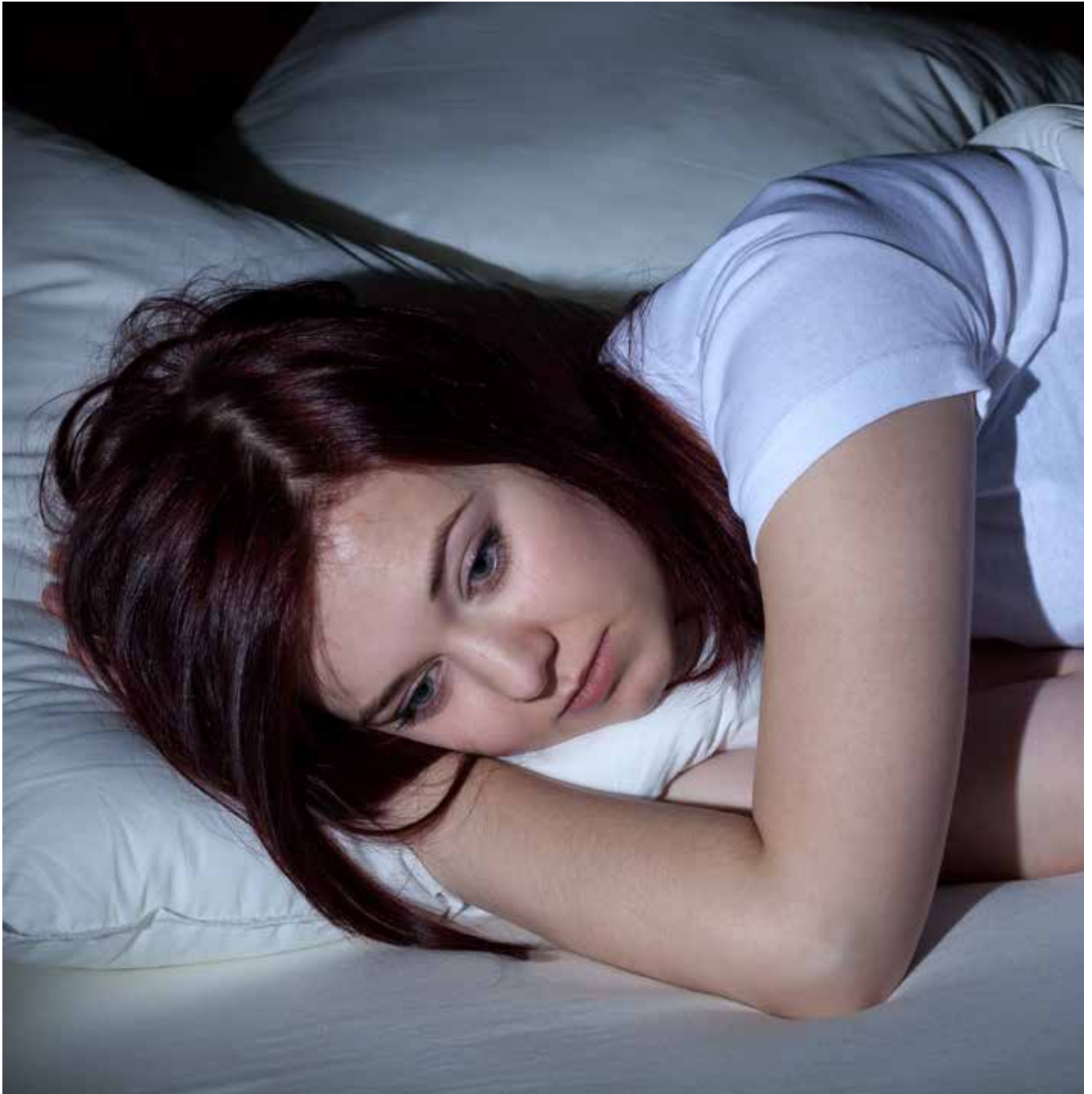


Depressionen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Depression ist eine ernstzunehmende psychische Erkrankung mit vielen Gesichtern.

Für Betroffene sind die Auswirkungen auf den Alltag und die Familie vielfältig und stellen alle vor große Herausforderungen. Neben dem Wissen zu Diagnostik und Behandlung, können Informationen über finanzielle Hilfen und gesetzliche Regelungen den Umgang mit der Krankheit erleichtern.

Der Ratgeber „Depression & Soziales“ richtet sich in erster Linie an Betroffene und ihr Umfeld.

Er informiert umfassend zu sozialrechtlichen Themen wie Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Rehabilitation oder Krankenversicherung und gibt praktische Tipps zum Leben mit Depression.

Inhalt

Vorwort	2
Depressionen	5
Ursachen und Risikofaktoren	5
Symptome	5
Schweregrad, Formen und Komorbiditäten	7
Diagnostik	9
Behandlung	10
Behandlungsnotwendigkeit	11
Medikamentöse Therapie	12
Psychotherapie	14
Weitere nicht-medikamentöse Therapieverfahren	20
Disease-Management-Programm (DMP)	25
Leben mit Depressionen	25
Entlastung Angehöriger von Menschen mit Depressionen	26
Praxistipps zum Umgang mit depressiven Angehörigen	27
Hilfe leisten und Hilfen organisieren	28
Kinder depressiver Eltern	30
Gesunder Lebensstil	31
Autofahren	35
Arbeit	37
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	41
Zuzahlungsregelungen	41
Zuzahlungsbefreiung	43
Sonderregelung für chronisch Kranke	45
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	48
Entgeltfortzahlung	48
Krankengeld	51
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	58
Rehabilitation	61
Allgemeine Informationen	61
Medizinische Rehabilitation	65
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	71
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	71
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	72
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	73
Leistungen zur sozialen Teilhabe	74

Behinderung	75
Grad der Behinderung bei Depressionen	76
Schwerbehindertenausweis	80
Nachteilsausgleiche	81
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	83
Erwerbsminderungsrente	83
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	85
Bürgergeld	88
Hilfe zum Lebensunterhalt	88
Betreutes Wohnen	89
Rechtliche Betreuung	93
Voraussetzungen rechtlicher Betreuung	94
Ablauf des Betreuungsverfahrens	94
Regeln für rechtliche Betreuung	95
Kosten der rechtlichen Betreuung	98
Patientenvorsorge	99
Vorsorgevollmacht	99
Betreuungsverfügung	100
Patientenverfügung	101
Adressen	102
Impressum	104

Depressionen

Die Depression ist eine häufige psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit und Einschränkung von Aktivitäten sind.

Wie schwer eine Depression verläuft, ist sehr unterschiedlich. Sie hat viele zusammenwirkende Ursachen, wie z.B. Vererbung, Krankheiten und seelische Belastungen. Depressionen zeigen sich häufig in körperlichen Symptomen, treten oft gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auf und die Diagnose ist schwierig.

Die nachfolgenden Informationen geben einen Einblick, der das Verständnis für die Erkrankung erhöhen soll. Sie können keinesfalls die ärztliche Diagnose ersetzen.

Ursachen und Risikofaktoren

Depressionen können viele Ursachen haben, meistens sind es mehrere zugleich. Welche Rolle dabei Botenstoffe im Gehirn spielen, ist ungeklärt.

Risikofaktoren sind z.B.

- **genetische Vorbelastung:** psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen und/oder Suizidversuche) von Familienmitgliedern
- **körperliche Erkrankungen:** z.B. Stoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionen, chronische Erkrankungen
- **ungesunder Lebensstil:** z.B. Rauchen und Bewegungsmangel
- **Armut**
- **frühere Depressionen**
- **Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit**
- **Belastende Ereignisse:** z.B. Tod von Angehörigen, Scheidung, Arbeitslosigkeit
- **Traumatische Erlebnisse:** z.B. Missbrauch, Krieg, Gewalt
- **Einsamkeit und wenig Unterstützung von anderen Menschen**

Symptome

Eine Depression kann sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern. Gemäß der 10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) müssen für

die Diagnose „Depression“ mindestens 2 Hauptsymptome und mindestens 2 Zusatzsymptome über 2 Wochen hinweg auftreten.

Nicht zu verwechseln ist eine krankhafte Depression mit vorübergehenden Phasen gesunder Trauer, da diese eine normale körperliche Reaktion auf einen Schicksalsschlag darstellt und nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt.

Hauptsymptome nach der ICD-10

Wenn mindestens 2 der folgenden 3 Hauptsymptome länger als 2 Wochen anhalten, besteht ein begründeter Verdacht auf eine Depression:

- **Depressive, gedrückte Stimmung:** Eine depressive, gedrückte Stimmung kann sich in Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung äußern. Auch ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“ ist möglich. Betroffene können sich weder über positive Ereignisse freuen noch Trauer empfinden. Das Gefühl, durch jede Anforderung, z.B. in sozialen Kontakten, überfordert zu sein, ist nicht selten. Zudem tritt häufig ein ausgeprägtes Morgentief auf.
- **Interessenverlust und Freudlosigkeit:** Betroffene sind weniger aktiv als früher. Der Interessenverlust kann alle Alltagsbereiche betreffen, z.B. Haushalt, Körperpflege, Berufstätigkeit, aber auch bisher als erfreulich und anregend empfundene Hobbys und Freizeitaktivitäten.
- **Verminderung des Antriebs mit erhöhter Müdigkeit und Aktivitätseinschränkung:** Die Betroffenen fühlen sich energielos und kaum mehr belastbar und sind bereits durch Alltagsaktivitäten, z.B. putzen, kochen, essen und sich waschen, erschöpft.

Zusatzsymptome nach der ICD-10

Eine Depression liegt vor, wenn zudem noch mindestens 2 der folgenden Zusatzsymptome auftreten:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken oder Versuche der Selbsttötung, Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Depressionen in der ICD-11

Es gibt bereits eine neue Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die ICD-11. In Deutschland wird sie in der Praxis allerdings noch nicht verwendet. Darin sind die Symptome etwas anders zusammengefasst und die

Zuordnung zu den Haupt- und Zusatzsymptomen unterscheidet sich ein wenig. Inhaltlich ändert sich dadurch allerdings nichts: Was bisher in der Medizin als Depression diagnostiziert wurde, wird auch weiterhin als Depression diagnostiziert.

Körperliche Anzeichen

Viele Menschen mit Depressionen bemerken zuerst körperliche Beschwerden, die sich bei einer medizinischen Untersuchung als Symptome einer depressiven Störung erweisen.

Dazu zählen:

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit
- Kraftlosigkeit
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen)
- Appetitlosigkeit, Magendruck, Gewichtsverlust, Verdauungsprobleme wie Durchfall oder Verstopfung
- Schmerzen, z.B. diffuse Kopf- oder Rückenschmerzen
- Druckgefühl in Hals und Brust, Beengtheit im Hals (sog. Globusgefühl)
- Störungen von Herz und Kreislauf, Atemnot
- Magen-Darm-Probleme
- Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen
- Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen
- Verlust des sexuellen Interesses, Ausbleiben der Monatsblutung, sexuelle Funktionsstörungen wie z.B. erektile Dysfunktion („Impotenz“)
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

Schweregrad, Formen und Komorbiditäten

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild einer Depression. Oft geht eine Depression mit anderen psychischen Erkrankungen einher.

Die Bandbreite reicht von leichten depressiven Gemütsschwankungen bis hin zu schweren Verlaufsformen, die mit Wahnvorstellungen und Suizidgedanken verbunden sein können. Depressive Störungen werden nach Schweregrad, Verlauf und Dauer klassifiziert.

Schweregrad

Depressive Episoden werden anhand der Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome in verschiedene Schweregrade eingeteilt:

- **Leichte Depression:**
2–3 Hauptsymptome, 1–2 Zusatzsymptome, insgesamt 4–5 Symptome
- **Mittelgradige Depression:**
2–3 Hauptsymptome, 3–4 Zusatzsymptome, insgesamt 6–7 Symptome
- **Schwere Depression:**
3 Hauptsymptome, mindestens 5 Zusatzsymptome, insgesamt mindestens 8 Symptome

Die ICD-11 berücksichtigt für die Bestimmung des Schweregrads nicht nur die Anzahl der Symptome, sondern auch deren Stärke und wie sehr diese den Menschen in seinem Leben einschränken.

Verlauf

Depressionen können

- als einzelne Phase auftreten,
- chronisch wiederkehren **oder**
- abwechselnd mit manischen Phasen (im Rahmen einer sog. bipolaren Störung) auftreten.

Formen

Depressionen gehören zusammen mit den Manien und bipolaren Störungen zu den sog. „affektiven Störungen“. Gemäß der ICD-10 werden Depressionen in folgende Kategorien eingeteilt:

- **Depressive Episode:** Als depressive Episode bezeichnet man eine einzelne depressive Phase, die mindestens 2 Wochen andauert. Hält eine Episode länger als 2 Jahre an, spricht man von einer **chronischen Depression**.
- **Rezidivierende depressive Störungen:** Treten die depressiven Episoden wiederholt auf, spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung. Bei mehr als der Hälfte der Ersterkrankungen kommt es im Laufe der Zeit zu einer erneuten Erkrankung (Rezidiv). Zwischen 2 depressiven Episoden können Jahre vergehen, sie können aber auch innerhalb eines kurzen Zeitraums gehäuft auftreten.
- **Dysthymia:** Die Dysthymia zählt zu den anhaltenden depressiven Störungen, welche durch eine mindestens 2 Jahre andauernde **leichte** depressive Verstimmung charakterisiert ist. Dysthymien beginnen bereits im Jugendalter, und es kann zu einer Chronifizierung der Symptome kommen. In manchen Fällen kommt es zum zusätzlichen Auftreten einer depressiven Episode (Doppeldepression).
- **Rezidivierende kurze depressive Störungen:** Es handelt sich hierbei um eine depressive Episode, die weniger als 2 Wochen andauert. Meist dauert diese

Episode nur wenige Tage, sie tritt aber häufig wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr auf.

- **Sonderformen der Depression:** Eine Sonderform ist z. B. die **Wochenbettdepression**. Diese kann bei Frauen nach der Entbindung auftreten. Eine Sonderform der rezidivierenden depressiven Störung ist die **Saisonale Depression (SAD)**, auch Winterdepression genannt.

Psychische Komorbiditäten

Weitere Erkrankungen, die gleichzeitig mit einer Depression auftreten, werden Komorbiditäten der Depression genannt.

Häufige psychische Komorbiditäten bei Depressionen sind:

- Zwangsstörungen
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten
- Persönlichkeitsstörungen
- Essstörungen
- Psychosomatische Störungen (unklare körperliche Beschwerden)
- Panik- und Angststörungen

Auch körperliche Komorbiditäten sind nicht selten. Eine Wechselwirkung zwischen Depressionen und körperlichen Krankheiten ist häufig.

