

Ein Engagement der **betapharm**

Epilepsie & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – das Wissenssystem für Krankheit & Soziales – entwickelt, welches Antworten auf alle sozialen Fragen rund um eine Krankheit bietet.

Der vorliegende Ratgeber „Epilepsie & Soziales“ informiert umfassend zu Themen wie Rehabilitation, Schwerbehinderung und Berufswahl.

Die fachliche Inhalt wird vom gemeinnützigen beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement erarbeitet. betapharm stellt dieses Wissen zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen



Michael Ewers
Geschäftsführer betapharm



Horst Erhardt
Geschäftsführer beta Institut



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Epilepsie | 3 |
| Soziale Auswirkungen der Epilepsie | 3 |
| Was tun bei einem Anfall? | 4 |
| Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen | 5 |
| Arbeitsunfähigkeit | 5 |
| Entgeltfortzahlung | 5 |
| Krankengeld | 6 |
| Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung | 9 |
| Zuzahlungen | 9 |
| Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze | 11 |
| Rehabilitation | 16 |
| Arten der Rehabilitation | 16 |
| Allgemeines zur medizinischen Rehabilitation | 17 |
| Stationäre Rehabamaßnahmen | 18 |
| Epilepsie-Ambulanzen | 20 |
| Epilepsie-Zentren | 20 |
| Pflege | 21 |
| Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung | 21 |
| Pflegestufen der Pflegeversicherung | 22 |
| Hilfsmittel bei Epilepsie | 26 |
| Schwerbehinderung | 27 |
| Allgemeines zur Schwerbehinderung | 27 |
| Schwerbehindertenausweis | 28 |
| Grad der Behinderung bei Epilepsie | 30 |
| Merkmale | 31 |
| Berufswahl | 32 |
| Berufliche Einschränkungen | 33 |
| Auswirkungen auf den ausgeübten Beruf | 34 |
| Führerschein und Fahrerlaubnis | 35 |
| Führerschein und schwere Krankheit | 35 |
| Fahrerlaubnis bei Epilepsie | 36 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Kinderwunsch bei Epilepsie | 39 |
| Schwangerschaft | 39 |
| Geburt | 39 |
| Die ersten Wochen mit dem Kind | 40 |
| Epilepsie bei Kindern | 41 |
| Urlaub bei Epilepsie | 42 |
| Sport und Epilepsie | 43 |
| Adressen | 44 |
| Internationaler Epilepsie Notfallausweis (IENA) | 45 |

Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text häufig die männliche Form verwendet.
Gemeint sind grundsätzlich weibliche und männliche Personen.

Epilepsie

Epilepsie ist der Oberbegriff für Funktionsstörungen des Gehirns mit anfallsweise auftretenden Muskelkrämpfen und Bewusstseinsstörungen, die durch plötzliche elektrische Entladungen von Nervenzellen des Gehirns entstehen. Ursachen und auch Formen der Epilepsie können sehr unterschiedlich sein.

Milliarden von Nervenzellen im menschlichen Gehirn sind durch chemische und elektrische Impulse aufeinander abgestimmt und ermöglichen so Denken, Bewegen, Fühlen, Sprechen und das Wahrnehmen optischer und akustischer Reize. Ein epileptischer Anfall hat Auswirkungen auf einzelne Gehirngebiete oder das gesamte Gehirn. Je nachdem, wo ein Anfall passiert, hat er unterschiedliche Auswirkungen.

Von Epilepsie spricht man, wenn ein Mensch ohne ersichtlichen Grund mindestens zwei epileptische Anfälle im Lauf des Lebens hat. 1 % aller Menschen erkranken an einer Epilepsie. Dabei zeigt sich eine deutliche Altersverteilung: Besonders häufig ist Epilepsie in den ersten Lebensjahren und ab dem 60. Lebensjahr. 5 % aller Menschen haben einmal im Leben einen epileptischen Anfall.

Epilepsie kann – wie viele andere Erkrankungen – auch soziale und psychische Auswirkungen haben. Unabhängig von Art und Schwere der Epilepsie kann es passieren, dass sich Betroffene aus Angst vor einem Anfall in der Öffentlichkeit zurückziehen. Soziale Isolierung und ungenügendes Selbstbewusstsein können die Folge sein.

Soziale Auswirkungen der Epilepsie

Deshalb ist die Aufklärung über die Krankheit, vor allem auch die des Umfelds eines Betroffenen sehr wichtig. Denn Information minimiert Unsicherheit auf beiden Seiten. Der Patient mit Epilepsie braucht sich nicht zu verstecken und kann selbstbewusster auftreten, der Arbeitskollege, Nachbar oder Freund kann auf einen Anfall adäquat reagieren.

Selbst in unserer aufgeklärten Zeit haben Ärzte und Patienten immer noch damit zu tun das Vorurteil abzubauen, dass Menschen mit Epilepsien „geistig behindert“ oder „psychisch krank“ seien. Tatsache aber ist, dass medikamentöse Therapien es ca. 80 % der Betroffenen ermöglichen, anfallsfrei zu leben und nur ein Teil der Betroffenen zusätzlich unter psychischen Problemen leidet.

Was tun bei einem Anfall?

Bei einem großen Anfall (Grand mal), der eindeutig ist und in der Regel 2 bis 3 Minuten anhält, ist Folgendes zu beachten bzw. zu vermeiden:

Beginnender Anfall

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

Während des Anfalls

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

Nach dem Anfall

Patient in die stabile Seitenlage drehen, da es oft zu erhöhtem Speichelfluss kommt.

Auf den Grand mal (großer Krampfanfall) folgt in der Regel eine kurze Schlaf- bzw. Erholungsphase. Währenddessen sollte man den Betroffenen nicht wecken, sondern ihn vor Unterkühlung schützen.

Unbedingt beim Betroffenen bleiben, bis er wieder vollständig orientiert ist. Dies ist durch einfache Fragen wie „Wie heißt du? Wo bist du? Welcher Tag ist heute?“ herauszufinden. Erst, wenn der Betroffene auf diese Fragen klar antworten kann, kann man ihn alleine lassen, ohne dass eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Wann sollte ein Notarzt gerufen werden?

In seltenen Fällen hält ein Anfall länger als 3 Minuten an: Der Betroffene zuckt und wird blau im Gesicht. Spätestens nach 5 Minuten sollte ein Notarzt gerufen werden, da es zu einem Sauerstoffmangel im Gehirn kommen kann.

Außerdem ist ein Notarzt notwendig, wenn sich ein großer Anfall innerhalb einer Stunde wiederholt oder die Orientierung 30 Minuten nach dem Anfall nicht wieder gegeben ist.

Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen

Epilepsien und deren Behandlung können Krankenhausaufenthalte zum Einstellen der Medikamente mit sich bringen.

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen der in der Kranken- und Unfallversicherung Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung des Zustandes weiter ausüben kann. Die Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für Krankengeld. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

Arbeitsunfähigkeit

Die Entgeltfortzahlung ist eine arbeitsrechtliche Regelung und keine Leistung der Sozialversicherung. Sie ist im Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgeltfortzahlungsgG) geregelt. Das Gesetz regelt die Zahlung des Arbeitsentgelts an gesetzlichen Feiertagen und die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall.

Entgeltfortzahlung

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mindestens 4 Wochen haben. Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

Um Entgeltfortzahlung zu erhalten, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen:

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mindestens 4 Wochen haben.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Dazu zählen auch Rehabilitationsmaßnahmen.

Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind. Das Krankengeld ist eine so genannte Lohnersatzleistung, das heißt, sie wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber (§ 3 EntgeltfortzahlungsgG) besteht.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für den Erhalt von Krankengeld:

- grundsätzlicher Anspruch auf Krankengeldbezug durch die Krankenversicherung
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch nicht.

Kein Anspruch

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

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

Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig und nicht nur geringfügig Beschäftigte.

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

Freiwillig Versicherte, die angestellt sind und deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, bekommen Krankengeld. Als monatliches Bruttoeinkommen wird dann die Beitragsbemessungsgrenze herangezogen.

Freiwillig Versicherte

Anspruch auf Krankengeld entsteht:

- bei Krankenhausbehandlung, mit der Aufnahme, also vom Beginn der Krankenhausbehandlung bzw. der Behandlung in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen
- bei Arbeitsunfähigkeit, mit dem auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgenden Tag

Anspruch auf Krankengeld

Das Krankengeld beträgt 70 % des regelmäßigen Arbeitsentgelts (so genanntes regelmäßiges Bruttoentgelt), maximal aber 90 % des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts.

Höhe

Definition „regelmäßig“

Bezüge, die wegen außergewöhnlicher Umstände gewährt wurden oder ausfielen, bleiben beim regelmäßigen Entgelt unbeachtet. Einmalige Zahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld gehören, wenn sie tatsächlich regelmäßig wiederkehrend geleistet werden, zum regelmäßigen Bruttoentgelt.

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2010 ein Betrag von 125,- € (= Beitragsbemessungsgrenze 45.000,- € : 360).

Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 87,50 € täglich betragen.

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

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 12,33 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern, bzw. von 12,58 % bei kinderlosen Empfängern.

Höchstbetrag des Krankengelds

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

Sonderregelung

Dauer

Die Dauer des Krankengeldes beträgt wegen derselben Krankheit längstens 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Dabei handelt es sich um die so genannte Blockfrist.

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

Dieselbe Krankheit heißt: identische Krankheitsursache.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere 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 keine Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Krankheit **und**
- mindestens 6 Monate Erwerbstätigkeit oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend.

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

Beispiel

Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter (§ 3 EntgeltfortzahlungsgG), d. h., der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.

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

Praxistipp

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

Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Durch häufige Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln können bei Epilepsiepatienten verschiedene Zuzahlungen anfallen.

Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Wo vermerkt, gelten diese Zuzahlungen auch für Kinder. Die nachfolgenden Regelungen gelten auch für Sozialhilfeempfänger.

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

Sie wird nicht fällig bei:

- Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren
- Überweisungen von einem anderen Arzt im selben Quartal
- Vorsorge, Früherkennung, Kontrolluntersuchungen, Schutzimpfungen
- Überschreiten der Belastungsgrenze

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 |
| 5,01 € bis 50,- € | 5,- € |
| 50,- € bis 100,- € | 10 % des Preises |
| ab 100,- € | 10,- € |

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

Aufgrund des Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, welche Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit werden können. Auf www.gkv.info (Die gesetzlichen Krankenkassen) ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittelwirkstoffe, ebenso eine entsprechende Liste der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird. Darüber hinaus können Medikamente eines Arzneimittelherstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, ganz oder zur Hälfte zuzahlungsfrei sein.

Zuzahlungen

Praxisgebühr

Arzneimittel

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

| | |
|---|---|
| <i>Verbandmittel</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels. |
| <i>Heilmittel</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10,- € je Verordnung. |
| <i>Hilfsmittel</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10,- € monatlich. |
| <i>Häusliche Krankenpflege</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10,- € je Verordnung. |
| <i>Soziotherapie</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. |
| <i>Haushaltshilfe</i> | Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. |
| <i>Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung</i> | Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung werden angerechnet. |
| <i>Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation</i> | Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag an die Einrichtung, ohne zeitliche Begrenzung. 28 Tage, wenn die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert. |
| <i>Fahrtkosten</i> | Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt. Auch für Fahrten von Kindern. |
| <i>Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen</i> | <p>Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung nicht berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Künstliche Befruchtung Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, den Rest zahlt der Versicherte zu. • Zahnersatz Zuzahlung wird auch für Kinder fällig. Die Krankenkasse übernimmt: 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss) 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 20 % Bonus) 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 30 % Bonus) Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen. |

- **Kieferorthopädische Behandlung**
 - **Bei Kindern**
Die Krankenkasse übernimmt 20% der Kosten, bei gleichzeitiger Behandlung weiterer Kinder 10%.
Die Zuzahlung wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet.
 - **Bei Erwachsenen**
20% der Kosten und nur soweit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll.

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

Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

Als „belastet“ gilt, wer mehr als 2% der jährlichen Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt (siehe unter „Berechnung“) für Zuzahlungen ausgeben muss(te).

Voraussetzungen

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.

Berechnung

„Angehörige“ des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder, die familienversichert sind
- eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 4.599,- € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße)

- für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.066,- € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße). Dieser Punkt gilt nur für Mitglieder in der Krankenversicherung der Landwirte.
- für jedes Kind des verheirateten Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 4.368,- €
- für das erste Kind einer/s allein erziehenden Versicherten 4.599,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- für jedes weitere Kind einer/s allein erziehenden Versicherten 4.368,- €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind:

- Altersrenten
- Arbeitsentgelt
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über dem Sockelbetrag von 300,- € liegt (bei doppeltem Bezugszeitraum über 150,- €)
- Arbeitseinkommen (bei selbstständiger Tätigkeit)
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Hierzu zählen nicht Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit diese die Grundrente nach dem BGV übersteigt.
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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

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

- Pflegegeld
- Blindenzulage
- Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG

- Elterngeld in Höhe des Sockelbetrags von 300,- € bzw. 150,- € (bei doppeltem Bezugszeitraum)
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ (Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind“)
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit diese der Grundrente nach dem BVG entspricht
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Kindergeld

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, das heißt 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.

*Zuzahlungsbefreiung/
Rückerstattung der Zuzahlung*

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

Überschreiten die Zuzahlungen 2 % der Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten 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.

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

Quittungsheft

Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres auflaufen. Wenn ein Versicherter im Lauf des Jahres die „2 %-Belastungsgrenze“ erreicht hat, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen.

Die Krankenkasse wird dem Patienten die Zuzahlungen zurückerstatten, die die „2 %-Belastungsgrenze“ übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Zuzahlungsbefreiung bescheinigt.

Praxistipp



Sonderregelung für chronisch Kranke

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet (Epilepsiepatient, der regelmäßig zur ärztlichen Kontrolle geht und Medikamente benötigt) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- pflegebedürftig mit Pflegestufe II oder III
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt seit 01.01.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder sich therapiegerecht verhält.

Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Für diejenigen, die dies versäumen und chronisch erkranken, liegt die Belastungsgrenze bei 2 % vom Bruttoeinkommen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind, das 20. Lebensjahr vollendet haben und an einer Krebsart erkranken, für die Früherkennungsuntersuchungen angeboten werden, können die 1 %-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Untersuchungen von einem hierfür zuständigen Arzt haben beraten lassen. Diese Beratung muss in einem Präventionspass dokumentiert worden sein. Diese Regelung umfasst zunächst die Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs. Dies gilt auch für Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben.
- Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte
 - mit schweren psychischen Erkrankungen,
 - mit schweren geistigen Behinderungen oder
 - die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

- Für Menschen, die älter sind und chronisch erkranken, gilt die 1%-Belastungsgrenze, wenn sie eine Bescheinigung vom Arzt über ein therapiegerechtes Verhalten vorlegen.
- Ausgenommen sind Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung über 60 und Pflegebedürftige der Pflegestufen II oder III.

