Rollstühle).

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 44).

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 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.

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Berechnung des Bruttoeinkommens

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

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden

- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.607 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.738 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.620 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.810 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.620 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner).
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grund-

rente nach dem BVG

- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt, 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 Zuzahlungsbetrag beträgt 101,76 €, bei chronisch Kranken 50,88 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

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

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

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der o.g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.607 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.240 € (2 x 7.620 €)

davon 2 % = Belastungsgrenze: 183,06 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 183,06 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

- 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.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am

allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.

- 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.

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.

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Migräne kann dazu führen, dass der Betroffene vorübergehend nicht mehr arbeiten kann. 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 im Krankheitsfall 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 vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

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, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- 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.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.
- 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 beträgt 100 % des bisher üblichen Arbeitsentgelts. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- 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** (siehe S. 56) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht unter: 030 221911004, Mo-Do von 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 Migräne-Erkrankung arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

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

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 42).
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente (siehe S. 51), Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 23).



Praxistipp!

Seit dem 11.5.2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 105,88 € täglich.

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

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

Bemessungszeitraum

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

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

Wie sich der Bemessungszeitraum in anderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2019 ein Betrag von 151,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 54.450 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 105,88 €** täglich betragen.

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.

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und

Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,075 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,325 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,075 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €. Der Patient erhält also 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, 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 **einmalig** gezahltes Arbeitsentgelt, z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld I, 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. 51) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der-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 langjährig Versicherte und Altersrente für besonders langjährig Versicherte
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- **Voller** Erwerbsminderungsrente
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger rechnen dann direkt miteinander ab. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung,
- 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 Migränapatient 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.

Leistungsbeschränkungen

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin so stark durch die Migräne eingeschränkt ist, dass er weiterhin 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.

Das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit kann eine wichtige finanzielle Unterstützung für Patienten sein, die an Migräne erkrankt sind und aus diesem Grund nicht arbeiten können.

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/Behinderung 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. 51), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 41) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 34) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend Übergangsgeld (siehe S. 42) 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.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

Migräne kann das Leben der Betroffenen stark einschränken. Ziele von Reha-Maßnahmen sind daher die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

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

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **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 zählt z.B. die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 40).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **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. 42), Haushaltshilfe (siehe S. 44), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

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

Kostenträger

Folgende Kostenträger können für die Reha-Leistungen zuständig sein:

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

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen 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.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. 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 der Antrag 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 ausreichender 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 Falle 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 > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.



Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, kann die unabhängige Teilhabeberatung helfen. Sie bietet Unterstützung für von Behinderungen bedrohte Menschen in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Medizinische Rehabilitation

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

Voraussetzungen

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten) **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer

verminderter Erwerbsfähigkeit **oder**

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha **nicht**:

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

Wartezeit

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

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

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

Grundsätzlich gilt: **Ambulant vor stationär.**

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. **Ausnahme:** Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter, pflegende Angehörige und bei Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

- 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.



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 44) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre Medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt.

Reha-Antrag

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

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“ verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

Bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen sollte der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründen. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherung) den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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



Praxistipps!

- Häufig lehnen die Kostenträger die Reha-Maßnahme zunächst ab. Daher lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Bei der Formulierung des Widerspruchs kann gegebenenfalls der behandelnde Arzt helfen. Gibt der Träger dem Widerspruch nicht statt, kann innerhalb eines Monats eine Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Weitere Informationen zu Widerspruch und Klage unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

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 nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse. Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene 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 u.a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.



Praxistipps!

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

gefunden werden.

- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung* > *Wunsch- und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

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

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 23
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 25
- Verletztengeld von der Unfallversicherung (ähnelt dem Krankengeld der Krankenkasse)
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 42

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 17.

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 erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug 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 1.247 € 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 2019 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.247 €	keine
ab 1.247 €	5 €
ab 1.370,60 €	6 €
ab 1.495,20 €	7 €
ab 1.619,80 €	8 €
ab 1.744,40 €	9 €
ab 1.869 €	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 gegebenenfalls weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Medizinischen Rehabilitation eine sog. **Rehabilitations-Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Services* > *Broschüren & mehr* > *Rehabilitation – Broschüren* > *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger, in der Regel der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse.
- Informationen über Zuständigkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung gibt die unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Migränepatienten nach längerer Krankheitsphase 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.

Kostenträger

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation. 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 Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

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. 47) 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 teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Sicherung

Der Versicherte erhält während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h.: Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann 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

rung scheitern sollte.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Migräne führt in den meisten Fällen nicht zu einer Berentung. Dennoch können die individuellen Beeinträchtigungen und die speziellen Anforderungen des Berufsbilds dazu führen, dass der Betroffene Berufliche Reha-Maßnahmen in Anspruch nehmen muss.