Diagnostik

Es ist nicht immer einfach eine Depression zu erkennen, da die Symptomatik vielfältig ist und die Betroffenen ihre Beschwerden nicht immer mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen. Wer einzelne depressive Symptome hat, hat nicht unbedingt eine als Depression zu diagnostizierende Krankheit.

Die Schwierigkeit besteht in der Vielzahl und der Abgrenzung der Symptome, die auch bei anderen Erkrankungen auftreten können. Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Selbstzweifel und Resignation sowie vorübergehende Stimmungsschwankungen sind nicht gleichbedeutend mit einer depressiven Störung. Auch bei vielen anderen psychischen Erkrankungen gehören depressive Symptome zum typischen Krankheitsbild. Die Grenze zwischen unbewältigter Trauer und einer depressiven Verstimmung ist nicht immer eindeutig.

Da die Behandlung je nach Schweregrad verschieden ist, ist es notwendig, dass alle Krankheitsanzeichen so genau wie möglich erfasst werden.

Befragung zum Gesundheitszustand (Anamnese)

Ein ausführliches Gespräch mit einem Arzt oder Psychotherapeuten ist wichtig, um herauszufinden, ob eine Depression mit Krankheitswert vorliegt. Dabei wird insbesondere Folgendes erfragt:

- Die Krankheitsgeschichte
- Mögliche Suizidalität (Selbsttötungsneigung)
- Einnahme von Medikamenten

Außerdem werden andere Krankheiten ausgeschlossen, wie z.B. Demenz.

Mithilfe von **systematischen Fragebögen** kann geklärt werden, ob und in welchem Ausmaß Symptome einer Depression vorhanden sind.

Beispiele für solche Fragebögen sind:

- Der „**Zwei-Fragen-Test**“ soll eine schnelle Erfassung einer depressiven Störung ermöglichen. Werden die zwei Fragen mit „Ja“ beantwortet, muss nach weiteren Haupt- und Zusatzsymptomen gefragt werden.

Die beiden Fragen lauten:

- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Die **Allgemeine Depressionsskala (ADS)** ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome in der letzten Woche.
- Ein international anerkanntes Testverfahren zur ersten Aufdeckung von Symptomen depressiver Verstimmungen ist der **WHO-5-Fragebogen**. Dieser soll mit Hilfe von 5 verschiedenen Fragen das allgemeine Wohlbefinden bzw. die allgemeine Lebensqualität erfassen.

Körperliche Untersuchung

Da depressive Symptome auch bei körperlichen Erkrankungen auftreten können, z.B. nach einem Herzinfarkt, Hormonstörungen oder Krebserkrankungen, muss zusätzlich eine internistische und neurologische Abklärung erfolgen. Ebenso können Hirnerkrankungen (Tumore), Allergien, Diabetes mellitus, Chronische Schmerzen und Infektionen mit depressiven Symptomen in Verbindung stehen.

Behandlung

Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit, den Interessensverlust und die Unfähigkeit, aktiv zu sein, nicht willentlich beeinflussen.

Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen. Durch eine Behandlung, z.B. mit Psychotherapie und/oder Medikamenten, kann eine depressive Phase meistens deutlich verkürzt werden. Bei schweren Depressionen kann auch ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erforderlich sein.

Behandlungsnotwendigkeit

Viele Depressionen werden **nicht** richtig diagnostiziert und angemessen behandelt. Eine Ursache dafür ist, dass psychische Erkrankungen in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer stigmatisiert sind und nicht als „richtige“ Erkrankungen anerkannt werden. Das kann unter anderem dazu führen, dass Patienten bevorzugt körperliche Symptome wie z.B. Magen-Darm-Probleme, Schwindel oder Atemnot schildern, aber die psychischen Beschwerden außer Acht lassen.

Wird die Erkrankung nicht erkannt und behandelt, sondern bagatellisiert („Das wird schon wieder“), fühlen sich Betroffene (zu Recht) unverstanden, was die fatale Folge haben kann, dass sie noch tiefer in die Depression sinken.

Ein weiteres Problem ist, dass die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung regional sehr unterschiedlich ist und dadurch lange Wartezeiten für eine Therapie in Kauf genommen werden müssen.

Depressionen verschwinden zwar oft auch ohne Behandlung wieder, aber dann dauern sie meistens deutlich länger und Rückfälle sind wahrscheinlicher. Die Krankheit wird mit verschiedenen Therapieansätzen behandelt. Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den gut behandelbaren psychischen Erkrankungen zählen.

Bei leichten Depressionen ist nicht immer eine Behandlung notwendig, sondern manchmal reichen auch folgende Maßnahmen:

- Unterstützende Gespräche
- Allgemeine Beratung
- Schulungen
- Selbsthilfebücher
- Onlineprogramme

Medikamentöse Therapie

Medikamente, die gegen Depressionen wirken, werden Antidepressiva genannt.

Medikamente bei leichten Depressionen

Bei **leichten Depressionen** werden meistens **keine** Antidepressiva verschrieben. Dann wirken sie nämlich laut Studien nicht besser als ein Scheinmedikament (= Placebo), aber sie können unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Ausnahmen werden z.B. gemacht,

- wenn die leichte Depression ein Rückfall nach einer vorherigen mittelschweren oder schweren Depression ist.
- wenn Antidepressiva früher schon einmal gut gegen eine depressive Phase geholfen haben.
- wenn Psychotherapie nicht geholfen hat.

Medikamente bei mittelschweren Depressionen

Bei **mittelschweren Depressionen** helfen Antidepressiva laut Studien **genauso gut** wie Psychotherapie. Bei diesen Depressionen wirken Medikamente **und** Psychotherapie offenbar nicht besser, als **nur** eine Psychotherapie. Auf Medikamenten kann also verzichtet werden. Wer aber keine Psychotherapie machen kann oder möchte – z.B., weil kein Therapieplatz frei ist – kann auch allein mit Medikamenten behandelt werden.

Medikamente bei schweren Depressionen

Bei **schweren Depressionen** hilft laut Studien am besten eine Behandlung mit Medikamenten **und** Psychotherapie.

Wirkungsmechanismus von Antidepressiva

Wie Antidepressiva wirken ist noch nicht vollständig bekannt. Lange Zeit ging die Wissenschaft davon aus, dass Antidepressiva dadurch wirken, dass sie bestimmte Botenstoffe im Gehirn beeinflussen. Aber inzwischen wurden auch noch weitere mögliche Wirkmechanismen gefunden, z.B. dass die Antidepressiva offenbar die Fähigkeit, positive Informationen aufzunehmen, sowie die Lernfähigkeit verbessern können.

Bei der Erforschung der Wirksamkeit von Antidepressiva gibt es einige Schwierigkeiten.

Beispiel: Studienteilnehmende, die ein Antidepressivum bekommen, bemerken meistens an den Nebenwirkungen, dass es kein Scheinmedikament (= Placebo) ist. Das schränkt die Aussagekraft solcher Studien ein. Aufgrund dieser Schwierigkeiten und weil Antidepressiva nicht bei jedem Menschen mit Depressionen helfen, werden die Forschungsergebnisse immer wieder hinterfragt und neue Studien gemacht.

Diese Forschung kann die Behandlung mit Medikamenten wahrscheinlich verbessern.

Ablauf der Behandlung mit Medikamenten

Folgende Hinweise sind zum Ablauf der Behandlung mit Medikamenten wichtig:

- Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und behandelndem Arzt ermöglicht die Auswahl des richtigen Medikaments und aller weiteren Therapieschritte. Besonders am Anfang der Therapie wird der Arzt mehrmals nachfragen, wie das Medikament anschlägt, welche Nebenwirkungen auftreten und was sich in Bezug auf Schlaf, Antrieb etc. verändert.
- Für die **Auswahl** des Antidepressivums gibt es keine einheitliche Regel, da es nicht möglich ist, verlässlich vorauszusagen, ob und wann ein bestimmter Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum ansprechen wird. Nicht selten sind mehrere Anläufe notwendig, bis das individuell passende Medikament gefunden wird.
- Bei der Einnahme von Antidepressiva sollte mit einer **niedrigen „Anfangsdosis“** begonnen und erst bei fehlender Besserung eine höhere Dosis genommen werden.
- Da die Nebenwirkungen oftmals vor der gewünschten Wirkung auftreten und sich auch die Symptome zunächst verstärken, muss die erste Zeit zunächst überwunden werden, bis eine Besserung eintritt. Die Wirkung der Antidepressiva setzt erst **nach ca. 2 Wochen** ein.
- Antidepressiva verschaffen meist eine Linderung der Symptome und können auch zu einer Heilung der Krankheit führen. Dazu müssen sie jedoch **regelmäßig und über einen längeren Zeitraum** eingenommen werden. Antidepressiva sollen **mindestens 6 Monate nach Besserung der Symptomatik** weiter eingenommen werden.
- Eine Therapie mit Antidepressiva sollte **nicht abrupt**, sondern schrittweise beendet werden. Auch die Dosis sollte nicht eigenständig verändert werden, selbst wenn es zu einer Besserung kommt. Es besteht sonst die Gefahr eines Rückfalls.

Behandlung von Depressionen mit Johanniskraut

Johanniskraut ist ein pflanzliches Medikament, das laut Studien bei leichter und mittelschwerer Depression besser wirkt als ein Scheinmedikament (= Placebo). Johanniskrautpräparate sind in Apotheken frei erhältlich. Da Johanniskraut die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen kann, sollte die Einnahme mit dem Arzt besprochen werden. Auch wenn Johanniskraut pflanzlich ist, können insbesondere bei höheren Dosierungen, Nebenwirkungen auftreten.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu Medikamenten, die derzeit zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden, finden Sie beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in der Patientenleitlinie Unipolare Depression unter www.patienten-informationen.de > Suchbegriff: „Unipolare Depression“.
- Erwachsene müssen für viele Medikamente Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Abgabepreises bezahlen, mindestens 5 € und höchstens 10 €. Manche Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Näheres ab S. 43.

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Menschen mit Depressionen und seiner Lebenssituation. Dabei wird zu Beginn der Therapie gemeinsam mit dem Menschen mit Depressionen das Ziel festgelegt.

Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu öffnen, Gedanken und Handlungen zu reflektieren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig unterstützt sie dabei, den Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren der Erkrankung auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu bewältigen.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen im Sinne einer Krankenbehandlung.

Wahl des Psychotherapeuten

Die Beziehung zwischen dem psychisch erkrankten Menschen und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl der passenden psychotherapeutischen Praxis wichtig. Für eine Psychotherapie ist **keine** ärztliche Überweisung erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine **Kassenzulassung** haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Versicherte diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung (Intelligenzminderung) höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig und die betroffene Person erhält aktuell keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und die betroffene Person mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 17) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen. Informationen zur Therapeutensuche siehe S. 19.

Psychotherapeutische Verfahren

Die Krankenkasse übernimmt bei psychischen Erkrankungen die Behandlungskosten für folgende psychotherapeutische Verfahren:

- **Verhaltenstherapie:**

Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch

wieder verlernt werden kann bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.

- **Analytische Psychotherapie:**

Analytische Psychotherapie geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der analytischen Psychotherapie ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens in den Bereichen, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:**

Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.

- **Systemische Therapie:**

Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsprozesse des Betroffenen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines Problems beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Dazu gehören nicht unbedingt nur Familienmitglieder – auch andere Personen oder Institutionen können von Bedeutung sein.

Für andere Therapieverfahren übernimmt die Krankenkasse nur im Einzelfall die Kosten.

Videosprechstunden

Seit 01.04.2022 können 30 % der Sprechstunden als Videosprechstunden abgehalten werden und 30 % der Betroffenen können ausschließlich per Video behandelt werden.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Seit 01.10.2021 bezahlen die Krankenkassen die sog. gruppentherapeutische Grundversorgung. Hier können Betroffene die Psychotherapie in einer Gruppe kennenlernen, um für sich herauszufinden, ob sie diese als hilfreich erleben. Es geht dabei zum einen um Informationen darüber, wie Gruppentherapie abläuft, funktioniert und welche Vorteile sie bietet. Zum anderen soll dabei auch schon begonnen werden, die Symptome zu lindern.

Es ist dafür kein Anzeige- oder Antragsverfahren gegenüber den Krankenkassen notwendig, damit der Zugang einfach und unkompliziert ist.

Digitale Anwendungen (DiGA) – Gesundheits-Apps auf Rezept

Es gibt Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder deren Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Sie können keine psychotherapeutische Behandlung ersetzen, aber z.B. die Phase der Wartezeit auf einen Therapieplatz erleichtern und so die betroffene Person unterstützen. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter:

<https://diga.bfarm.de> › *DiGA-Verzeichnis öffnen* › *Kategorie Psyche*.

Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps bzw. digitale Gesundheitsanwendungen übernehmen, Näheres unter:

www.betanet.de > *Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen“*.

Probatorische Sitzungen

Es ist möglich, 2–4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) in einer psychotherapeutischen Praxis zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen und auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss eine ärztliche Praxis, z.B. hausärztliche, internistische oder neurologische Praxis, aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

Seit 01.10.2021 gibt es auch probatorische Sitzungen in Gruppen.

Dauer

Nach Klärung der Diagnose und Indikationsstellung werden vor Beginn der Behandlung der Behandlungsumfang und die -frequenz festgelegt. Die Dauer einer Psychotherapie ist abhängig von der Art der Behandlung. Die Probesitzungen zählen nicht zur Therapie. Eine Sitzung dauert meist 50 Minuten. Eine Gruppentherapiesitzung zählt wie 2 Einzelsitzungen und dauert 100 Minuten.

Nachfolgend einige Richtwerte:

- **Kurzzeittherapie:** bis zu 24 Stunden.
- **Verhaltenstherapie:** 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, als Einzel- oder Gruppentherapie.
- **Analytische Psychotherapie:** bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 300 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis 80, in besonderen Fällen bis 150 Doppelstunden.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:** bis 60, in besonderen Fällen bis 100 Stunden; bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 80 Doppelstunden.
- **Systemische Therapie bei Erwachsenen:** bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden; Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- **Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen:** bis 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- **Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern:** 70, in besonderen Fällen bis 150 Stunden. Bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.
- **Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Jugendlichen:** 90, in besonderen Fällen bis 180 Stunden. Bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.
- **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung:** bis zu 4 Sitzungen à 100 Minuten oder bis zu 8 Sitzungen à 50 Minuten.