Grundsätzlich gilt:

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



Praxistipp

Sonderregelung im Härtefall bei Zahnersatz

Wenn eine „unzumutbare Belastung“ vorliegt, gewährt die Krankenkasse bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen von 50 bis 65 % einen weiteren Betrag bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, unabhängig davon, ob der Versicherte sich um die Gesunderhaltung seiner Zähne bemüht. Details, siehe „Zahnersatz“. Die Zuzahlungen beim Zahnersatz werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung nicht berücksichtigt.

Sonderregelung Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, das heißt: der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 86,16 €, bei chronisch Kranken 43,08 €.

Sonderregelung für Sozialhilfeempfänger im Heim

Seit 01.01.2005 gibt es für Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, eine Möglichkeit, auch in der Zeit bis sie die 1%- bzw. 2%-Grenze erreicht haben, keine Zuzahlungen mehr zu leisten. Dafür veranlassen sie, dass über den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger der Zuzahlungsgesamtbetrag (86,16 € bzw. bei chronisch Kranken 43,08 €) an ihre Krankenkasse vorab überwiesen wird. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird dann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

Rehabilitation

Die Behandlung von Epilepsie kann durch unterschiedliche Rehabilitationsmaßnahmen begleitet werden. Sie sollen den Patienten dabei unterstützen, mit seiner Erkrankung ein relativ normales Leben führen zu können.

Arten der Rehabilitation

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

Hier die wichtigsten Leistungen:

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

Praxistipp



Grundsätzlich gilt:

Reha(bilitation) geht vor Rente (§ 9 SGB VI).

D.h.: Es wird möglichst versucht, mit RehaMaßnahmen den Bezug von Erwerbsminderungsrente zu verhindern oder zu verzögern.

Zuständigkeit

Neben den Rentenversicherungsträgern übernehmen nahezu alle anderen Träger der Sozialversicherung RehaMaßnahmen.

Nachfolgend eine Übersicht zur prinzipiellen Zuständigkeit.

- Die Krankenkassen sind zuständig bei medizinischer Rehabilitation.
- Die Berufsgenossenschaften sind zuständig bei Arbeitsunfall oder Wegeunfall für die gesamte Rehabilitation.
- Die Rentenversicherungsträger sind zuständig bei erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation dienen insbesondere der Ausheilung einer Erkrankung und der Wiederherstellung der Gesundheit.

Allgemeines zu medizinischen Leistungen der Rehabilitation

Unter anderem beinhalten sie:

- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- stationäre Rehamaßnahmen , darunter fallen auch teilstationäre Rehamaßnahmen
- ambulante Rehamaßnahmen
- Reha-Sport und Funktionstraining
- Berufsfindung und Arbeitserprobung

Die Dauer beträgt in der Regel 3 bis 4 Wochen (ambulante Rehamaßnahmen: 20 Behandlungstage; Reha-Sport und Funktionstraining: zwischen 6 und 36 Monaten je nach Träger der Leistung), Verlängerung ist aus medizinischen Gründen in allen Fällen möglich.

Dauer

Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen bei fast allen ambulanten und (teil-)stationären Rehamaßnahmen 10,- € Zuzahlung pro Tag leisten:

Zuzahlung

- zeitlich unbegrenzt für ambulante und (teil-)stationäre Rehamaßnahmen der Krankenkasse.
- 28 Tage, wenn die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert.
- längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres für stationäre medizinische Rehamaßnahmen des Rentenversicherungsträgers. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse werden angerechnet.
- für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres bei einer Anschlussheilbehandlung der Krankenkasse, in Einzelfällen kann als Kostenträger auch das Sozialamt (Krankenhilfe) nach Maßgabe der Bestimmungen, wie sie die Krankenkasse vorsieht, auftreten. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse und für eine Anschlussheilbehandlung an den Rentenversicherungsträger werden angerechnet.
- für längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres bei einer Anschlussheilbehandlung des Rentenversicherungsträgers.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für die stationäre Behandlung an den Rentenversicherungsträger und für die Krankenhausbehandlung, die der Anschlussheilbehandlung vorausgegangen ist, an die Krankenkasse werden angerechnet.

Wenn der Versicherte mehrmals in einem Jahr stationär behandelt wird, werden die Tage der Zuzahlung an die Krankenkasse für Krankenhausbehandlung, ambulante und stationäre Rehamaßnahmen sowie Anschlussheilbehandlung angerechnet.

Keine Zuzahlung

Keine Zuzahlung wird fällig:

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

Wartezeit

Zwischen zwei bezuschussten Rehamaßnahmen – egal ob ambulant oder (teil-)stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind medizinische Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren.

Ausnahmen

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 Rehamaßnahmen 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.

Stationäre Rehamaßnahmen

Darunter versteht man eine Kur: Der Patient wohnt für die Zeit der Rehamaßnahme in einer entsprechenden Einrichtung. Stationäre Rehamaßnahmen sind z. B. bei Nachbehandlungen schwerer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Geschwulstleiden oder Diabetes mellitus möglich.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine stationäre Rehamaßnahme sind:

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

Dem Antrag auf eine Medizinische Reha sollte zweckmäßigerweise der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Der Antrag ist an den zuständigen Träger zu richten. Erforderlich sind gegebenenfalls eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und ein eigenes, persönliches Schreiben.

Der Leistungsumfang bei ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen der Krankenkasse, des Renten- oder des Unfallversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt. Unter Umständen wird der MDK zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit herangezogen.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag auf „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ stellen.

Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von Medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Seit 01.04.2007 können nur noch Ärzte Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation verordnen, die gemäß § 11 der Rehabilitations-Richtlinien hierfür qualifiziert sind.

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

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Krankenkassen oder das Sozialamt.

Antrag

Vorgehensweise in der Antragstellung

Praxistipp

Wer hilft weiter?

Epilepsie-Ambulanzen

Ist ein Epilepsiepatient nach 2 Jahren Behandlung durch einen Facharzt (in der Regel ein Neurologe) medikamentös nicht so eingestellt, dass er anfallsfrei ist bzw. er ist zwar anfallsfrei, leidet aber unter starken Nebenwirkungen der Medikamente, sollte der behandelnde Arzt Rat bei Kollegen einer Spezialeinrichtung wie einer Epilepsie-Ambulanz oder einer Epilepsieklinik suchen.

Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. (DGfE) hat einen Kriterienkatalog erarbeitet, der Voraussetzungen einer Epilepsie-Ambulanz beinhaltet: „Epilepsie-Ambulanzen sind regionale Spezialeinrichtungen zur ambulanten Diagnostik, Behandlung und sozialmedizinischen Betreuung von Problemfällen. Sie dienen auch der epileptologischen Fortbildung niedergelassener Ärzte und aller Personen, die mit der Rehabilitation Epilepsiekranker befasst sind. Sie sind an (Neuro)Pädiatrische, Neurologische, Neuro-Psychiatrische Kliniken oder entsprechende Fachabteilungen von Krankenhäusern angeschlossen.“

Voraussetzungen

Um als Epilepsie-Ambulanz anerkannt zu werden müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden.