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

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft.

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.



Wer hilft weiter?

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Migräne-Patienten 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.

Das Übergangsgeld kann dem Migränapatienten während einer Reha-Maßnahme den finanziellen Druck nehmen, damit er sich ganz auf seine Gesundheit konzentrieren kann. Zuständig können der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen. Es ist wichtig, dass das Übergangsgeld frühzeitig beantragt wird.

Voraussetzungen

Bei beiden Kostenträgern gilt:

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

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 Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

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

- 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.

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere

Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65% des branchenüblichen tariflichen Entgelts bzw. des ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z.B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Berufliche Reha-Leistungen vermindert sich das Übergangsgeld um 8 % auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden u.a. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente

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

Dauer

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer 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 Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe oben „Arbeitslosigkeit“).
- Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld für diesen Zeitraum.



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das 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

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung

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 oder dem Umfang der Haushaltsführung. Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, kann die Haushaltshilfe seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Außerdem müssen die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation erfüllt sein.



Praxistipps!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und 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.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägte 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 Fahrtkosten und des Verdienstauffalls geben (siehe unten), nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Der zuständige Träger kann die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad erstatten.

Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

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. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Rentenversicherung.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 18).



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Eine Migräneerkrankung kann dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass er den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

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

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Schwerbehindertenrecht vom GdB.

Berechnet werden beide nach den sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ eingesehen werden.

Bei Migräne gibt es folgende Richtwerte:

Echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleitscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen)	GdB
leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)	0-10
mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)	20-40
schwere Verlaufsform (langdauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleitscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)	50-60

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

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

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 Migränekranke(n). Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (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.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- Bei **nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen** wird der Ausweis maximal bis zum Ablauf der Gültigkeit des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung ausgestellt.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen gibt es unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

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 Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt*.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Patienten mit Migräne sind in der Regel nicht erwerbsgemindert. Wenn es aber zu einem schweren Verlauf kommt, kann es sein, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Dann kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

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

Bekommt der Patient keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, besteht noch die Möglichkeit, Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) zu beziehen.

Erwerbsminderungsrente

Migränepatienten, die bei Ablauf des Krankengelds noch nicht wieder arbeitsfähig sind und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht werden, können Erwerbsminderungsrente beantragen.

Den Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss der Patient an den Rentenversicherungsträger stellen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren **oder**
- Volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. 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, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, **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 berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

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

Medizinische Voraussetzungen

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

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

gungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- Als voll erwerbsgemindert gelten auch
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen usw. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - 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 und Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist. Die altersgrenzenabhängigen Abschläge müssen allerdings in Kauf genommen werden. Für jeden Monat, den Sie früher in Rente gehen, beträgt dieser 0,3 %, maximal jedoch 10,8 %.



Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 54) beantragt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Selbstständigkeit

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

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird 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 beim Rentenversicherungsträger berechnet.



Praxistipps!

- Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls 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 ist eine Leistung der Sozialhilfe und sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für 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.

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

Höhe

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

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 424 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 382 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 339 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 322 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 302 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 245 €.

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 le-

benden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).

- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden.
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

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.

Erstbewilligung und Änderung: Die Auszahlung beginnt am Ersten 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 Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag 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.
- 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 Antragsbereich-

tigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenantrag 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 für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt wird nur gezahlt, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Wenn ein Migränepatient nicht in der Lage ist zu arbeiten, nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen hat, die ihn unterstützen, kann er Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Dadurch erhält er ausreichend Geld für essentielle Dinge wie Unterkunft, Lebensmittel und Kleidung. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z.B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 54).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. 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.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.



Praxistipp!

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.

Adressen

MigräneLiga e.V. Deutschland

Bundesgeschäftsstelle
Kurpfalz-Centrum 10, 69181 Leimen
Telefon: 06224 925440-2
Fax: 06224 925440-1
E-Mail: liga@migraeneliga.de
www.migraeneliga.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Ölmühlweg 31, 61462 Königstein im Taunus
Telefon 06174 2904-0
Fax: 06174 2904-100
E-Mail: info@dmkg.de
www.dmkg.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Postfach 740123, 60570 Frankfurt am Main
Telefon: 069 13828022 (Schmerztelefon: Mo/Mi/Fr von 9–11 Uhr)
Telefon: 06201 6049415 (Schmerztelefon: Mo von 18–20 Uhr)
E-Mail: info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

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

SchmerzLOS e.V.

Ziegelstr. 25a, 23556 Lübeck
Telefon: 0451 585446-25
Fax: 0451 585446-26
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de
www.schmerzlos-ev.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© Myimagine – stock.adobe.com – ID 79947191

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2019

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.

7. vollständig überarbeitete Auflage, Juni 2019