Einzel- und Gruppentherapie können auch kombiniert werden. Insbesondere bei der systemischen Therapie kann die Behandlung auch zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus der Familie oder dem sozialen Umfeld erfolgen.

Eine Verlängerung kann beantragt werden, wenn mit Ende der Therapiezeit das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber bei Fortführung der Therapie begründete Aussicht darauf besteht.

Therapeutensuche

Psychotherapeuten können u. a. bei folgenden Stellen gesucht werden:

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigung – Patientenservice:**
Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestelle der KV:**
Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Nähere Informationen unter www.kbv.de > Themen A–Z > T > Terminservicestellen.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:**
Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer finden Sie unter www.wege-zur-psychotherapie.org > Psychotherapeutensuche.
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst:**
Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter: www.psychotherapiesuche.de oder telefonisch unter 030 209166330.
- **Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e. V.:**
Tipps zur Therapeutensuche finden Sie unter www.therapie.de > Fragen & Antworten > Tipps erfolgreiche Therapeutensuche.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung:**
Falls die betroffene Person nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
 - Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
 - Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit.
 - Der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.

Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz in einer psychotherapeutischen Praxis, mit der ein Vertrag besteht, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten. Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Es kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren > Kostenerstattung bestellt oder heruntergeladen werden.

Antragsverfahren

Die betroffene Person muss zusammen mit ihrem Therapeuten einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Der Antrag wird zusammen mit einem anonymisierten Bericht (dieser befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer) an die Krankenkasse des Versicherten geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, eine Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter zur Begutachtung weiter (sofern der Antrag begutachtungspflichtig ist), der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über die betroffene Person. Im Falle einer Ablehnung kann die betroffene Person Widerspruch einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.

Praxistipp!

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Download unter: www.g-ba.de > Richtlinien > Psychotherapie-Richtlinie.

Weitere nicht-medikamentöse Therapieverfahren

Neben der medikamentösen Behandlung und der Psychotherapie gibt es noch weitere Verfahren, die bei Depressionen wirksam sein können.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die EKT, auch elektrokonvulsive Therapie genannt, ist ein Verfahren, bei dem durch kurze Stromimpulse auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst wird. Der Strom wird über Elektroden, die außen am Kopf angebracht werden, übertragen. Der Eingriff wird unter Kurznarkose durchgeführt. Zusätzlich werden muskelentspannende Medikamente gegeben. Während der Akutbehandlung wird der Eingriff etwa 2–3 Mal pro Woche vorgenommen (ca. 10 Einzelbehandlungen). In der Regel tritt nach 2–4 Wochen eine Besserung ein. Da die Rückfallrate hoch ist, sollte sich an die Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen.

Die Behandlungen erfolgen dann viel seltener, ca. einmal pro Woche oder Monat.

EKT ist als wirksame Behandlung therapieresistenter und schwerer depressiver Störungen anerkannt, wird aber nur dann eingesetzt, wenn alle anderen Therapieverfahren keinen Erfolg bringen. EKT ist ein sicheres Verfahren. Neben den

üblichen Risiken einer Narkose können vorübergehende Gedächtnisstörungen oder Verwirrheitszustände auftreten. Auch Kopfschmerzen (z. B. Muskelkater) und Schwindel sind möglich. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Bei der TMS werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen Gehirnhälften angeregt. Das Magnetfeld wird am Schädel mit Hilfe einer stromführenden Spule erzeugt. Die Behandlung ist für den Patienten nicht spürbar und erfolgt ohne Narkose. TMS wird nur eingesetzt, wenn eine medikamentöse Behandlung keine Wirkung zeigt. Ausgeschlossen von der Behandlung sind Schwangere, Menschen mit Herzschrittmachern oder bestimmten Implantaten. In Deutschland wird diese Therapie noch wenig angeboten, da noch nicht genug Studienergebnisse über deren Wirksamkeit vorliegen.

Lichttherapie

Da Lichtmangel als Ursache der Winterdepression (SAD) vermutet wird, kann zur Unterstützung der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie eine Behandlung mit künstlichem Licht eingesetzt werden. Bei der Lichttherapie sitzt der Patient ca. 80 cm entfernt vor einer hellen, weißen Lichtquelle eines speziellen Lichttherapiegeräts, bei dem alle UV-Strahlen herausgefiltert werden. Die Lichttherapie erfolgt möglichst sofort nach dem Aufstehen für 30–40 Minuten pro Tag. Nach 2–3 Wochen zeigt sich die Wirkung. Wenn die Lichttherapie hilft, kann sie auch den ganzen Winter über durchgeführt werden. In seltenen Fällen kann es zu Nebenwirkungen, wie z.B. Kopfschmerzen, kommen. Bei Augenproblemen sollte der Mensch mit Depressionen vorher augenärztlichen Rat einholen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Schlafmangel kann dazu führen, dass Menschen mit Depressionen sich sofort besser fühlen. Oft kommt es aber sofort nach der ersten durchgeschlafenen Nacht wieder zu einem Rückfall. Wachtherapie kann deshalb neben einer Psychotherapie und/oder medikamentösen Therapie kurze Lichtblicke mit besserem Befinden verschaffen.

Die Therapie findet meistens in einer Klinik statt, aber Menschen mit Depression können Schlafentzug nach ärztlicher Rücksprache auch zu Hause versuchen. Bei der Wachtherapie bleibt der Mensch mit Depressionen die ganze Nacht und den ganzen nächsten Tag lang wach.

Andere Möglichkeiten sind:

- Zunächst kurz schlafen, dann aber um 1:00 Uhr oder 2:00 Uhr nachts wieder aufstehen.
- Eine ganze Nacht wachbleiben und am Tag danach vom späten Nachmittag bis Mitternacht schlafen, am nächsten Tag 1 Stunde später schlafen bis 1:00 Uhr, am übernächsten Tag 1 weitere Stunde später bis 2:00 Uhr usw., bis wieder die

normale Schlafenszeit erreicht ist.

Es ist wichtig die Wachtherapie nur nach ärztlicher Rücksprache zu versuchen. Schlafmangel kann nämlich bei manchen anderen Krankheiten, wie z.B. bei Epilepsie, und bei Suizidgedanken schaden.

Vagus-Nerv-Stimulation

Der Vagusnerv ist ein wichtiger Teil des Nervensystems, der viele innere Organe steuert. Bei einer Vagus-Nerv-Stimulation bekommt der Mensch mit Depressionen einen kleinen Schrittmacher. Er wird unter die Haut am Hals eingesetzt und schickt Impulse ans Gehirn, welche über den Vagusnerv weitergeleitet werden. Weil noch zu wenig darüber bekannt ist, ob diese Methode funktioniert, wird sie zurzeit von der medizinischen Leitlinie zu Depressionen nicht empfohlen.

Sonstige Unterstützungsangebote

- **Ergotherapie**

Ergotherapie kann Menschen mit schweren Depressionen bei alltäglichen Erledigungen unterstützen. Ergotherapie wird immer begleitend zu anderen Therapien eingesetzt, oft während einer stationären Behandlung.

Ergotherapie gilt als Heilmittel und muss verordnet werden.

Erwachsene Patienten zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu, eine Zuzahlungsbefreiung (siehe S. 43) ist möglich.

- **Soziotherapie**

Soziotherapie ist eine ambulante Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen schwer depressive Menschen wieder mehr Selbstständigkeit, wie z.B. die therapiegerechte Einnahme von Medikamenten, die eigenständige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie soziale Kompetenz. Adressen von Soziotherapeuten können bei den Krankenkassen erfragt werden. Versicherte müssen eine Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag.

- **Häusliche psychiatrische Krankenpflege**

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege soll Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Behandlungsabbrüchen vorzubeugen. Durch die Pflege von Fachkräften vor Ort soll das Umfeld in die Behandlung miteinbezogen werden. Erwachsene zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung.

- **Angebote zur Selbsthilfe**

Depressive Menschen ziehen sich oft aus ihrem sozialen Umfeld zurück.

Selbsthilfegruppen können dabei helfen, wieder aktiv am Leben teilzunehmen. Sie werden auch für Angehörige angeboten. Essentiell bei Selbsthilfegruppen ist der Austausch mit anderen Betroffenen, die sich gegenseitig Halt, Mut,

Motivation, Unterstützung und Informationen über die Krankheit geben. Die Gruppen sind in der Regel anonym und offen, sodass auch neue und zurückhaltende Mitglieder einen leichten Zugang finden.

Ein Verzeichnis für die Suche nach Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter www.nakos.de > *Informationen* > *Basiswissen* > *Selbsthilfegruppe finden und gründen*.

Neben der gemeinschaftlichen Selbsthilfe können auch **Selbsthilfebücher** bei leichten Depressionen hilfreich sein. Sie enthalten meist Ansätze aus der Verhaltenstherapie, die selbstständig von den Betroffenen umgesetzt werden können.

Behandlung in psychiatrischen Kliniken/ Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Im Krisenfall, insbesondere bei akuter Suizidgefährdung oder wenn bei schweren Depressionen lange Zeit keine Besserung eintritt, kann eine Behandlung in einer **psychiatrischen Klinik bzw. psychiatrischen Abteilung einer Klinik** notwendig werden.

Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität ist eventuell eine Krankenhauseinweisung auch gegen den Willen des Menschen mit Depressionen möglich. Eine bevollmächtigte Person oder ein rechtlicher Betreuer braucht für eine Zwangseinweisung die Zustimmung des Betreuungsgerichts oder muss sie bei Gefahr im Verzug nachträglich so schnell wie möglich einholen. Eine Zwangseinweisung ist außerdem auch nach dem jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des Bundeslandes möglich. Die stationäre Behandlung soll den Patienten schützen und ihn stabilisieren.

In der Regel ist an eine psychiatrische Klinik eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) angebunden, in der Patienten ambulant behandelt werden. Die Übergänge in der PIA sind fließend: sowohl zum ambulanten Bereich (z.B. Betreuung in einer Arzt- oder Psychotherapiepraxis) als auch zum stationären Bereich (Wiederaufnahme in die Klinik).

Die Krankenhausbehandlung wird von der Krankenkasse und wenn trotz Versicherungspflicht keine Krankenversicherung besteht von der Krankenhilfe über den Sozialhilfeträger bezahlt. Erwachsene Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung 10 € pro Tag zuzahlen.

Praxistipps!

- Damit auch im Krisenfall die behandelnden Ärzte über die aktuelle Medikation, Behandlungsvereinbarungen, weitere Erkrankungen sowie über spezielle Behandlungswünsche des Patienten informiert sind, bietet der Psychiatrie Verlag einen sog. **Krisenpass** an.
Dieser kann unter www.psychiatrie-verlag.de > *Service* > *Für Leser*innen* > *Nützliche Materialien zum Download* kostenlos heruntergeladen werden.
- Für die Behandlung von Depressionen gibt es anerkannte Nationale Versorgungsleitlinien (NVL). Die Leitlinie für **Patienten** finden Sie unter www.patienten-informationen.de > *Suchbegriff: „Unipolare Depression“*.

Disease-Management-Programm (DMP)

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, bei denen in der Regel alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer hausärztlich koordiniert werden (sog. Lotsenfunktion). Das DMP soll dazu beitragen, dass die einzelnen Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden, die verschiedenen Leistungserbringer eng miteinander kooperieren und durch regelmäßige Verlaufskontrollen eine gute Behandlungsqualität sichergestellt wird.

Das DMP für Depressionen richtet sich an Patienten mit chronischen Depressionen oder wiederholt auftretenden depressiven Episoden mittel- bis schwergradiger Ausprägung. Das gleichzeitige Vorliegen von psychischen oder körperlichen Erkrankungen stellt kein Ausschlusskriterium für eine Teilnahme am DMP dar.

Die Einschreibung in ein DMP ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen bei der Krankenkasse widerrufen werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnosestellung durch einen Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das DMP bei Depressionen hat folgende Ziele:

- Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel eines vollständigen Rückgangs der Symptome
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung
- Verringerung der Sterblichkeitsrate, insbesondere durch Suizidalität und zusätzliche Erkrankungen
- Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Adäquate Behandlung von zusätzlich vorhandenen Erkrankungen (Komorbiditäten)
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Behandlung und Langzeitbetreuung wird oftmals hausärztlich koordiniert, aber auch durch spezialisierte Leistungserbringer wie z.B. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychologische Psychotherapeuten hingegen dürfen kein DMP anbieten.

Leben mit Depressionen

Die Depression ist eine ernst zu nehmende Erkrankung, die sich auf viele Lebensbereiche auswirkt und die Lebensqualität erheblich einschränkt. Die folgenden Informationen können dazu beitragen, Betroffene und Angehörige bei der Gestaltung ihres Alltags zu unterstützen.

Entlastung Angehöriger von Menschen mit Depressionen

Bei allen Bemühungen um einen Menschen mit Depressionen ist es wichtig, dass Angehörige auf ihre eigenen Grenzen achten und sich nicht überfordern. Auszeiten und der Austausch mit anderen Angehörigen können Entlastung bieten. Möglichkeiten dazu bieten z.B. Selbsthilfegruppen und Vereine für Angehörige psychisch kranker Menschen. Auch manche psychiatrische Kliniken bieten Informationen und Gruppentreffen für Angehörige psychisch kranker Menschen.

Angehörige können sich um verschiedene Hilfen für den Menschen mit Depressionen kümmern und dadurch die eigene Belastung verringern. Unter einem pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung stellen sich manche Menschen ausschließlich eine körperlich gebrechliche Person oder einen Menschen mit Intelligenzminderung vor. Aber auch Menschen mit Depressionen haben bei Bedarf Anspruch auf Hilfen für Menschen mit Behinderungen und auf Leistungen der Pflegeversicherung. Das gilt für depressive Kinder und Jugendliche genauso wie für depressive Erwachsene.

Es kommen z.B. folgende Hilfen in Betracht:

- **Pflegegeld:** Wenn Depressionen dazu führen, dass die erkrankte Person auf viel Unterstützung durch Angehörige angewiesen ist, ist oft ein Antrag auf einen Pflegegrad sinnvoll. Zum Pflegebedarf gehört es z.B. auch, wenn ein Mensch mit Depressionen sich zwar selbst waschen kann, aber darauf angewiesen ist, durch Dritte dazu motiviert zu werden. Auch Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, wie insbesondere depressive Antriebslosigkeit, werden bei der Festlegung eines Pflegegrads berücksichtigt. Näheres unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“. Ab Pflegegrad 2 wird Pflegegeld bezahlt, wenn Angehörige die Pflege übernehmen. Der Mensch mit Depressionen kann es einem Angehörigen geben. Wer weniger arbeiten kann, weil ein depressiver Angehöriger Hilfe braucht, kann so Einkommenseinbußen zum Teil ausgleichen.
- **Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt) und Kurzzeitpflege:** Ersatzpflege bedeutet, dass sich pflegende Angehörige vertreten lassen, z.B. wenn sie in den Urlaub fahren, berufliche Termine haben oder Freizeitaktivitäten nachgehen. Kurzzeitpflege ist die vorübergehende vollstationäre Pflege

in einem Pflegeheim. Für die Ersatzpflege erstattet die Pflegekasse ab Pflegegrad 2 max. 1.612€ pro Jahr, für Kurzzeitpflege bis zu 1.774 € pro Jahr.