- **Personelle Besetzung:**
multiprofessionelles Team bestehend aus leitendem Arzt, Psychologe und Sozialarbeiter
- **Apparative Ausstattung:**
EEG-Gerät, Labor, CT, MRT etc.
- **Organisation:**
regelmäßige Sprechstunden, Notfalldienst
- **Kapazität:**
mindestens 500 Konsultationen pro Jahr

Epilepsie-Ambulanzen sind für „Problemfälle bei Epilepsie“ geschaffen. Sie klären diagnostische Zweifelsfälle und beraten Patienten zu Schwangerschaft und Geburt, Sport und Reisen, Führerschein, Schul- und Berufswahl und Rehabilitation. Eine Übersicht aller Epilepsie-Ambulanzen nach den Kriterien der Internationalen Liga gegen Epilepsie findet sich im Internet unter www.ligaepilepsie.de.

Epilepsie-Zentren

Epilepsie-Zentren sind überregionale Einrichtungen für Epilepsie, die sowohl ambulante als auch stationäre Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bieten. Gleichzeitig sollten diese Zentren an Universitäten angeschlossen sein, um als Lehrkrankenhaus in Forschung und Ausbildung mitzuwirken. Epilepsie-Zentren gibt es für Kinder und für Erwachsene. Eine Liste der Epilepsie-Zentren ist im Internet unter www.ligaepilepsie.de zu finden.

Bei einigen Patienten mit Epilepsie, auch bei Kindern, können zu den Epilepsien weitere Einschränkungen kommen, so dass evtl. eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Insbesondere bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen kann dies der Fall sein. Die Pflegeversicherung wird im Sozialgesetzbuch XI geregelt.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Pflegebedürftigkeit und Vorversicherungszeit. Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

**Pflegebedürftigkeit
im Sinne der
Pflegeversicherung**

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird in Pflegestufen eingeteilt.

Krankheiten oder Behinderungen sind:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- **Körperpflege**
(z. B. Waschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung)
- **Ernährung**
(z. B. mundgerechte Zubereitung und Aufnahme der Nahrung)
- **Mobilität**
(z. B. Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wieder-aufsuchen der Wohnung)
- **Hauswirtschaftliche Versorgung**
(z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen, Waschen, Heizen)

Hilfe besteht in der

- Unterstützung bei diesen gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.
- teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- Beaufsichtigung oder Anleitung bei diesen Verrichtungen.
Das bedeutet, dass z.B. die Beaufsichtigung eines Verwirrten, der nur unter Anweisung seine Zähne putzen kann, zum Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zählt.

Prüfung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit bestimmt die Pflegestufe, die dann von der Pflegekasse festgelegt wird.

Der MDK nimmt beim Pflegebedürftigen einen Begutachtungstermin wahr. Er erfasst dabei die Aufwendungen für Verrichtungen der Pflege im konkreten Fall des Pflegebedürftigen, legt in einem Gutachten fest, welche Aufwendungen erforderlich sind, und stellt einen Pflegeplan auf.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in eine Pflegestufe ein. Der Bescheid auf Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen geht dem Antragsteller zu.

Praxistipp



Die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien sind für das gesamte Bundesgebiet einheitlich und für alle Pflegekassen und MDKs verbindlich. Diese Richtlinien können beim MDS-Fachgebiet Pflege, Lützwowstr. 53, 45141 Essen, Telefon 0201 8327-0 (DIN-A-5-Kuvert mit 1,44 € frankiert und adressiert beilegen) schriftlich angefordert oder im Internet unter www.mds-ev.org/index2.html heruntergeladen werden. (MDS = Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen)

Pflegestufen der Pflegeversicherung

Pflegestufe I – erheblich Pflegebedürftige

Die Pflegestufe ergibt sich aus der Schwere der Pflegebedürftigkeit und bedingt die Höhe der Leistungen der Pflegekasse.

Hilfebedarf besteht einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 46 Minuten entfallen.

| Leistungen | € |
|--|---------|
| Monatliches Pflegegeld Pflegeversicherung | 225,- |
| Monatliche Pflegesachleistungen | 440,- |
| Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich | 440,- |
| Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr) | 1.510,- |
| Vollstationäre Pflege monatlich | 1.023,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer | 1.510,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer | 225,- |

Hilfebedarf besteht mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten für Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

*Pflegestufe II – schwer
Pflegebedürftige*

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen.

| Leistungen | € |
|--|---------|
| Monatliches Pflegegeld der Pflegeversicherung | 430,- |
| Monatliche Pflegesachleistungen | 1.040,- |
| Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich | 1.040,- |
| Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr) | 1.510,- |
| Vollstationäre Pflege monatlich | 1.279,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer | 1.510,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer | 430,- |

*Pflegestufe III – schwerst
Pflegebedürftige*

Hilfebedarf besteht täglich rund um die Uhr, auch nachts, bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beträgt wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

| Leistungen | € |
|--|---------|
| Monatliches Pflegegeld der Pflegeversicherung | 685,- |
| Monatliche Pflegesachleistungen | 1.510,- |
| Monatliche Pflegesachleistungen im Härtefall | 1.918,- |
| Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich | 1.510,- |
| Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr) | 1.510,- |
| Vollstationäre Pflege monatlich | 1.510,- |
| Vollstationäre Pflege monatlich im Härtefall | 1.825,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer | 1.510,- |
| Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer | 685,- |

Pflegestufen bei Kindern

Für die Beurteilung der Pflegestufe eines Kindes ist entscheidend, wie viel zusätzliche Hilfe das Kind gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind benötigt, bzw. der zeitliche Mehraufwand.

Der Höchstbedarf an Hilfe für nicht behinderte Kinder wurde folgendermaßen festgelegt (Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in der Fassung vom 22.8.2001):

| | Stunden/Tag |
|---|-------------|
| 0–1 Jahr alt | |
| Körperpflege (wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen) | 1,25 |
| Ernährung (mundgerecht zubereiten, aufnehmen, füttern) | 1–2 |
| Mobilität (an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen) | 2 |

1–2 Jahre alt**Körperpflege**

(wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen)

1

Ernährung

(mundgerecht zubereiten, aufnehmen, füttern)

1

Mobilität

(an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen)

2

2–3 Jahre alt**Körperpflege**

(wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen)

0,75–1

Ernährung

(mundgerecht zubereiten, aufnehmen, füttern)

0,75

Mobilität

(an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen)

1

3–6 Jahre alt**Körperpflege**

(wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen)

0,75

Ernährung

(mundgerecht zubereiten, aufnehmen, füttern)

0,5–0,75

Mobilität

(an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen)

0,5–1

6–12 Jahre alt**Körperpflege**

(wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen)

0–0,75

Ernährung

(mundgerecht zubereiten, aufnehmen, füttern)

0–0,5

Mobilität

(an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen)

0–0,5

Braucht die Mutter zum Beispiel 3 Stunden länger als die hier angegebenen Zeiten, ist eine Einordnung des Kindes als „schwer pflegebedürftig“ in Pflegestufe II wahrscheinlich. Die Einstufung ist Aufgabe des MDK.

Höherstufung

Eine Höherstufung der Pflegestufe ist immer dann möglich, wenn sich der Pflegeaufwand erhöht. Dazu ist ein Antrag bei der Pflegekasse zu stellen und ein erneutes Feststellungsverfahren über den MDK nötig, das auch als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

Als Wiederholungsgutachten gilt auch die Begutachtung im Auftrag der Pflegekasse, wenn diese den Hinweis erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in ausreichender Weise gewährleistet ist.

Hilfsmittel bei Epilepsie

Es gibt Signalgeräte für epilepsiekranken Menschen, die besonders nachts Anfälle haben. Dabei wird ein Sensor an der Matratze des Epilepsiekranken montiert. Die Sensoren unterscheiden, ob es sich um normale Schlafbewegungen handelt oder ob ein Anfall mit Krämpfen stattfindet. Der Anfall wird aufgezeichnet und mit Dauer und Stärke dokumentiert. Gleichzeitig löst das Gerät einen Alarm aus, z. B. im Elternschlafzimmer, beim Partner oder bei anderen Angehörigen. So ist eine sichere Betreuung des Epilepsiepatienten möglich.

Die Dokumentation des Anfalls ist besonders für den behandelnden Arzt von Bedeutung, denn nur mit genauen Angaben über Zeitpunkt, Dauer und Art der Anfälle ist eine medikamentöse Einstellung möglich.

Signalgeräte für epileptische Anfälle können vom Arzt verordnet werden und werden von der gesetzlichen Krankenversicherung als Hilfsmittel übernommen. Der Versicherte leistet eine Zuzahlung in Höhe von 10% des Abgabepreises, mindestens 5,- € und maximal 10,- €.

Notfall-Stimme für Ersthelfer

Epilepsiekranken Menschen, die unerwartet Anfälle erleiden, können ein handygroßes Gerät am Körper tragen, das bei einem Anfall durch die Veränderung des Neigungswinkels, durch heftige krampfartige Bewegungen oder das Zittern ausgelöst ein Alarmsignal von sich gibt. Wird das Gerät nicht sofort in seine Ausgangslage zurückgesetzt, startet eine Tonbandstimme, die mögliche Helfer über das Krankheitsbild, Medikamente oder wichtige Telefonnummern informiert.

Schwerbehinderung

Als schwer behindert nach dem SGB IX gelten Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Leistungen nach dem SGB IX erhalten sie nur, wenn sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung in Deutschland haben.

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

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

Vorteile der Schwerbehinderung im Arbeitsleben sind für den Arbeitnehmer ein besonderer Kündigungsschutz und Zusatzurlaub.

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

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

Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber mindestens 30 erhalten die gleichen Leistungen wie Schwerbehinderte, wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Die Gleichstellung stellt die Agentur für Arbeit auf Antrag fest.

Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch im Gegensatz zu Schwerbehinderten keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogenes Altersruhegeld nach Vollendung des 60. Lebensjahres (Altersrente für Schwerbehinderte).

Allgemeines zu Schwerbehinderung

Kündigungsschutz und Zusatzurlaub

Gleichstellung behindert/schwerbehindert



Praxistipp

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

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ersetzen seit dem 01.01.2009 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht“ und werden vom Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de als Download angeboten.



Praxistipp

Folgende Punkte sind beim Beantragen des Ausweises zu beachten:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z. B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragsstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. die Höhe der körperlichen Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.

- Der Patient sollte sich etwa eine Woche lang selbst beobachten und beobachten lassen und alles aufschreiben, was körperlich beeinträchtigt, was Schmerzen verursacht, womit er sich und/oder andere gefährdet (z. B. zu langsam im Straßenverkehr, andere Verkehrsteilnehmer nicht gehört oder gesehen).
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).
- Wenn der Behinderte niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Foto zu bekommen.
- Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) bekommt der Behinderte vom Versorgungsamt einen sog. Feststellungsbescheid. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen.

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

Gültigkeitsdauer

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 Schwerbehinderten unter 10 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

Bei Schwerbehinderten zwischen 10 und 15 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

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

Antrag auf Erhöhung

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

Abhängig vom GdB sind die Nachteilsausgleiche für Behinderte. Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“. Diese Anhaltspunkte enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben darüber, wie hoch der Grad der Behinderung bei welchen Behinderungen festzusetzen ist.

Die Anhaltspunkte gelten bundesweit und sollen für eine möglichst einheitliche Praxis sorgen. Vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurden sie zuletzt im Mai 2004 neu überarbeitet und herausgebracht.

Hier die Angaben zu epileptischen Anfällen, je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung:

GdB 40

Sehr selten: generalisierte (große) Anfälle mit Pausen von mehr als einem Jahr; kleine und einfach fokale Anfälle mit Pausen von Monaten

GdB 50–60

Selten: generalisierte (große) Anfälle mit Pausen von Monaten; kleine und einfach fokale Anfälle mit Pausen von Wochen

GdB von 60–80

Mittlere Häufigkeit: generalisierte (große) Anfälle mit Pausen von Wochen; kleine und einfach fokale Anfälle mit Pausen von Tagen

GdB von 90–100

Häufig: generalisierte (große) Anfälle wöchentlich oder Serien von generalisierten Krampfanfällen; kleine und einfach fokale Anfälle täglich

Nach weiteren 3 Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer antikonvulsiver Behandlung wird ein GdB von 30 zuerkannt.

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

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

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

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

Fragen zu Leistungen für Schwerbehinderte oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.

Verschiedene Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen der Behinderte erhält.

Es gibt folgende Merkzeichen:

- Merkzeichen „G“: erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- Merkzeichen „aG“: außergewöhnliche Gehbehinderung
- Merkzeichen „H“: hilflos
- Merkzeichen „Bl“: blind oder hochgradig sehbehindert
- Merkzeichen „RF“: Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung
- Merkzeichen „B“: ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- Merkzeichen „Gl“: gehörlos und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

Merkzeichen „G“ bei Epilepsie

Bei hirnorganischen Anfällen sind die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis gegeben, wenn es durch die Art und Häufigkeit der Anfälle zu einer Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit kommt. Davon kann man ausgehen, wenn es sich um hirnorganische Anfälle ab einer mittleren Anfallshäufigkeit handelt (siehe Grad der Behinderung bei Epilepsie) und diese überwiegend tagsüber auftreten.



Praxistipp



Wer hilft weiter?

Merkzeichen

Berufswahl

Bei der Berufswahl von Epileptikern müssen sowohl die persönlichen Interessen und Fähigkeiten als auch die individuelle Form der Epilepsie berücksichtigt werden.

Bei Jugendlichen mit Epilepsie ist es ratsam, sich schon zwei Jahre vor Schulabschluss an einen Berufsberater einer Epilepsie-Ambulanz zu wenden.

Dort können die Leistungsfähigkeit des Jugendlichen und sein individueller Krankheitsverlauf mit den Berufswünschen und -möglichkeiten abgestimmt werden.

Kommen zur Epilepsie noch andere Einschränkungen dazu (beispielsweise eine Lern- oder Körperbehinderung), bieten die Berufsbildungswerke verschiedene Möglichkeiten. Diese Einrichtungen bilden vor allem junge Menschen mit Behinderungen aus. Adressen finden sich auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW), www.bagbbw.de.

Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten

Der Ausschuss „Arbeitsmedizin“ der Berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit hat in seinen Berufsgenossenschaftlichen Informationen und Grundsätzen für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (BGI), speziell in der BGI-Information 585 „Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie, Stand 2007“ erarbeitet und herausgegeben, nachzulesen unter www.arbeitssicherheit.de.