Wer eine der Leistungen nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen hat, kann das übrige Geld für die andere Leistung ausgeben.

Für die Ersatzpflege insgesamt bis zu 2.418 €, für die Kurzzeitpflege insgesamt bis zu 3.386 €. Für die Pflege von Menschen mit Depressionen bieten zwar Pflegedienste oftmals keine geeigneten Leistungen, aber auch die Vertretung durch Privatpersonen und Leistungen eines familienunterstützenden Dienstes können mit diesem Geld finanziert werden.

- **Entlastungsbetrag:** Schon ab Pflegegrad 1 können mit dem Entlastungsbetrag Leistungen in Anspruch genommen werden, die pflegende Angehörige entlasten, z.B. Hilfen im Haushalt oder Beschäftigungsangebote.
- **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen:** Über die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können Menschen mit Depressionen vielfältige Hilfen erhalten, z.B. Leistungen im betreuten Wohnen (siehe S. 89) oder Assistenzleistungen.
- **Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen:** Leiden Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene unter Depressionen, ist für die Eingliederungshilfe in der Regel das Jugendamt zuständig. Ab dem 18. Geburtstag müssen die Voraussetzungen für die Hilfe für junge Volljährige vorliegen.

Praxistipps zum Umgang mit depressiven Angehörigen

- Es ist wichtig, die **Selbstbestimmung** des Menschen mit Depressionen zu achten.
- Sie können einen depressiven Menschen bei der **Einhaltung einer Tagesstruktur unterstützen**, z.B. gemeinsam einen konkreten Plan für den Tagesablauf zu erstellen, kleine Aufgaben wie duschen, die Einnahme von Medikamenten, einkaufen, aufräumen oder spazieren gehen mit konkreter Uhrzeit zu versehen, bei der Einhaltung des Plans helfen und jeden kleinen Schritt als Erfolg verbuchen.
- Mitleid, gut gemeinte Ratschläge, Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sind nicht hilfreich und können die Situation noch verschlimmern.
- **Appelle an den Willen sind nicht empfehlenswert**, denn der depressive Mensch ist krank, nicht willensschwach.
- **Selbsttötungsgedanken** sollten Sie unbedingt ernst nehmen und ärztliche Hilfe in die Wege leiten.
- Auch wenn die Situation aussichtslos erscheint: **eine Depression ist behandelbar!**
- Ihre Bemühungen werden wahrscheinlich oft nicht oder nicht gleich zu einem sichtbaren Erfolg führen. Es ist normal, dass Sie sich darüber ärgern und dass der Mensch mit Depressionen Schuldgefühle bekommt und sich ggf. zurückzieht und verweigert. Sie können Verständnis zeigen und offen kommunizieren, aber nicht alles lösen.

- Einen Überblick zum Umgang mit Depressionen Ihres Angehörigen finden Sie beim Service Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter www.patienten-information.de > *Krankheiten / Themen > Psyche und Verhalten > Depression > Kurz informiert: Depression – eine Information für Angehörige und Freunde.*

Hilfe leisten und Hilfen organisieren

Angehörige sind keine Ärzte oder Therapeuten. Die Behandlung der Depressionen ist Aufgabe von Fachkräften. Angehörige sollten deshalb versuchen, den Menschen mit Depressionen dazu zu motivieren, sich medizinische bzw. psychotherapeutische Hilfe zu holen. Professionelle Behandlung kann depressive Phasen erheblich verkürzen.

Angehörige können ihre Sorgen äußern und mitteilen, dass sie vermuten, dass eine Krankheit die Symptome verursacht, nicht etwa eine persönliche Schwäche oder Faulheit. Sie können Begleitung zu Arztterminen und Hilfe bei der Terminvereinbarung anbieten.

Besonders bei akuter Suizidgefahr aufgrund von Depressionen können Angehörige die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik vorschlagen. Wenn der Wille des Menschen mit Depressionen durch die Depressionen nicht mehr frei ist, kommt auch eine sog. Zwangseinweisung in die Psychiatrie in Betracht. Näheres unter Rechtliche Betreuung, ab S. 93.

Hilfe bei wichtigen Angelegenheiten des Alltags

Die für Depressionen typische **Antriebslosigkeit** kann bei manchen Menschen mit Depressionen dazu führen, dass sie z.B. ihre Post nicht mehr öffnen oder mit Zahlungen in Verzug geraten. Hier können Angehörige selbst Unterstützung bieten, aber auch Hilfen von außen organisieren.

Eine Möglichkeit dafür, Hilfe von außen zu beschaffen, kann ein Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen sein. Er kommt bei langdauernden, chronischen oder wiederkehrenden Depressionen in Betracht.

Manchmal reicht es aus, wenn Angehörige den Menschen mit Depressionen dabei unterstützen, z.B. den Antrag vorbereiten, diesem zur Unterschrift vorlegen und zum Träger der Eingliederungshilfe oder zum Jugendamt bringen oder schicken.

Droht der Verlust der Wohnung, z.B. durch Zwangsräumung, hilft z.B. der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi). Angehörige sollten außerdem umgehend mit dem Jobcenter oder dem Sozialamt Kontakt aufnehmen. Damit Angehörige mit diesen Behörden sprechen und dort Anträge stellen können, brauchen sie eine schriftliche Vollmacht des Menschen mit Depressionen. Es reicht dafür folgender Text: „Hiermit bevollmächtige ich (Name, Adresse) Herrn/Frau (Name, Adresse) mich gegenüber Behörden zu vertreten und Anträge für mich zu stellen, insbesondere auf Sozialleistungen. Ort, Datum, Unterschrift“.

Manchmal kommt eine Bevollmächtigung nicht in Betracht, z.B. weil der Mensch mit Depressionen das nicht möchte oder nicht mehr geschäftsfähig ist und deshalb keine Vollmacht mehr ausstellen kann. Dann können Angehörige beim Betreuungsgericht eine sog. rechtliche Betreuung (siehe S. 93) anregen. Diese kann von Angehörigen übernommen werden, aber wenn diese die Unterstützung nicht übernehmen können oder der Mensch mit Depressionen das nicht will, kann das Betreuungsgericht auch eine fremde Person für die rechtliche Betreuung einsetzen, die diese Aufgabe ehrenamtlich oder beruflich übernimmt. Rechtliche Betreuung ist keine Entmündigung. Seit 1.1.2023 ist nur noch der freie Wille des betreuten Menschen maßgeblich.

Hürden beim Helfen

Wenn der Mensch mit Depressionen niemanden bevollmächtigen möchte und auch keine rechtliche Betreuung wünscht, müssen Angehörige das in der Regel einfach akzeptieren, auch wenn es schwerfällt, zuzusehen, wenn ein geliebter Mensch leidet.

Ausnahme: Der Wille des Menschen mit Depressionen ist nicht mehr frei, sondern durch die Krankheit bestimmt. Das kann z.B. der Fall sein, wenn die Depressionen sehr schwer sind, zu den depressiven Symptomen wahnhaftige Symptome hinzukommen und der Bezug zur Realität verlorenght oder wenn nicht nur depressive sondern auch manische Phasen auftreten.

Für einen Menschen mit Depressionen Hilfen zu organisieren kann sehr schwierig, zeitaufwändig und kraftraubend sein. Manche Angehörigen geben auch auf, weil Behörden beantragte Leistungen ablehnen, obwohl ein Anspruch darauf besteht. Hilfe von außen kann dabei unterstützen, dass Angehörige den Leistungsanspruch gegenüber den Ämtern durchsetzen können.

Neben der Hilfe, die z.B. Selbsthilfegruppen, Vereine oder die unabhängige Teilhabeberatung bieten, kann auch **anwaltliche Hilfe** entlasten. Wird ein Widerspruch oder eine Klage notwendig, können die Anwaltskosten ggf. über die Beratungshilfe oder die Prozesskostenhilfe finanziert werden, wenn der Mensch mit Depressionen finanziell bedürftig und nicht rechtsschutzversichert ist.

Kinder depressiver Eltern

Wenn ein Elternteil Depressionen hat, brauchen auch die Kinder Hilfe. Oft verstehen sie nicht, warum sich der Elternteil so verhält. Sie können Schuldgefühle entwickeln und viel Verantwortung übernehmen. Das jedoch tut ihnen meist nicht gut, da ihre eigenen Bedürfnisse zu kurz kommen.

Benötigt ein depressiver Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragt werden, z.B. wenn ein Krankenhausaufenthalt des Elternteils nötig ist. Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z.B. eine ambulante Familienpflege, eine Tagespflege (Betreuung durch eine Tagesmutter/einen Tagesvater), ein Erziehungsbeistand oder eine sozialpädagogische Familienhilfe die Kinder unterstützen.

Kinder depressiver Eltern haben außerdem selbst ein erhöhtes Risiko für Depressionen oder andere psychische Erkrankungen. Es ist nur zum Teil genetisch bedingt und es gibt viele Maßnahmen, die dieses Risiko vermindern können. Gerade bei einem erhöhten genetischen Risiko sind die Umwelteinflüsse besonders wichtig. Vorbeugend wirken z.B. eine gute Behandlung der Depressionen des Elternteils, Informationen, sowie therapeutische und sozialpädagogische Hilfen für die ganze Familie.

Eltern mit Depressionen haben manchmal Angst davor, sich ans Jugendamt zu wenden, weil sie fürchten, dass das Kind oder die Kinder ihnen weggenommen und z.B. in ein Heim oder eine Pflegefamilie gegeben werden könnte. Auch betroffene Kinder und Jugendliche trauen sich oft nicht, z.B. Lehrkräfte, Verwandte oder Freunde anzusprechen, weil sie sich davor fürchten, aus ihrer Familie herausgenommen zu werden. Nur wegen einer Behinderung der Eltern dürfen Kinder allerdings nicht aus ihrer Familie herausgenommen werden. Es gelten Artikel 6 des Grundgesetzes („Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern ...“) und Artikel 23 Abs. 4 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention („In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden“). Stattdessen muss der Staat die Eltern dabei unterstützen, sich um das Kind oder die Kinder angemessen zu kümmern, auch dann, wenn das nur durch umfangreiche Hilfen möglich ist.

Neben Hilfen zur Erziehung vom Jugendamt ist auch die sog. Elternassistenz vom Träger der Eingliederungshilfe eine Möglichkeit dafür, Eltern mit Depressionen so zu unterstützen, dass sich ihr Kind trotz der Depressionen des Elternteils gut entwickeln und Kind sein kann. Bei Depressionen können z.B. Fachkräfte im Rahmen der begleiteten Elternschaft den depressiven Elternteil anleiten und beraten. Näheres unter:

www.betanet.de > Suchbegriff: „Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen“.

Gesunder Lebensstil

Ein gesunder Lebensstil kann dazu beitragen, Depressionen positiv zu beeinflussen. Dazu gehören körperliche Aktivitäten, eine gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf.

Sport und Bewegung

Bewegung im Alltag und Sport sind bei Depressionen empfehlenswert, solange keine medizinischen Gründe dagegensprechen, z.B. wegen einer anderen Erkrankung. Einige Studien deuten auf eine Wirkung gegen Depressionen hin. Die Wirkung ist zwar noch nicht sicher nachgewiesen, aber Sport und Bewegung im Alltag sind ohnehin für die Gesundheit wichtig.

Ernährung

Depressionen können nicht durch eine Ernährungsumstellung verhindert oder geheilt werden. Trotzdem ist eine gesunde, frisch zubereitete Ernährung empfehlenswert. Sie kann das Wohlbefinden steigern und reduziert das Risiko von Begleiterkrankungen wie Diabetes, starkes Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Antidepressiva können Nebenwirkungen haben, z.B. sorgen manche für Übelkeit oder Appetitlosigkeit und in der Folge für eine Gewichtsabnahme, andere dagegen für eine Gewichtszunahme. Dies sollte schon bei der Auswahl des Medikaments für die Therapie berücksichtigt werden. Wenn die möglichen Nebenwirkungen tatsächlich eintreten, sollte sich der Mensch mit Depressionen an die Arztpraxis wenden und fragen, welcher Umgang damit gut ist. Bei einer Gewichtszunahme sollte eine Diät nicht ohne ärztliche Rücksprache erfolgen, da Antidepressiva bei schlechtem Ernährungszustand in ihrer Wirkung beeinträchtigt werden können.

Schlaf

Depressionen gehen häufig mit Schlafstörungen einher und beeinflussen sich wechselseitig. Eine medikamentöse Behandlung mit Schlafmitteln sollte nur in Ausnahmefällen, in Absprache mit dem behandelnden Arzt, erfolgen. Hilfreich kann das Einhalten einer sog. **Schlafhygiene** sein.

Damit sind bestimmte Gewohnheiten gemeint, die einen gesunden Schlaf fördern:

Regelmäßige Aufsteh- und Zubettgehzeiten

Die Zeiten sollten max. 30 Minuten abweichen, um den biologischen

Rhythmus zu unterstützen. Dabei ist vor allem eine regelmäßige Aufstehzeit (auch am Wochenende oder im Urlaub) wichtig, da sie den „Ankerpunkt“ des Biorhythmus bildet.

Tagsüber keine Nickerchen

Diese können Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht zur Folge haben. Wer auf einen Kurzschlaf nicht verzichten möchte, sollte ihn nicht nach 15 Uhr machen und durch einen Wecker nach 20 Minuten wieder beenden. Zudem sollte das Nickerchen immer zur gleichen Zeit stattfinden.

Bettliegezeiten reduzieren

Nicht länger im Bett liegen als die Anzahl der Stunden, die man durchschnittlich pro Nacht in der letzten Woche geschlafen hat. Zu lange Bettliegezeiten tragen zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung bei.

3 Stunden vor dem Schlafen keinen Alkohol

Alkohol verhilft zwar zu einem leichteren Einschlafen, beeinträchtigt aber gravierend die Schlafqualität und führt gerade in der zweiten Nachthälfte oft zu Durchschlafproblemen. Bereits geringe Mengen verschlechtern die Schlaferholbarkeit. Daher sollte man nicht häufiger als ein- bis zweimal pro Woche am Abend Alkohol trinken – nach Möglichkeit mit genügend Abstand zum Zubettgehen.