Darin wird davon ausgegangen, dass bei Menschen mit Epilepsie grundsätzlich keine Bedenken bestehen, weil sie als dauerhaft anfallsfrei gelten, wenn sie:

- unter medikamentöser Behandlung länger als 2 Jahren anfallsfrei sind
- nach operativer Behandlung länger als ein Jahr anfallsfrei sind
- länger als 3 Jahren Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf heraus haben
- ausschließlich Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein haben (kein Sturz, keine Bewusstseinsstörung, keine Störung der Willkürmotorik)

Gefährdungen und deshalb berufliche Einschränkungen ergeben sich bei Menschen, die arbeitsplatzrelevante Anfälle haben.

Das ist bei folgenden Symptomen der Fall:

- Bewusstseinsstörung
- Verlust der Haltungskontrolle
- Störung der Willkürmotorik
- unangemessene Bewegungen

Die HVBG-Richtlinien nennen „Kriterien für die Abstufung der Gefährdung“: Das sind vor allem Eigengefährdung, Fremdgefährdung und ökonomisches Risiko. Bei der Beurteilung einer beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, dass innerhalb eines Berufes die Risiken bei den einzelnen Tätigkeiten unterschiedlich sein können. Diese Tatsache verlangt neben der ärztlichen (betriebsärztlichen) Beurteilung die Mitwirkung einer für das spezielle Berufsfeld sachkundigen Person (z. B. Arbeitssicherheitsfachkraft).

Ein Beispiel für Eigengefährdung ist die Gefahr, mit drehenden, ungeschützten Teilen (Backenfutter, Bohrspindeln), mit gesundheitsschädlichen elektrischen Spannungen, mit infektiösen oder toxischen Stoffen in Berührung zu kommen. Von Fall zu Fall wäre auch zu prüfen, ob durch geeignete technische Vorrichtungen und Hilfen die Unfallgefährdung an einem bestimmten Arbeitsplatz so reduziert werden kann, dass er für eine Person mit Epilepsie geeignet ist.

Eigengefährdung

Fremdgefährdung ist gegeben bei mangelhafter Aufsicht von Minderjährigen bzw. geistig oder körperlich behinderten Menschen im Bereich sozialpflegerischer oder pädagogischer Berufe. Inwieweit eine Aufsicht bei behinderten Menschen erforderlich ist, hängt von deren Grad der körperlichen oder geistigen Einschränkungen sowie vom Grad der Gefährdung ab, woraus sich die Anforderungen an die Aufsichtsperson ergeben. Die Aufsichtsperson muss erforderlichenfalls in der Lage sein, die ihr anvertrauten Personen auch ununterbrochen zu beobachten, um rechtzeitig eingreifen zu können.

Fremdgefährdung

In den meisten Fällen werden sich organisatorische Maßnahmen finden lassen, um das Risiko der Eigen- bzw. Fremdgefährdung zu minimieren, z. B. Arbeiten zu zweit oder Möglichkeiten, Hilfe in der Nähe abzurufen.

Ein Beispiel für ökonomischen Risiken sind Fehlprogrammierungen oder falsche Eingaben bei computergestützten Arbeiten.

Ökonomische Risiken

Auswirkungen auf den ausgeübten Beruf

Treten Epilepsien erst im Erwachsenenalter auf und kann der Betroffene deshalb seinen Beruf (beispielsweise Dachdecker, Elektriker, Fräser, Schreiner) nicht mehr ausüben, muss gemeinsam mit dem Integrationsamt, der Agentur für Arbeit und dem zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft werden, welcher Beruf in Frage kommt, bei dem keine Verletzungsgefahr zu erwarten ist.

Manchmal besteht auch die Möglichkeit, innerhalb des Unternehmens an einen Arbeitsplatz zu wechseln, an dem eine Eigen- oder Fremdgefährdung ausgeschlossen ist. In einigen Fällen genügt es sogar, Gegenstände, die bei einem Anfall zu Verletzungen führen könnten, vom Arbeitsplatz zu entfernen, Schutzvorrichtungen an Maschinen anzubringen oder einen Rückzugsraum zu schaffen, in den sich der Mitarbeiter zurückziehen kann, wenn er spürt, dass ein Anfall auftritt.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Patienten mit Ihren Kollegen, dem Betriebsarzt und dem Arbeitgeber offen über ihre Krankheit sprechen.

Für Verletzungen, die durch einen Anfall entstehen kommt die Krankenversicherung auf. Tragen aber betriebliche Einrichtungen wie Maschinen zu den Verletzungen bei, dann handelt es sich um einen Arbeitsunfall, bei dem die Berufsgenossenschaft eintritt.

Führerschein und Fahrerlaubnis

Auch nach einer Krankheit (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) oder trotz einer Einschränkung (Epilepsie) wollen viele Menschen weiterhin selbstständig und mobil sein und deshalb Auto fahren.

Doch wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn er selbst Vorsorge getroffen hat, dass er andere nicht gefährdet (§ 2 Abs. 1 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)).

In dieser Verordnung werden häufig vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können, aufgelistet. Neben den einzelnen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.

Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Der Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis ist bei der Führerscheinstelle im Landratsamt oder bei der Stadtverwaltung zu stellen. Die Antragstellung kann auch über die Fahrschule vorgenommen werden. Bei diesem Antrag ist anzugeben, ob eine körperliche oder geistige Einschränkung vorliegt. Dies sollte der Antragssteller wahrheitsgemäß angeben. Die Führerscheinstelle entscheidet dann, ob und welche Gutachten beizubringen sind und wer diese erstellen kann.

Bei Führerscheininhabern, die z. B. mit Epilepsie, Diabetes, Schlaganfall konfrontiert werden, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt sollte den Patienten auch schriftlich bestätigen lassen, dass er auf die Gefahr hingewiesen wurde, andernfalls könnten Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden.

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

Erstantrag auf Führerschein

**Führerschein
und schwere Krankheit**

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU). Die Untersuchung teilt sich in zwei Bereiche auf, den medizinischen und den psychologischen.

Medizinischer Bereich:

körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, neurologischer Befund (falls erforderlich), fachärztlicher Befund, Medikamenteneinnahme

Psychologischer Bereich:

Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion, Belastbarkeit

Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

Kommt der Betroffene der Forderung der Führerscheinstelle zur Erstellung des oben genannten Gutachtens nicht nach, kann der Führerschein eingezogen werden. Die Kosten der Gutachten trägt der Betroffene selbst.

*Dauerbehandlung mit
Arzneimitteln*

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art nicht gegeben.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen.

**Fahrerlaubnis
bei Epilepsie**

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

Ob eine Fahrerlaubnis erteilt wird hängt von mehreren Faktoren ab. Wichtig ist, ob es sich um einen einmaligen Anfall, eine behandelbare Epilepsie oder um eine langjährig therapieresistente Epilepsie handelt. Entscheidend sind der Anfallstyp (mit oder ohne Bewusstseinsstörung, wann die Anfälle auftreten – tagsüber, nachts) und die Behandlung mit Medikamenten.

Eine Fahrerlaubnis kann nicht erteilt werden, wenn Anfälle nicht durch Medikamente vermieden werden und jederzeit auftreten können.

Folgende Informationen sind entnommen aus den „Begutachtungs-Leitlinien zu Kraftfahrereignung“, herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen im Februar 2000.