4–8 Stunden vor dem Zubettgehen keinen Kaffee

Die schlafschädigende Wirkung von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken wie grünem Tee und Cola kann 8–14 Stunden anhalten. Am besten wäre ein Verzicht auf Koffein für 4 Wochen und anschließend ein Konsum von nicht mehr als 3 Tassen Kaffee am Tag und dies nur vor 10 Uhr vormittags.

Nach 19 Uhr nicht mehr Rauchen

Nikotin wirkt ähnlich negativ auf den Schlaf wie Koffein. Insbesondere die Wechselwirkung aus Nikotin und Alkohol wirkt schlafstörend. Langfristig beeinträchtigt auch die infolge des Rauchens eingeschränkte Lungenfunktion den Schlaf.

3 Stunden vor dem Zubettgehen keine größeren Mengen essen und/oder trinken

Ein voller Magen bzw. eine volle Blase kann den Schlaf stören. Ein kleiner Snack vor dem Zubettgehen kann aber hilfreich sein: Nahrungsmittel wie Milch, Bananen und Schokolade enthalten L-Tryptophan, das im Gehirn eine Rolle bei der Schlafregulation spielt. Zu meiden sind vor allem schwer verdauliche Speisen, z. B. Rohkost und Vollkornprodukte.

Nach 18 Uhr keine körperliche Überanstrengung

Starke körperliche Belastung regt ähnlich wie Kaffee und Nikotin das sympathische Nervensystem an, das für Aktivität und Stress zuständig ist. Es braucht mehrere Stunden bis diese Aktivität wieder abflaut.

Regelmäßige Bewegung

Regelmäßiges körperliches Training kann den Schlaf verbessern, insbesondere wenn Menschen mit Schlafstörungen keine oder sehr wenig Bewegung haben.

Schlaffördernde Umgebung

Nach Möglichkeit das Schlafzimmer nur zum Schlafen nutzen, nicht als Arbeits- oder Fernsehzimmer. Zudem sollte es die richtige Temperatur haben (nicht zu warm, empfohlen werden 16–18 Grad) sowie dunkel und leise sein.

„Pufferzone“ zwischen Alltag und Schlaf

2 Stunden vor dem Zubettgehen sollte eine Zeit der Erholung eintreten. Wenn einen die Aufgaben des nächsten Tages, Sorgen, Arbeit, Streit oder Grübeleien nicht loslassen, ist es oft hilfreich, diese rechtzeitig am Abend z. B. in einem Tagebuch aufzuschreiben und „abzulegen“.

Regelmäßiges Zubettgeh-Ritual

Eine Reihe regelmäßiger, stets in der gleichen Abfolge durchgeführter Handlungen (z. B. Kontrolle, ob Haustür verschlossen ist, Licht in anderen Räumen löschen, Umziehen für die Nacht, Heizung abdrehen, Zähne putzen) kann helfen, den Körper bereits im Vorfeld auf die Schlafenszeit einzustimmen. Ihr Zubettgehritual sollte aber nicht länger als 30 Minuten dauern.

Nachts nichts essen

Regelmäßiges Essen in der Nacht führt innerhalb kurzer Zeit dazu, dass der Körper nachts von selbst wach wird, weil er erwartet, „gefüttert“ zu werden.

Kein helles Licht bei nächtlichem Aufstehen

Helles Licht wirkt als „Wachmacher“ und ist in der Lage, die „inneren Uhren“ zu verstellen. Daher sollte es zur Schlafenszeit vermieden werden.

Nachts nicht auf die Uhr schauen

Der Blick zur Uhr löst meist direkt entsprechende gedankliche („3 Uhr: Die Nacht kann ich mal wieder vergessen“) und körperliche Reaktionen (Anspannung, Erregung) aus. Den Wecker so drehen, dass man ihn nicht sehen kann.

30 Minuten Tageslicht am Morgen

Tageslicht am Morgen (auch bei schlechtem Wetter) hilft den Schlaf-Wach-Rhythmus zu stabilisieren und hat gleichzeitig eine stimmungsaufhellende Wirkung.

Praxistipps!

- Zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen gibt es digitale Unterstützungsmöglichkeiten, die als App oder Webanwendung genutzt werden können. Für zertifizierte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist eine ärztliche Verordnung und damit die Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorgesehen. Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps übernehmen, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen“.
- Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) bietet viele Informationen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen und führt eine Adressliste mit Schlaflaboren und Selbsthilfegruppen unter www.dgsm.de.

Autofahren

Wer schwere Depressionen hat, ist oft nicht fahrtüchtig. Auch die Einnahme bestimmter Medikamente kann die Fahrtüchtigkeit zeitweise einschränken. Nach Abklingen der Symptome ist das Fahren wieder möglich, aber nach mehreren schweren Phasen kann die Fahrtüchtigkeit auch dauerhaft gemindert sein.

Bei Menschen mit Depressionen kann die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr durch bestimmte Symptome oder die Einnahme bestimmter Antidepressiva vorübergehend eingeschränkt sein. Menschen mit Depressionen dürfen deshalb nur Autofahren, wenn sie sicherstellen können, dass sie sich und andere Verkehrsteilnehmende nicht gefährden. Wer fahruntauglich ist und dennoch ein Kraftfahrzeug steuert, macht sich strafbar. Bei einem Unfall muss eine fahruntaugliche Person mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Autofahren bei schweren Depressionen

Symptome einer schweren Depression können die Fahrtauglichkeit einschränken, z.B.:

- Bei depressiv-wahnhaften Symptomen verliert der Mensch mit Depressionen den Bezug zur Wirklichkeit.
- Bei depressiv-stuporösen Symptomen erstarrt der Körper bei wachem Bewusstsein.
- Die bei Depressionen mögliche Suizidalität bedeutet, dass ein Mensch darüber nachdenkt, sich das Leben zu nehmen.

Menschen mit Depressionen können außerdem nicht nur depressive Phasen, sondern auch sog. manische Phasen haben. In manischen Phasen sind Menschen enthemmt und überschätzen sich selbst.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen legen deshalb fest, dass bei jeder sehr schweren Depression, die z.B. mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergeht, die psychischen Fähigkeiten ein Kraftfahrzeug zu lenken so gemindert sind, dass ein hohes Risiko für verkehrswidriges Verhalten besteht. Das Gleiche gilt in manischen Phasen.

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in 2 Gruppen unterteilt:

- Für die **Fahrerlaubnisgruppe 1** (z.B. Mopeds und PKWs) gilt: Menschen mit Depressionen dürfen erst wieder fahren, wenn alle Depressionssymptome, die die Fahrtauglichkeit einschränken, abgeklungen sind bzw. wenn die manische Phase vorbei ist und nicht damit zu rechnen ist, dass diese Symptome und/oder die Manie wiederkommen (ggf. unter medikamentöser

Behandlung) und Antidepressiva die Fahrtauglichkeit nicht beeinträchtigen. Manchmal treten mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen in kurzem Abstand auf. Oft ist der weitere Verlauf dann nicht absehbar. Besonders, wer dann keine sog. Phasenprophylaxe bekommt, kann nach den „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ auch dann nicht sicher fahren, wenn gerade keine problematischen Symptome oder Wirkungen von Medikamenten auftreten. Phasenprophylaxe wird eine Behandlung genannt, mit der neuen depressiven oder manischen Phasen vorgebeugt werden soll, z.B. mit Medikamenten. Fahren dürfen davon Betroffene erst wieder, wenn z.B. durch solche Medikamente zur Phasenprophylaxe, die Krankheitsaktivität geringer geworden ist und mit einem so schweren Verlauf wie bisher nicht mehr gerechnet werden muss. Betroffene müssen diese Besserung durch fachärztliche Berichte von regelmäßigen psychiatrischen Kontrollen belegen.

- Für die **Fahrerlaubnisgruppe 2** (z.B. Personenbeförderung im Taxi oder Bus, fahren von LKWs) gilt:
Die Fahrerlaubnis setzt völlige Symptommfreiheit voraus. Nach mehreren schweren depressiven oder manischen Phasen darf in der Regel nicht mehr gefahren werden, auch nicht bei guter Phasenprophylaxe.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Medikamente können so wirken, dass es nicht mehr möglich ist, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen. Besonders häufig sind solche Nebenwirkungen zu Beginn der Behandlung und wenn die Dosis schnell erhöht wird.

Fahren ist in dem Fall erst wieder erlaubt, wenn die problematischen Wirkungen vollständig abgeklungen sind. Wer sich ans Steuer setzt, ist selbst für die Fahrtauglichkeit verantwortlich. Vor dem Losfahren muss sich ein Mensch, der Medikamente einnimmt, kritisch beobachten und im Zweifel das Auto lieber stehen lassen.

Antidepressiva sind sog. Psychopharmaka. Sie können z.B. eine dämpfende Wirkung haben und die Reaktionszeit verlängern, was die Fahrtauglichkeit einschränkt. Wer Autofahren möchte und Psychopharmaka einnimmt, sollte auf jeden Fall vorher ärztlichen Rat dazu einholen, wie die Medikamente die Fahrtauglichkeit beeinflussen. Auch die Beipackzettel der Medikamente enthalten entsprechende Hinweise.

Praxistipps!

- Der Download der „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter:
www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* > *zum Download* (ganz unten).

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

Arbeit

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden depressiven Störung kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.

Einer Berufstätigkeit ist jedoch nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus vielen weiteren Gründen eine hohe Priorität einzuräumen. Berufliche Rehabilitation kann notwendig werden, Wiedereinstiegsmöglichkeiten können Inklusionsbetriebe, unterstützte Beschäftigung oder eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen sein. Helfen können auch Tagesstätten, die nicht auf Verdienst ausgerichtet sind, sondern auf den Aufbau einer Tagesstruktur.

Arbeit kann sich für Menschen mit Depressionen positiv auswirken, sie

- schafft soziale Kontakte und Beziehungen.
- ermöglicht die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- fördert Aktivität.
- strukturiert den Tagesablauf.
- gibt dem Menschen eine anerkannte Rolle und einen sozialen Status und unterstützt damit Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit.
- schafft finanzielle Sicherheit, die entlastend wirkt.

Dabei muss aber ebenso berücksichtigt werden, dass die betroffene Person einer wie auch immer gearteten Arbeitstätigkeit gewachsen sein muss, denn negativer Stress und Überforderung können eine Ursache für Depressionen sein.

Kündigung wegen Depressionen

Wird Arbeitnehmern aufgrund von Depressionen gekündigt, sollten sie sich rechtzeitig um ihren weiteren Lebensunterhalt und Krankenversicherungsschutz kümmern, z.B. Anträge stellen auf

- Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit *und/oder*
- Bürgergeld vom Jobcenter, falls das Arbeitslosengeld zu niedrig zum Leben ist oder kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Depressionen

1-€-Jobs

Sog. 1-€-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II“) können Menschen mit Depressionen die Gelegenheit geben, die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen und so wieder ins Berufsleben zu finden. Die tatsächliche Mehraufwandsentschädigung liegt meist etwas höher als 1 € pro Stunde. Während einer solchen Arbeitsgelegenheit erhalten die Teilnehmenden an diesen Maßnahmen Bürgergeld (früher: Arbeitslosengeld II, Hartz IV) und eine Mehraufwandsentschädigung. Voraussetzungen dafür sind Erwerbsfähigkeit (keine oder nur teilweise Erwerbsminderung) und Hilfebedürftigkeit (kein oder nur geringes Einkommen und Vermögen).

Beschäftigungsmöglichkeiten trotz voller Erwerbsminderung

Viele Menschen mit Depressionen können auf dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Der allgemeine Arbeitsmarkt ist zu unterscheiden vom **besonderen Arbeitsmarkt**. Der besondere Arbeitsmarkt meint alle vom Staat geförderten Arbeitsverhältnisse. Der allgemeine Arbeitsmarkt wird auch 1. Arbeitsmarkt genannt. Der besondere Arbeitsmarkt wird umgangssprachlich auch 2. Arbeitsmarkt und 3. Arbeitsmarkt genannt, wobei diese Begriffe nicht einheitlich gebraucht werden.

Einige Menschen mit Depressionen können nicht mehr uneingeschränkt am Arbeitsleben teilnehmen, haben also eine Behinderung, die sich auf das Berufsleben einschränkend auswirkt. Wenn ein Mensch wegen seiner Depressionen nicht mehr oder nur noch weniger als 3 Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann, hat er eine sog. volle Erwerbsminderung. Das bedeutet aber nicht, dass er nur noch unter 3 Stunden oder gar nicht arbeiten kann, sondern dann kann die Person Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen bekommen, die eine Tätigkeit auf dem besonderen Arbeitsmarkt ermöglichen.

Beschäftigung gemeinsam mit Menschen ohne Behinderungen in einem normalen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarkts ermöglichen die unterstützte Beschäftigung und das Budget für Arbeit. Eine Alternative sind sog. Inklusionsbetriebe. Das Budget für Ausbildung kann eine Berufsausbildung in einem normalen Betrieb ermöglichen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen“.

Menschen mit Depressionen können aber auch dann am Berufsleben teilnehmen, wenn es ihnen trotz der genannten Unterstützungsmöglichkeiten nicht gelingt, in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts zu arbeiten: Manche Werkstätten für behinderte Menschen und manche sog. anderen Leistungsanbieter bieten spezielle Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Behinderungen.

Zuverdienstprojekte

Das Problem bei vielen, auch geförderten, Arbeits- und Eingliederungsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Menschen mit Depressionen. Hilfreich sind hier sog. Zuverdienstprojekte für Menschen mit psychischen Störungen.

Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten für weniger als 15 Wochenarbeitsstunden und passen ihre Anforderungen mit folgenden Maßnahmen an die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Betroffenen an:

- Flexible Arbeitszeiten
- Flexible Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, bei Bedarf viele Pausen
- Rücksicht auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle
- Keine zeitliche Befristung der Beschäftigung (Loslösung von Bewilligungszeiträumen)
- Kein Reha-Druck mit Zielvorgabe, Mitarbeiter können auch „einfach so“ bleiben
- Keine ärztliche Verordnung oder Begutachtung

Die Trägerschaft ist vielfältig. Zum Teil sind die Projekte an Inklusionsfirmen oder Tagesstätten angegliedert. Trotz der flexiblen Vorgaben müssen wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen erbracht werden. Kosten und Gehalt müssen erwirtschaftet werden, die Qualität der Arbeit muss stimmen und die Entlohnung ist abhängig von der Arbeitsleistung. Nähere Informationen zu Zuverdienstprojekten bietet das Projekt Zuverdienst unter www.mehrzuverdienst.de.

Tagesstätten für Menschen mit psychischen Krankheiten

Tagesstätten sind Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen an Wochentagen tagsüber betreut und zu Beschäftigung angeleitet werden. Die Einrichtungen sind möglichst niedrighschwellig, je nach Konzept ist das Kommen und Fernbleiben freiwillig oder verbindlich. Mit der Tagesgestaltung in der Tagesstätte beginnen die Betroffenen eine Tagesstruktur aufzubauen und einfache Aufgaben zu übernehmen.

Typische Angebote und Hilfen einer Tagesstätte sind:

- Tagesstrukturierende Angebote, z.B. gemeinsames Mittagessen
- Förderung sozialer Kontakte
- Kreativkurse oder -arbeit mit Farben, Holz, Ton, Musik, Förderung persönlicher Interessen
- Anleitung bei Dingen des alltäglichen Lebens
- Kognitive Arbeit (auch am PC)
- Entspannung und Bewegung
- Ausflüge und Ferienfreizeiten
- Unterstützung bei Behörden- und Wohnungsangelegenheiten

Häufig sind an Tagesstätten Beratungsangebote angegliedert, die bei sozialrechtlichen Fragen oder bei der Suche nach Reha-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten helfen. Bisweilen machen sie auch selbst solche Angebote. Manche Tagesstätten sind als Vereine oder Clubs organisiert. In der Regel stellen sie dann an die sozialen Fähigkeiten der Mitglieder höhere Anforderungen und fordern eine etwas höhere Verbindlichkeit, z.B. durch die Übernahme von Pflichten zu bestimmten Zeiten.

Finanzierung und Träger

Es gibt eine große Vielfalt an Projekten zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Behinderungen, die regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und meist von mehreren Kostenträgern gemeinsam getragen werden.

Mögliche Träger, Partner und/oder Geldgeber sind z.B.:

- Agentur für Arbeit
- Jobcenter
- Rentenversicherungsträger
- Träger der Eingliederungshilfe
- Integrationsamt, Integrationsfachdienst
- Sozialpsychiatrischer Dienst, psychosozialer Dienst
- Gemeinden, Städte, Landkreise, Bezirke
- Ministerien, hier oft Sonderförderprogramme
- Aktion Mensch, Lebenshilfe
- Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz
- Kirchen
- Stiftungen
- Firmen

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Depressionen benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Zuzahlungen können gerade für Menschen mit Depressionen eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist ein festgelegter Höchstbetrag eines Arzneimittels, den die Krankenkasse erstattet. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, müssen Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

Zusätzlich müssen Versicherte die Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlen Versicherte also neben der anfallenden Zuzahlung ggf. auch Mehrkosten für ein Arzneimittel. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge“ nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.



Praxistipps!

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

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

Hilfsmittel

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

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

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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

Soziotherapie

Soziotherapie (siehe S. 22) ist die ambulante Betreuung psychisch schwer kranker Menschen.

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

Haushaltshilfe

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

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Reha

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Die Fahrten (z.B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

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

Erreichen der Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze liegt bei **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**, d.h. wer darüber hinaus Geld für Zuzahlungen ausgeben muss(te), kann sich für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. bekommt den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht zu den Einnahmen** zählen z.B. Pflegegeld, Kindergeld.

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, 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.

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
 - mitarbeitende Familienangehörige
 - sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe oben) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.111 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.074 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.952 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

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

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.111 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 17.904 € (2 x 8.952 €)

ergibt: 5.985 €, **davon** 2 % = Belastungsgrenze: 119,70 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 119,70 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit Depressionen erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen

Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MdE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP, siehe S. 25) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

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

Vorsorge

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

Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

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

Richtlinie

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

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, können Sie 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.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) sowie von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat /6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Depressionen gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für eine vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Beziehende von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Entgeltfortzahlung

Besonders Menschen mit Depressionen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Voraussetzungen

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbst provozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch bei einer Organspende und medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 1.1.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgeber. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung, dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.
Arbeitgeber können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht schon an diesem Tag ein Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 51.
- 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 die beschäftigte Person mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe der Entgeltfortzahlung

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen wie z. B.:

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

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



Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Gesetzlich krankenversicherte Menschen mit Depressionen, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

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

Weitere Voraussetzungen sind:

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

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 71) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder

- bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
 - Beziehende von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II)

Hinweis: Wer z.B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld. Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

Krankengeld für Selbstständige

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

Selbstständige können zwar keine Entgeltfortzahlung erhalten, weil sie nicht abhängig beschäftigt sind. Trotzdem erhalten sie Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, im Normalfall aber erst ab der 7. Krankheitswoche. Möchten Selbstständige, dass der Krankengeldanspruch schon früher greift, können sie einen entsprechenden Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbaren. Die Beiträge erhöhen sich dann weiter.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

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. 48).

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

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

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich sofort um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts *sowie*
- maximal 116,38 € täglich.

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

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

Das Krankengeld errechnet sich bei Arbeitnehmern aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Dieser Zeitraum heißt **Bemessungszeitraum**.

War der letzte Lohnabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wurden insgesamt nicht mindestens 4 Wochen abgerechnet, z.B. bei einer Arbeit für weniger als 4 Wochen, gibt es keine gesetzliche Regelung dafür, wie die Höhe des Krankengelds ausgerechnet wird. Dann muss individuell hochgerechnet werden. Nur wenn das nicht geht, wird das Entgelt für eine vergleichbare Beschäftigung als Berechnungsgrundlage verwendet.

Berechnung in besonderen Fällen

Aus welchem Lohn das Krankengeld in besonderen Fällen berechnet wird, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 07.09.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2023 ein Betrag von 166,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 59.850 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 116,38 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

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.

Aber bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit:

Den Beitragszuschlag von 0,6 % für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten allein bezahlen. Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern allein von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, das heißt, ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich bei 1,7 %.

Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9 % für die Sozialversicherung.

Aktuelle Informationen zu den Beitragssätzen unter:

www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1.800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

Monatlich brutto 3.000 €

3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €

davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €

davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,3 %
(Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,36 €

Herr Maier erhält also 47,36 € Krankengeld täglich. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt sind es 47,36 € x 30, also 1.420,80 €, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

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

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 51) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld meint, dass Betroffene zwar tatsächlich **kein** Krankengeld bekommen können, aber rein rechtlich trotzdem als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten. Das bedeutet, dass **kein Krankengeld** gezahlt wird, aber die Zeit **trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird**.

Krankengeld bekommen die meisten Menschen deshalb nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (= Lohnfortzahlung) vom Betrieb. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht z.B.:

- Bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- Während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der der Arbeitnehmer dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.

- In den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z.B. in den Bereichen Theater oder Film.

Ausschluss des Krankengelds

Wer Altersrente, volle Erwerbsminderungsrente, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld bezieht, hat in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

Praxistipps!

- Die Broschüre „Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen“ bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter www.krebsgesellschaft.de > Deutsche Krebsgesellschaft > Wir über uns > Organisation > Sektion B/AGs/Einzelmitglieder > ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung, z.B. durch einen Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.
- Einige Krankenkassen fordern Versicherte 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, können Sie darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist z.B. dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass Sie alle Mitwirkungspflichten erfüllen sowie Fristen einhalten.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt. Ist die versicherte Person noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflichtversicherung** in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

Praxistipps!

- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
 - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
 - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 59.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose Personen haben Anspruch auf Leistungsfortzahlung von 6 Wochen (ähnlich wie Entgeltfortzahlung bei Arbeitnehmern) und können danach Krankengeld von der Krankenkasse beziehen. Eine Sonderform des Arbeitslosengelds ist die sog. Nahtlosigkeitsregelung, die greift, wenn der Anspruch auf Krankengeld endet.

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von ALG liegt vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sich die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat, unabhängig von der Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit.

Trotz Krankheit und/oder Behinderung können sich viele Menschen „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ dem Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stellen und sind daher während der Arbeitslosigkeit nicht arbeitsunfähig, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen viele Tätigkeiten nicht mehr ausführen können.

Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Hinweis: Seit 1.1.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt nicht bei Arbeitslosigkeit, d.h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 1.1.2024 geplant.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld kein Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung, Näheres auf S. 59.

Höhe des Krankengelds

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Wer vor der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bekommen hat, bekommt Krankengeld, das nach dem Verdienst vor der Kurzarbeit berechnet wird.

Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 57) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 83) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Relevant ist, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Beim Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende liegt Arbeitsunfähigkeit vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres unter Bürgergeld auf S. 88.

Bezug von Krankengeld bei Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundversicherung für Arbeitssuchende

- Zu **niedriges Krankengeld** kann ggf. mit Bürgergeld **aufgestockt** werden.
- **Berufstätige Menschen**, die ihr niedriges Gehalt mit Bürgergeld **aufstocken** müssen, können ggf. einen Anspruch auf Krankengeld bei der Berufstätigkeit erwerben. Dieses Krankengeld können sie dann mit Bürgergeld aufstocken.
- Bei **Arbeitslosigkeit und Bezug von Bürgergeld** kann oft **kein** Krankengeld bezogen werden, weil die vom Jobcenter bezahlte Krankenversicherung **keinen** Krankengeldanspruch umfasst.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit oder für Beziehende von Bürgergeld das Jobcenter.

Rehabilitation

Menschen mit Depressionen können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei Reha geht es darum, dass Menschen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Reha ist deshalb etwas anderes als eine Krankenbehandlung.

Rehamaßnahmen sollen den Umgang mit einer Krankheit oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit zur Erleichterung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen – auch wenn die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht ausgeheilt bzw. überwunden werden kann oder sich diese noch verschlimmern.

Allgemeine Informationen

Reha soll dazu befähigen, möglichst gut mit der eigenen Krankheit oder (drohenden) Behinderung klar zu kommen und konkrete Hilfen bieten, um negative Auswirkungen zu verringern.

Reha-Leistungen werden auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Überblick über Reha-Bereiche

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

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z.B. Krankengymnastik, Patientenschulungen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha), z.B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, z.B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Ausbildungsgeld
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung, z.B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha), z.B. Leistungen zur Mobilität, zu Wohnraum und Betreuung

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

Krankenkassen

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie bei einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger zuständig ist, keine unterhaltssichernden Leistungen, ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.

Sicherung des Lebensunterhalts

Während einer Reha-Maßnahme kann - abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen - Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Versorgungskrankengeld vom Träger der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern. Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist.

Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss:

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragseingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche,
Ausnahmen:
 - Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
 - **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**
 - Unverzügliche Beauftragung des Gutachtens vom leistenden Reha-Träger
 - Gutachten muss **2 Wochen nach Auftragserteilung** vorliegen
 - Entscheidung über den Antrag muss **2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** getroffen sein

Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Praxistipps!

In der Praxis werden diese Zeiten **nicht immer** eingehalten. Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**
 - Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
 - Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
 - Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang für die ersten beiden Instanzen des Sozialgerichts
 - Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe
- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**
Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher darüber**.

Informieren Sie sich im Vorfeld gut, z.B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung.

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.



Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter: www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter: www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z.B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.

- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt. Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Allgemeine Voraussetzungen

- Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen
- Ärztliche Verordnung
- Vorherige Genehmigung durch den Kostenträger

Dauer

- Ambulant als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
- Stationär als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
 - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
 - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
 - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
 - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.359 €** 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 Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, *oder*
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Praxistipp!

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll nach einer Erkrankung/Operation die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus **medizinischen Gründen** erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden.

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z.B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld.

Voraussetzungen

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wiederaufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d.h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die versicherte Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung:

- Wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann, besteht ein Anspruch auf Zustimmung.
- Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit: Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 48)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds: ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 58)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit: Verletzungsgeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z.B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 72) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 61). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für Arbeitgeber.



Praxistipp!

Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.

Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.



Wer hilft weiter?

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

Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Die „Rehabilitation psychisch kranker Menschen“, kurz RPK, ist ein spezieller Reha-Bereich, bei dem medizinische, berufliche und psychosoziale Hilfen aus der Hand eines multiprofessionellen Reha-Teams angeboten und Elemente der stationären und ambulanten Reha kombiniert werden.

RPK ist besonders für Menschen geeignet, die an einer schweren Depression leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben beeinträchtigt sind. Wer an einer RPK teilnimmt, bekommt einen Hilfeplan, der sich am persönlichen Bedarf orientiert. Durch die enge Verzahnung aller dieser Leistungen kann auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit sehr individuell eingegangen werden.

Angebote und Einrichtungen der RPK sind regional unterschiedlich. Weitere Informationen bietet die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK. Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann dort unter www.bagrpk.de > Standorte gesucht werden.

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

Es gibt mehrere Arten von beruflichen Reha-Leistungen, unter anderem:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z.B. durch:
 - Arbeitsassistenz
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z.B. Rollstuhl, Prothese, Hörgerät, Braille-Display für blinde Menschen, spezielle Tische, besondere Computer)
 - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z.B. spezielle Kurse für gehörlose oder blinde Menschen zum Erlernen der Braille-Schrift und dem Umgang mit nötigen Hilfsmitteln bzw. der Gebärdensprache
- Berufliche Bildung, z.B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung, z.B. im Rahmen des Budgets für Ausbildung oder unterstützter Beschäftigung

- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangsbereich, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich
- Alternativen zur WfbM:
 - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z.B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
 - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
 - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30 % bis in der Regel höchstens 50 % schwerbehinderter Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z.B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha. Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z.B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reha-Sport und Funktionstraining:
 - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
 - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- Reisekosten: Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs: Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- Schulungen: Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige, z.B. von Menschen, die auf Dialyse angewiesen sind, Eltern-Kind-Kurse, bei denen Eltern lernen krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungen mit ihrem Kind zu machen
- Sozialmedizinische Nachsorge: für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag

- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe
- Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z.B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- Sonstige Leistungen, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z.B. Langzeittraining bei Rheuma, Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z.B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Wer wegen einer Behinderung Unterstützung braucht, um gleichberechtigt eine allgemeine oder berufliche Schule oder eine Hochschule besuchen zu können, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Die Leistungen sind **keine** Schul- oder Ausbildungsfinanzierung.

Es gibt keinen festen Leistungskatalog. Das heißt, es können auch ungewöhnliche Hilfen gewährt werden.