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in zwei Gruppen unterteilt:

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

Fahrerlaubnis bei Gruppe 1

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

Ausnahmen:

- Bei einfachen fokalen Anfällen, die keine Bewusstseinsstörung und keine motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen eines Fahrzeugs zur Folge haben und bei denen nach mindestens einjähriger Verlaufsbeobachtung keine relevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik und kein Übergang zu komplex-fokalen oder generalisierten Anfällen erkennbar wurde.
- Bei ausschließlich an den Schlaf gebundenen Anfällen nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit.

Kein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven ist anzunehmen:

Nach einem einmaligen Anfall (nach einer Beobachtungszeit von 3–6 Monaten), wenn der Anfall an bestimmte Bedingungen geknüpft war (Gelegenheitsanfall) wie z. B. Schlafentzug, Alkoholkonsum oder akute Erkrankungen (Fieber, Vergiftungen, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) und der Nachweis erbracht wurde, dass diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind.

Wenn der Betroffene ein Jahr anfallsfrei geblieben ist und kein wesentliches Risiko weiterer Anfälle besteht. Bei langjährig therapieresistenten Epilepsien beträgt die erforderliche anfallsfreie Zeit 2 Jahre.

Fahrerlaubnis bei Gruppe 2

Nach mehr als zwei epileptischen Anfällen wird die Fahrerlaubnis in der Regel nicht mehr erteilt.

Ausnahmen:

- 5-jährige, durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene Anfallsfreiheit ohne epileptische Behandlung.
- Nach einem einmaligen Anfall im Erwachsenenalter ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie oder eine andere hirnorganische Erkrankung ist eine anfallsfreie Zeit von 2 Jahren abzuwarten.
- Nach einem Gelegenheitsanfall ist bei Vermeiden der provozierenden Faktoren nach 6 Monaten keine wesentliche Risikoerhöhung mehr anzunehmen.
- Bei Fahrerlaubnisinhabern beider Gruppen sind Kontrolluntersuchungen in Abständen von 1, 2 und 4 Jahren erforderlich.

Kinderwunsch bei Epilepsie

Kinder von epilepsiekranken Eltern haben ein etwas höheres Risiko, an Epilepsie zu erkranken, als Kinder gesunder Eltern. Dieses Risiko ist noch höher, wenn beide Elternteile anfallskrank sind.

Epilepsie ist zwar keine Erbkrankheit, jedoch wird die Veranlagung dafür an das Kind weitergegeben. Bei familiärer Epilepsie oder bereits bestehenden Fehlbildungen der Eltern sollte eine genetische Beratung stattfinden.

Um potentielle Risiken zu vermeiden, sollten eine epilepsiekranke Frau und ihr Partner bei Kinderwunsch unbedingt ausführlich mit dem behandelnden Neurologen und Gynäkologen sprechen. Eine Schwangerschaft sollte in diesem Fall möglichst geplant werden.

Antiepileptische Medikamente können eine fruchtschädigende Wirkung haben, diese Gefahr ist bei bestimmten Medikamenten und der gleichzeitigen Einnahme verschiedener anderer Medikamente besonders hoch. Das Ziel der ärztlichen und medikamentösen Behandlung während einer Schwangerschaft sollte deshalb eine möglichst geringe Antiepileptika-Dosierung sein. Die Patientin sollte möglichst schon vor der Schwangerschaft optimal eingestellt sein.

Ein Absetzen der gewohnten Medikation kann für Mutter und Kind gleichermaßen gefährlich sein.

Schwangerschaften bei Epilepsiepatientinnen gelten aufgrund der Fehlbildungen, die durch die Medikamente hervorgerufen werden können, als Risikoschwangerschaften. Deshalb wird bei den Vorsorgeuntersuchungen insbesondere in den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft in der Regel eine ausführlich Ultraschalldiagnostik, evtl. auch eine Fruchtwasseruntersuchung, angewandt, um Fehlbildungen auszuschließen.

Epileptische Anfälle (auch Grand mal-Anfälle) gefährden das Kind im Mutterleib nicht, da das Blut des Kindes im Mutterleib einen erhöhten Sauerstoffgehalt hat. Ausnahmen sind jedoch sehr lange anhaltende Anfälle oder dabei entstehende Verletzungen der Mutter.

Bei kompliziertem Schwangerschaftsverlauf, nachgewiesenen Fehlbildungen des Kindes, sehr hoher Anfallshäufigkeit oder hochdosierter Medikation der Mutter wird das Kind häufig mit Kaiserschnitt entbunden. Ansonsten spricht nichts gegen eine natürlich Geburt.

Schwangerschaft

Geburt

In der Regel verläuft die Entbindung einer Mutter mit Epilepsie nicht schwieriger als bei anderen Müttern auch. Manche Medikamente beeinflussen die Blutgerinnung der Mutter und des Babys. Dies muss von den behandelnden Ärzten berücksichtigt und prophylaktisch behandelt werden.

Stillen

Ob das Kind gestillt wird oder nicht, ist eine persönliche Entscheidung der Mutter. Allerdings sollte mit den behandelnden Ärzten besprochen werden, ob die medikamentöse Behandlung so dosiert ist, dass die Konzentration der Medikamente in der Muttermilch möglichst gering ist und das Baby nicht unter Nebenwirkungen leidet.

Die ersten Wochen mit dem Kind

Bei einigen Frauen werden epileptische Anfälle durch Schlafentzug provoziert. Eine in dieser Art gefährdete Mutter sollte also auf ihre Nachtruhe achten.

Handelt es sich um ein nachts unruhiges Kind, kann es sinnvoll sein, die Milch tagsüber abzupumpen und den Partner oder eine andere nahestehende Person in die nächtliche Betreuung und Versorgung des Kindes einzubeziehen.

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

- Mitbetreuung des Kindes durch eine andere Person.
- Das Baby auf dem Boden wickeln.
- Das Baby sollte nicht alleine von der Mutter gebadet werden oder nur in einer speziellen Babybadewanne, in der es nicht ertrinken kann.
- Der Partner sollte die nächtliche Betreuung des Kindes übernehmen, damit die Mutter durchschlafen kann und so das Risiko von Anfällen vermindert wird.

Epilepsie bei Kindern

Wenn epilepsiekranke Kinder schon Grand mal-Anfälle erlitten haben und dies sich jederzeit wiederholen kann, sollten die Eltern die Erzieher bzw. Lehrer unbedingt davon unterrichten, damit diese wissen, wie sie bei einem Anfall richtig reagieren.

Das Wissen über die Krankheit und das richtige Verhalten bei einem Anfall können Panik und Hilflosigkeit vermeiden. Auch die anderen Kinder in der Gruppe bzw. Klasse sollten über Epilepsien aufgeklärt werden. So können, Ablehnung und Ausgrenzung des anfallskranken Kindes vermieden werden.

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

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

Sport tut allen Kindern und Jugendlichen gut und ist besonders in der Schule wichtig für die Integration in der Klasse und das Selbstbewusstsein des Kindes. Deshalb ist ein generelles Sportverbot nicht sinnvoll.

Um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten, sollten sich die Eltern eine Bestätigung des betreuenden Kinderarztes oder Neurologen ausstellen lassen und dem Sportlehrer vorlegen, um dann den Turnunterricht mit ihm abzusprechen.