Typische Leistungen sind:

- Schulbegleitung
- Studienassistenten
- Kommunikationshilfen
- Internatsunterbringung
- Beratung der Menschen mit Behinderungen, der Erziehungsberechtigten, der Schule oder der Hochschule
- Heilpädagogische und sonstige Leistungen (z.B. Sprachförderung, Konzentrationstraining), wenn sie den Schulbesuch ermöglichen oder erleichtern

Die Hilfen gibt es nicht nur für den Unterricht, sondern auch

- für Pausen und Ganztagsangebote in Räumen der Schule,
- für die Teilnahme an Fernunterricht,
- für Pflichtpraktika oder
- für die Vorbereitung auf die schulische oder hochschulische Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha) von Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigte Teilhabe in den Lebensbereichen ermöglichen, für die es keine anderen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gibt, z.B. beim Wohnen, beim Einkaufen, bei Behördengängen und in der Freizeit.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- Leistungen für Wohnraum, z.B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- Assistenzleistungen, z.B. Elternassistenz, Unterstützung bei Haushaltsführung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, z.B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z.B. Schulung lebenspraktischer Handlungen
- Leistungen zur Förderung der Verständigung
- Leistungen zur Mobilität, z.B. Beförderung durch einen Fahrdienst
- Hilfsmittel, z.B. barrierefreie Computer

Welche Leistungen in welchem Umfang von welchem Träger konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall individuell bestimmt.

Zuständige Träger können sein:

- Unfallversicherungsträger: Wenn Behinderungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit entstanden sind
- Träger der Kinder- und Jugendhilfe: bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr, ggf. auch bei jungen Volljährigen
- Träger der Sozialen Entschädigung, z.B. für Opfer bestimmter Straftaten oder bei Impfschäden
- Träger der Eingliederungshilfe: Nur, wenn kein anderer Träger zuständig ist; Leistungen der sozialen Teilhabe sind nachrangig gegenüber den anderen Leistungen der Eingliederungshilfe

Behinderung

Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

Definition „Behinderung“

Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

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.“

Eine Schwerbehinderung nach § 2 Abs. 2 SGB IX haben Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.

Gleichstellung

Unter folgenden Voraussetzungen sollen Menschen mit Behinderungen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden:

- GdB ab 30 aber unter 50.
- Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland.
- Sie können als Folge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder diesen nicht behalten.

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen. Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen jedoch keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterungen im Personenverkehr“.

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss 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 beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung bei Depressionen

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätzen aus der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen; die Berechnung ist vom Einzelfall abhängig.

Einen GdB gibt es nicht automatisch, wenn die Diagnose Depression gestellt wurde, sondern nur, wenn aus der Depression folgt, dass ein Mensch nicht mehr wie ein gesunder Mensch am Leben teilhaben kann. Zur Bestimmung des GdB werden nicht nur die Folgen der Depression allein bewertet, sondern **alle** Funktionsbeeinträchtigungen bzw. Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben werden zusammen bewertet.

Affektive Psychosen

Depressionen gehören zusammen mit den Manien und den bipolaren Störungen zu den affektiven Psychosen, jedenfalls dann, wenn sie wiederkehrend als depressive Episoden auftreten. In den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind affektive Psychosen gemeinsam mit schizophrenen Psychosen aufgeführt.

Nachfolgend die sog. Anhaltswerte zu affektiven Psychosen aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen:

	GdB
Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden (= akuten) Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50–100
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen bei 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30–50
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung bei mehr als 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer	60–100

Nach lang dauernden depressiven Episoden ist eine sog. **Heilungsbewährung von 2 Jahren** abzuwarten. Heilungsbewährung bedeutet, dass vorübergehend ein höherer GdB/GdS angesetzt wird als von den Funktionsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen her eigentlich gerechtfertigt wäre. Damit wird die Belastung berücksichtigt, die davon ausgeht, dass die Erkrankung zurückkommen könnte.

Ausnahme: Nach einer ersten monopolar depressiven (= nicht auch manischen) Phase oder nach einer depressiven Phase, die erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist, gilt keine Heilungsbewährung.

Für die Phase der Heilungsbewährung geben die Versorgungsmedizinischen Grundsätze folgende Anhaltswerte:

	GdB
Während der Heilungsbewährung, wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
Während der Heilungsbewährung ohne vorangegangene manische Phasen	30

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen

Nachfolgend die Anhaltswerte zu Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Auch darunter können Depressionen eingeordnet werden:

	GdB
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0-20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive Störungen)	30-40
Schwere Störungen ...	
... mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70
... mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100

In der Rechtsprechung wird die Stärke der Anpassungsschwierigkeiten bei Depressionen wie folgt beurteilt:

Leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten:

- Z.B. Berufstätigkeit ist trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße (= Einschränkungen von Lebenskraft und Lebensfreude) auf dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt (= nicht staatlich geförderter Arbeitsmarkt) ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich (wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z.B. Lehrer, Manager) und
- es liegt keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften vor, das heißt: Es bestehen keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten:

- Die psychische Veränderung wirkt sich in den meisten Berufen aus, wobei eine weitere Tätigkeit zwar noch möglich ist, aber die Einsatzfähigkeit stark vermindert ist und eine berufliche Gefährdung vorliegt und
- es liegen erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung (= Verflachung der Gefühle) vor, aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z.B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten:

- Die weitere berufliche Tätigkeit ist sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen und
- es gibt schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- oder Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder dem Bekanntenkreis.

Praxistipps!

- In der Praxis beurteilen die Versorgungsämter Ihren GdB bei Depressionen oft sowohl nach der Länge und Häufigkeit der Krankheitsepisoden (nach den Kriterien für affektive Psychosen) als auch nach der Stärke der Anpassungsschwierigkeiten (nach den Kriterien für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen).
- Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der besonders wichtigen Anlage 2 (Versorgungsmedizinische Grundsätze) finden Sie in ständig aktualisierter Form unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html oder als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung zum PDF-Download beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“.
- Wenn Sie einen GdB wegen Depressionen beantragen, denken Sie unbedingt daran, auch alle anderen Krankheiten, psychischen Beschwerden und Behinderungen anzugeben, auch wenn diese Ihnen nicht besonders schwerwiegend erscheinen. Ansonsten kann es dazu kommen, dass ein zu niedriger GdB bewilligt wird.
- Wird ein zu niedriger GdB bewilligt ist ein kostenfreier Widerspruch ratsam. Wenn Sie hierfür anwaltliche Hilfe brauchen, sich diese aber nicht leisten können, können Sie dafür Beratungshilfe beantragen, Näheres unter www.betanet.de >Suchbegriff: „Beratungshilfe“.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

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

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. In den Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert dargestellt sein.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten.

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:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen Gl:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBl:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z.B.: Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** 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 von den Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.



Wer hilft weiter?

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter www.bmas.de > Service > Kontakt > Bürgertelefon.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Depressionen können einen so schweren Verlauf nehmen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Sie sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist. Verschiedene Leistungen, z.B. eine Rente wegen Erwerbsminderung, Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) können den Lebensunterhalt bei Erwerbsminderung sichern.

Definition „Erwerbsminderung“

Eine volle Erwerbsminderung liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden täglich vor. Bei mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Stunden ist es eine teilweise Erwerbsminderung.

*Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung **noch mindestens 6 Monate** vorliegen wird. Erwerbsminderung bezieht sich immer auf alle möglichen Erwerbstätigkeiten, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, ist es eine Erwerbsminderung.*

Erwerbsgemindert ist auch, wer zwar noch über 6 Stunden arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt, z.B. wenn alle 30 Minuten 10 Minuten Pause nötig sind.

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente soll Menschen mit Depressionen helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert und ggf. entfristet werden.

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Reha wiederhergestellt werden kann. Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine

Aussicht auf Besserung, prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer voll oder teilweise erwerbsgemindert ist.

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

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 35.647,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter

www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Praxistipp!

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
und
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrenntlebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder

lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt und

- es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Andere Sozialleistungen wie z.B. Wohngeld sind vorrangig. Das bedeutet, die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wird abgelehnt, wenn diese vorrangigen Leistungen ausreichen, den Bedarf zu decken.

➔ Praxistipp!

Das Sozialamt darf Ihnen die Sozialhilfe nicht mit Verweis auf einen möglichen Anspruch auf Wohngeld verweigern für Bewilligungszeiträume, die den 31.12.2022 einschließen oder in der Zeit vom 1.1.23–30.6.23 beginnen. Weisen Sie ggf. das Sozialamt auf § 131 SGB XII hin. Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ist das auch für alle anderen Bewilligungszeiträume nicht zulässig. Sollte das Sozialamt Sie trotzdem auf einen Wohngeldantrag verweisen, verweisen Sie auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.7.2021, Az: B 8 SO 2/20 R. Sie finden es unter www.bsg.bund.de > Suchbegriff: B 8 SO 2/20 R > Entscheidung 23.03.2021 und können dem Sozialamt einen Ausdruck der Entscheidung mitbringen.

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze für	Höhe
z.B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	502 €
z.B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	451 €
Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	402 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	420 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	348 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	318 €

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z.B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z.B. für Menschen mit Behinderungen und für Alleinerziehende oder für Warmwasser aus einem Boiler oder Durchlauferhitzer in der Wohnung
- Einmalige Leistungen, z.B. für die Erstausstattung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist **unbefristet**, das heißt er besteht, so lange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenantrag entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Bürgergeld

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen. Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und teilweiser Erwerbsminderungsrente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat. Weitere Informationen zum Bürgergeld, z.B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Keine Möglichkeit, von eigener Arbeit zu leben.
- Kein ausreichendes eigenes **Einkommen** und **Vermögen**.
- Keine ausreichende Hilfe durch Angehörige (z. B. Ehegatte oder Lebenspartner).
- Keine ausreichende Hilfe durch andere Sozialleistungen (insbesondere kein Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).
- Keine andere Möglichkeit, den nötigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 86) abgegolten und umfasst z. B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z. B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfszuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Betreutes Wohnen

Schwere depressive Störungen können eine selbstständige Lebensführung zeitweise unmöglich machen. Für Alleinlebende empfehlen sich dann oft betreute Wohnformen.

Der Umfang der Betreuung ist je nach Angebot sehr unterschiedlich und reicht von ambulant betreutem Einzelwohnen bis hin zu betreuten Wohngruppen. Die Betreuung kann z.B. über die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen finanziert werden.

Betreute Wohnformen für Menschen mit Depressionen

Bei betreuten Wohnformen stehen dem Menschen mit Depressionen z.B. Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Krankenpfleger zur Seite. Die fachliche Ausrichtung ist je nach Konzept unterschiedlich. Im Idealfall kommen die Betreuungspersonen aus verschiedenen Berufsgruppen und arbeiten eng zusammen.

Die Betreuung richtet sich immer nach dem individuellen Bedarf und unterscheidet sich deshalb ebenfalls sehr stark, sowohl was die Themen und Ziele angeht als auch in ihrem Umfang. Wichtig ist, dass es verbindliche Absprachen gibt, gemeinsam festgelegte Betreuungsziele und ein Hilfsnetz im Hintergrund, mit dem jederzeit auf Veränderungen und Krisen reagiert werden kann.

Die Betreuungsangebote umfassen z.B.

- Tagesstrukturierende Hilfen
- Hilfen und Anleitung im Haushalt: Putzen, Waschen, Kochen
- Freizeitangebote: Sport, Ausflüge, kreatives Gestalten, kulturelle Aktivitäten, Reisen
- Sozialrechtliche und finanzielle Beratung
- Hilfe im Umgang mit Geld
- Hilfe bei der Beantragung und Aufrechterhaltung von Reha-Maßnahmen
- Hilfen zur Erlangung von Arbeitsmöglichkeiten
- Sicherung der medizinischen Versorgung
- Einzel- und Gruppengespräche
- Krisenintervention

Der Aufenthalt in den meisten betreuten Wohnformen ist befristet. Die Dauer reicht dann von wenigen Monaten bis einigen Jahren.

Leistungsträger und Kostenträger

Die Betreuungspersonen sind meist bei einem sog. **Leistungsträger** beschäftigt und werden von diesem bezahlt. Viele Wohnprojekte haben mehrere Träger oder einen Träger, der mit verschiedenen Partnern kooperiert. Infrage kommen z.B. der Sozialpsychiatrische Dienst, der Allgemeine Sozialdienst oder Wohlfahrtsverbände. Auch an psychiatrische Akutkliniken, Wohnheime, Werkstätten für behinderte Menschen oder Inklusionsbetriebe sind teilweise Wohnmöglichkeiten angebunden.

Die Leistungsträger bekommen in der Regel für ihre Leistungen Geld von einem sog. Kostenträger. Depressive Menschen können beim Kostenträger das betreute Wohnen beantragen.

- Bei Erwachsenen mit Depressionen ist Kostenträger meist der Träger der Eingliederungshilfe. Das betreute Wohnen wird im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen erbracht. Abhängig von ihrem Einkommen und Vermögen müssen Menschen mit Behinderungen oberhalb bestimmter Freibeträge ggf. einen eigenen Beitrag zu diesen Leistungen zahlen.
- Für Jugendliche und junge Erwachsene mit Depressionen kann das betreute Wohnen beim Jugendamt beantragt werden. Der Träger der Jugendhilfe kann betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen finanzieren. Bei Volljährigen müssen dafür auch die Voraussetzungen für die Hilfe für junge Volljährige vorliegen.

Wer außerdem nicht genug Geld hat, um seine Wohnkosten und den Lebensunterhalt zu finanzieren, kann dafür je nach Situation verschiedene Leistungen beantragen. In Betracht kommt z.B.:

- Bürgergeld vom Jobcenter *oder*
- Sozialhilfe vom Sozialamt (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

Teils beteiligen sich die Träger der Eingliederungshilfe an den Wohnungskosten.

Wohnformen

Betreutes Wohnen gibt es in mannigfachen Kombinationen, z.B. mit den folgenden Wohnformen:

Betreutes Einzelwohnen

Beim betreuten Einzelwohnen erfolgt die Unterstützung in der eigenen Wohnung. In der Regel besucht eine Betreuungsperson den Menschen mit Depressionen mehrmals in der Woche zu Hause zu fest ausgemachten Terminen. Nachts erfolgt keine Betreuung. Betreutes Einzelwohnen kommt insbesondere für Menschen in Frage, die schon relativ stabil sind und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung leben zu können.

Diese Form des betreuten Wohnens wird zum Teil als **ambulant unterstütztes Wohnen** bezeichnet.

Appartementwohnen

Dies ist eine Zwischenform zwischen betreutem Einzelwohnen und Wohngruppe. Die Bewohnenden sind jeweils eigenständig, haben ein eigenes Bad und eine kleine Küche, wohnen aber in einem Appartementhaus mit anderen Betroffenen. Gemeinschaftseinrichtungen ermöglichen soziale Kontakte, aber es ist auch der völlige Rückzug möglich. Betreuungspersonen und Therapeuten haben separate Räume.