Turnen in großen Höhen sollte kritisch hinterfragt werden, Vorsicht ist auch im Schwimmunterricht oder Geräteturnen geboten. Plant die Schule eine Projekt- oder Sportwoche ist es empfehlenswert, die verantwortlichen Projektleiter zu informieren und eine eventuelle Medikamenteneinnahme gesondert zwischen Eltern und Lehrer zu vereinbaren.

Hinweise zu „Sport und Epilepsie“ bitte auf Seite 43 nachlesen.

Schulsport

Urlaub bei Epilepsie

Die Vorsichtsmaßnahmen und Beschränkungen für Epilepsie- kranke auf Reisen richten sich nach der Art der Anfälle.

Grundsätzlich können Stress, ungewohnte Belastungen, zu wenig Schlaf (insbesondere nächtliche Autofahrten), Langzeitflüge sowie Zeitverschiebung (und eine damit einhergehende unregelmäßige Medikamenteneinnahme) Anfälle auslösen. Wichtig ist, ausreichend Medikamente in den Urlaub mitzunehmen. Bei Flügen ist es ratsam, einen Teil der Medikamente im Handgepäck mitzuführen, falls das Gepäck am falschen Zielort ankommt und der Passagier mehrere Tage darauf warten muss.

Haben Patienten viele Anfälle und ist auch während einer langen Flugreise damit zu rechnen, sollte im Vorfeld der Reise und des Flugs mit dem behandelnden Arzt über eine höhere Dosierung der Medikamente gesprochen werden. Dabei sollte auch abgeklärt werden, wie die Medikamenteneinnahme an eine mögliche Zeitverschiebung angepasst wird.

Am Urlaubsort selbst kann der epilepsiekranke Mensch die schönen Tage genießen wie in seiner vertrauten Umgebung. Alleinreisende können, wenn sie das aufgrund von häufigen und großen Anfällen für nötig halten, das Hotelpersonal oder andere Gäste über ihre Erkrankung informieren. Sonst kann es passieren, dass bei einem Anfall sofort der Notarzt gerufen wird.

Im Ausland sollten Patienten auf Nahrungsmittel und Trinkwasser achten, da Durchfälle Entgleisungen des Elektrolythaushaltes verursachen können. Durchfälle können die Aufnahme von anfallsverbeugenden Medikamenten erschweren und zudem Anfälle begünstigen.

Sport und Epilepsie

Sport in Maßen ist wohltuend für die meisten Menschen, auch für Epilepsiekranken. Vermehrtes Atmen und Schwitzen bei sportlicher Betätigung löst grundsätzlich keine Anfälle aus, nur extreme physische und psychische Belastungen können einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge haben und Anfälle auslösen.

Grundsätzlich sollte ein Mensch, der zu Anfällen neigt, seine Teamkameraden, Trainer oder Mitspieler von seiner Krankheit und der Möglichkeit eines Anfalls informieren. Zum einen, um sie auf einen Ernstfall so vorzubereiten, dass sie adäquat reagieren können, zum anderen, damit er selbst durch einen Anfall andere nicht gefährdet.

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

Rennsportarten wie Fahrrad- oder Autorennen sind ebenso riskant und sollten vermieden werden. Dagegen kann ein Anfallskranker durchaus Rad fahren, sollte aber zu seinem Schutz einen Helm tragen.

Nicht zu schnell!

Sportarten in großer Höhe mit Absturzgefahr, z. B. Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Klettern, Sportfliegen, sollten nicht ausgeübt werden. Auch beim Reiten kann ein Sturz sehr gefährlich werden. In jedem Fall ist wie bei gesunden Reitern auch das Tragen eines Schutzhelms ratsam.

Nicht zu hoch!

Bedenklich ist Wassersport (Schwimmen, Surfen, Tauchen), da ein Anfall im Wasser lebensgefährlich sein kann, wenn nicht neben dem Epilepsiekranken eine Begleitperson schwimmt, die ihn im Ernstfall vor dem Ertrinken retten kann. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, kann auch ein Epilepsiekranker zum Beispiel schwimmen gehen. Beim Rudern oder Segeln ist eine Schwimmweste anzuraten.

Nicht ins Wasser!

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

Adressen

Deutsche Epilepsievereinigung e. V.

Zillestraße 102 , 10585 Berlin

Telefon 030 3424414

Epilepsie-Hotline: 0180 1424242, Montag bis Mittwoch 10–16 Uhr

E-Mail: info@epilepsie.de

www.epilepsie.sh

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e. V. (DGfE)

Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin

Telefon 0700 13141300 (12 Ct./Min.)

E-Mail: p.gehle@dgfe.info

www.dgfe.info

Informationszentrum Epilepsie (IZE) der DGfE

Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin

Telefon 0700 13141300 (12 Ct./Min.)

E-Mail: ize@dgfe.info

www.izepilepsie.de

Geschäftszeiten (nur Telefondienst):

Montag bis Freitag 9–12 Uhr

Gesellschaft für Epilepsieforschung e. V.

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

Telefon 0521 77278011 und 77278010

E-Mail: monika.dzubiel@evkb.de

www.epilepsieforschung.de

e.b.e. Epilepsie Bundes-Elternverband e. V.

Am Eickhof 23, 42111 Wuppertal

Telefon 0202 2988465

E-Mail: kontakt@epilepsie-elternverband.de

www.epilepsie-elternverband.de

Arbeitsgemeinschaft für Epilepsie Selbsthilfe und Aufklärung (Regional und Überregional)

Schützenstr. 34, 49525 Lengerich

Telefon 05481 82288

E-Mail: ag-epilepsie-sh-lengerich@web.de

www.ag-epilepsie-sh.de

IFA Interessengemeinschaft für Anfallskranke e. V.

Postfach 101853, 50458 Köln

Telefon 0221 95154257

E-Mail: info@epilepsie-online.de

www.epilepsie-online.de

Internationaler Epilepsie Notfallausweis (IENA)

Patienten sollten den Internationalen Epilepsie Notfallausweis (IENA) mit sich führen. Dieser wurde von der Interessenvereinigung für Anfallskranke in Köln (IfA Köln), dem Verein zur Hilfe Epilepsiekranker e.V., und zwei Epilepsieexperten geschaffen.

Es handelt sich dabei nicht um einen amtlichen Ausweis, sondern um ein freiwillig mitgeführtes Dokument, das aber bei einem Anfall, einem Unfall oder einer plötzlichen schweren Erkrankung lebenswichtig sein kann.

In diesem Ausweis werden folgende Informationen eingetragen:

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

Nähere Informationen zum Internationalen Epilepsienotfallausweis und ein Bestellformular finden sich im Internet auf www.epilepsie-online.de



Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
Telefon 0821 748810, Telefax 0821 74881420

Redaktion

beta Institut gemeinnützige GmbH
Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement,
Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Text

Sabine Bayer
Andrea Nagl
Tanja Güntner

Grafik und Layout

Manuela Mahl

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

3. Auflage Mai 2010



HEALTH

Gesundheit ist unser Ziel

Mit Ihrem Vertrauen in betapharm Arzneimittel unterstützen Sie unsere Initiativen zur Verbesserung der Patientenversorgung und Prävention.

Preisgünstige Qualitätsarzneimittel

Verbesserte Patientenversorgung und Prävention

betaCare Wissenssystem · mammaNetz · Papilio · Bunter Kreis

Soziales Handeln

Gesetzesinitiative · sozialmedizinische Forschung und Entwicklung · betapharm Stiftung

www.betapharm.de

www.beta-Institut.de

beta pharm