(Therapeutische) Wohngemeinschaft

Dort wohnen mehrere Betroffene zusammen. Sie haben in der Regel je ein Zimmer für sich. Bad, Wohn- und Esszimmer sowie die Küche werden gemeinschaftlich genutzt. Bei therapeutischen WGs (TWG) liegt ein deutlicherer Akzent auf der therapeutischen Betreuung, in anderen Wohngemeinschaften geht es vorwiegend um die praktische Unterstützung im Alltag. In jedem Fall soll die Selbstständigkeit der Bewohnenden gefördert werden: durch eine vorgegebene Tagesstruktur, das Wechselspiel von sozialem Miteinander und Rückzug in das eigene Zimmer sowie die Übernahme von Pflichten in der Gemeinschaft. In der Regel ist ein Zimmer oder Büro in der WG für die therapeutischen Begleitpersonen reserviert. Diese sind je nach Bedarf und Konzept zeitweise oder ganztags oder auch über Nacht vor Ort.

Wohngruppe

Von einer Wohngruppe spricht man meist im Zusammenhang mit einem Heim. Die Bewohnenden bilden innerhalb eines Heims eine Art WG, lernen soziales Miteinander und die Übernahme von Pflichten wie Kochen, Waschen und Putzen.

Langzeitwohnprojekte

Im Gegensatz zu den bisher genannten Formen sind Langzeitwohnprojekte auf Dauer angelegt. Die Bewohnenden sind chronisch psychisch kranke Menschen. Als Wohnformen werden Wohngruppen, WGs oder ganze Häuser genutzt. Meist haben die Bewohnenden einen höheren Schutz und Betreuungsbedarf als in den oben genannten Formen.

Wohnheim

In einem Wohnheim bewohnt der Mensch mit Depressionen sein Zimmer, alle anderen Einrichtungen sind Gemeinschaftseinrichtungen. Das Wohnen im Wohnheim kann eine dauerhafte Lebensform sein, aber es besteht zunehmend die Tendenz, die Bewohnenden zu möglichst viel Selbstständigkeit und sozialen Wohnformen zu befähigen: Über die Wohngruppe im Wohnheim hin zur wohnheimunabhängigen WG.

Betreutes Wohnen in einer Gastfamilie

Menschen mit Depressionen können auch in einer Gastfamilie aufgenommen werden. Gastfamilien können Familien mit Kindern, Paare oder Einzelpersonen sein. Sie nehmen den Menschen mit Depressionen bei sich auf und unterstützen im Alltag. Die Unterbringung ist unterschiedlich und hängt von den Verhältnissen in der jeweiligen Gastfamilie ab: Manche Gastfamilien vermieten eine Einliegerwohnung oder Hausetage, andere stellen nur ein Zimmer zur Verfügung. Die Gastfamilie wird dabei von einem Fachdienst unterstützt und bekommt z.B. sozialpädagogische Beratung. Zudem bekommt sie Miete und eine Pauschale für die Betreuung.

Praxistipps!

- Nähere Informationen zu betreuten Wohnformen für psychisch kranke Menschen gibt es beim Psychiatrienetz unter www.psychiatrie.de > *Gemeindepsychiatrie* > *Alltagshilfen*.
- Betreutes Wohnen können Sie auch über ein sog. persönliches Budget finanzieren. Dabei bekommen Sie vom Kostenträger Geld, mit dem Sie einen selbstgewählten Leistungsträger bezahlen können. In diesem Rahmen können Sie oder Ihre Angehörigen die Betreuungspersonen auch selbst suchen und als Ihre Angestellten bei sich beschäftigen. Dieser Weg ist besonders dann sinnvoll, wenn Sie bereits viel Unterstützung von Mitmenschen in Ihrem Umfeld bekommen, weil der Aufwand vergleichsweise hoch ist. Dafür bietet ein persönliches Budget allerdings mehr Selbstbestimmung.

Wer hilft weiter?

Auf der Suche nach betreutem Wohnen helfen der Sozialdienst in der Klinik, der ambulante Sozialpsychiatrische Dienst sowie alle Träger mit entsprechenden Angeboten – das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine.

Rechtliche Betreuung

Rechtliche Betreuung (auch gesetzliche Betreuung genannt) heißt, dass ein Betreuer die Angelegenheiten einer erwachsenen Person ganz oder teilweise regelt, weil diese sich z.B. aufgrund einer schweren Depression nicht (mehr) angemessen darum kümmern kann.

Rechtliche Betreuung ist keine Entmündigung, macht nicht geschäftsunfähig und setzt die (ggf. mutmaßlichen) Wünsche der betreuten Person um. Bei bestimmten Angelegenheiten muss das Betreuungsgericht zustimmen, z.B. bei folgenreichen Untersuchungen oder medizinischen Eingriffen. Rechtliche Betreuung ist keine pflegerische Betreuung und keine Betreuung im Sinne einer Beaufsichtigung, sondern eine Vertretung bei Rechtsgeschäften.

Das Betreuungsrecht wurde zum 1.1.2023 reformiert. Die wichtigsten Änderungen sind

- Betreuung nach den **individuellen Wünschen**, notfalls nach dem **mutmaßlichen Willen** der betreuten Person – nicht mehr nach deren objektivem Wohl
- Wünsche der betreuten Person, wer die Betreuung übernehmen/nicht übernehmen soll sind wichtiger
- Voraussetzung für Berufsbetreuung: Registrierung bei einer Betreuungsbehörde und Nachweis von Fachkenntnissen
- Bei ehrenamtlicher Betreuung ohne familiäre oder persönliche Bindung zur betreuten Person: Anschluss an einen Betreuungsverein zur Beratung und Fortbildung
- Möglichkeit für Betreute, selbst bei Gericht Erklärungen abzugeben, Anträge zu stellen oder gegen Gerichtsentscheidungen vorzugehen, ggf. mit anwaltlicher Hilfe
- Gerichts- und Behördenpost geht nicht nur an Betreuer, sondern auch an Betreute
- **Pflicht zum persönlichen Kontakt** zur betreuten Person und zu Besprechungen mit ihr
- Ausschöpfung aller **anderweitigen Unterstützungsangebote** (z.B. von allgemeinen Sozialdiensten) vor Einrichtung einer Betreuung
- Betreuung als Unterstützung, die eigenen Angelegenheiten selbst zu besorgen, Vertretung der betreuten Person nur wenn nötig
- Neues Betreuungsziel: Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit, die Angelegenheiten selbst zu besorgen
- Bei beruflicher Betreuung: Pflicht zur Information des Betreuungsgerichts, insbesondere über

- die **persönliche Situation** der betreuten Person
- die **Ziele** der Betreuung
- die bereits durchgeführten oder beabsichtigten **Maßnahmen**
- die **Wünsche** der betreuten Person

Voraussetzungen rechtlicher Betreuung

Rechtliche Betreuung richtet das **Betreuungsgericht** unter folgenden Voraussetzungen ein:

- **Krankheit oder Behinderung**, aufgrund der die **eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr wahrgenommen werden können**.
- **Erforderlichkeit** der Betreuung, d.h. es reicht **nicht** aus, wenn die Person z.B.
 - jemanden bevollmächtigt (Näheres unter Vorsorgevollmacht auf S. 99) und/oder
 - Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bekommt und durch Assistenzleistungen bei der Regelung ihrer Angelegenheiten unterstützt wird und/oder
 - Hilfe durch Familienangehörige, Bekannte, Nachbarn bzw. soziale Dienste erhält.
- **Nicht gegen den freien Willen** eines Menschen, auch dann, wenn die Betreuung objektiv für diesen von Vorteil wäre.
- **Bei Betreuung allein wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung:** Antrag der betreuungsbedürftigen Person.
Ausnahme: Die Person kann ihren Willen nicht (mehr) äußern.

Ist der Wille nicht (mehr) frei, sondern durch die Krankheit und/oder Behinderung bestimmt, muss unter Umständen eine Betreuung **gegen den sog. natürlichen Willen** eines Menschen eingerichtet werden. Das kommt z.B. bei Psychosen und Demenzen vor.

Der **natürliche Wille** ist das, was die Person im durch die Krankheit und/oder Behinderung beeinflussten Zustand will. Der **freie Wille** ist das, was eine Person will, die einsichtsfähig ist und nach ihren Einsichten handeln kann.

Ablauf des Betreuungsverfahrens

Das Betreuungsverfahren kommt durch Antrag der betreuten Person oder durch Anregung durch Dritte, z.B. Behörden, Nachbarn oder Freunde in Gang. Das Betreuungsgericht prüft ob die Voraussetzungen vorliegen und wer die Betreuung übernehmen soll und bestellt dann einen oder mehrere ehrenamtliche Betreuer, oder wenn das nicht möglich ist einen Berufsbetreuer. Die Betreuung endet mit Tod der betreuten Person oder Aufhebung des Betreuungsgerichts.

Die Anregung einer rechtlichen Betreuung kann von Dritten, z.B. Behörden, Nachbarn oder Freunden, oder der betreuungsbedürftigen Person selbst ausgehen, wenn der Verdacht besteht, dass diese nicht mehr für sich selbst sorgen kann und Unterstützung benötigt.

Es genügt ein formloses Schreiben an das zuständige Betreuungsgericht (beim Amtsgericht). Darin wird die Situation der betreuungsbedürftigen Person geschildert und vermerkt, dass eine Betreuung eingerichtet werden sollte.

Das Betreuungsgericht kann auch ein Formular zur Anregung einer Betreuung zusenden.

Das Betreuungsgericht prüft, ob und in welchen Bereichen die betroffene Person ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Die betroffene Person wird über das Verfahren zur Bestellung eines Betreuers informiert. Der Ablauf des Verfahrens kann sich je nach Bundesland leicht unterscheiden. Näheres zu Verfahren und Ablauf der rechtlichen Betreuung unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtliche Betreuung > Verfahren und Ablauf“.

Regeln für rechtliche Betreuung

Rechtliche Betreuung darf nur für Aufgabenbereiche eingesetzt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Einige Entscheidungen darf die rechtliche Betreuung nur treffen, wenn sie vom Betreuungsgericht als Aufgabenbereich ausdrücklich angeordnet sind z.B. freiheitsentziehende Maßnahmen oder Kommunikationsüberwachung.

Das Betreuungsgericht kann anordnen, dass Erklärungen der betreuten Person der **Einwilligung des Betreuers** bedürfen, um rechtswirksam zu werden.

Voraussetzung ist die Erforderlichkeit, um eine erhebliche Gefahr für die Person oder ihr Vermögen abzuwenden.

Ausnahmen, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können (§ 1825 BGB):

- Eheschließung
- Erstellen eines Testaments
- Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags
- Bestimmte Geschäfte des Familienrechts und Erbrechts, die auch Minderjährige vom 7.–18. Geburtstag ohne Einwilligung eingehen dürfen, z.B. Vaterschaftsanfechtung, Adoptionseinwilligung und die Erklärung des Erblassers, einen Erbverzicht anzunehmen

Wenn ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet wurde, braucht die betreute Person trotzdem keine Einwilligung für:

- Willenserklärungen, die ihr lediglich einen rechtlichen Vorteil bringen, z.B. Annahme einer Schenkung, mit der keine Pflichten verbunden sind.
- Geringfügige Angelegenheit des täglichen Lebens (z.B. Einkäufe von Lebensmitteln). Ausnahme ist, wenn das Gericht auch hierfür einen Einwilligungsvorbehalt anordnet.

Ob ein Mensch geschäftsfähig ist hat nichts damit zu tun, ob dieser Mensch unter rechtlicher Betreuung steht oder nicht. Wer eine die freie Willensbildung einschränkende Krankheit hat, ist **automatisch** geschäftsunfähig, auch ohne rechtliche Betreuung. Viele Menschen, die unter rechtlicher Betreuung stehen sind geschäftsfähig.

Individuelle Wünsche und mutmaßlicher Wille der betreuten Person

Bei der Betreuung **müssen** die **Wünsche** der betreuten Person festgestellt werden, soweit das möglich ist. Ihnen muss in der Regel auch entsprochen werden, soweit das möglich ist.

In manchen Fällen muss stattdessen der sog. mutmaßliche Wille ermittelt werden:

- Die Betreuung darf den Wünschen nicht entsprechen, sofern die betreute Person wegen Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Gefahr für ihre Person oder ihr Vermögen entweder nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann.
- Manchmal können die Wünsche der betreuten Person nicht ermittelt werden, z.B. wenn diese sich nicht (mehr) äußern kann.

Der mutmaßliche Wille muss aufgrund konkreter Anhaltspunkte ermittelt werden. Berücksichtigt werden müssen insbesondere

- frühere Äußerungen,
- ethische oder religiöse Überzeugungen und
- sonstige persönliche Wertvorstellungen.

Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der betreuten Person müssen – außer in besonderen untypischen Ausnahmefällen – die Gelegenheit bekommen, sich dazu zu äußern.

Wer eine rechtliche Betreuung für einen anderen Menschen übernommen hat, muss dessen Wünsche auch dann nicht umsetzen, wenn das **nicht zumutbar** ist.

Genehmigung des Betreuungsgerichts

Für einige Entscheidungen braucht der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts, z.B.:

- Einwilligung bzw. Nichteinwilligung zu Gesundheitsuntersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen bei begründeter Gefahr eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens oder des Tods.
Ausnahmen:
 - Einigkeit zwischen Betreuer und Arzt, dass die betreute Person es so will
 - Abwarten der Zustimmung des Gerichts zu einer medizinischen Maßnahme wäre gefährlich
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Sterilisation
- Freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente
- Ausnahme: Gefahr im Verzug, wenn die gerichtliche Entscheidung schnellstmöglich nachgeholt wird
- Kündigung der Wohnung
- Bestimmte erbrechtliche Angelegenheiten, z.B. Ausschlagung einer Erbschaft oder Pflichtteilsverzicht
- Kreditaufnahme (Ausnahme: Dispositionskredit eines Girokontos)
- unübliche Schenkung

In eine **Zwangsbehandlung** darf ohne Zustimmung des Betreuungsgerichts weder eine bevollmächtigte Person, noch ein rechtlicher Betreuer einwilligen. Eine ärztliche Zwangsbehandlung kann in Eilfällen, wenn die Gerichtsentscheidung nicht abgewartet werden kann, nur **ohne Einwilligung** stattfinden, z.B. nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des jeweiligen Bundeslandes oder nach dem Notstandsrecht (§ 34 StGB).

Pflichten des Betreuers

- Pflicht zum persönlichen Kontakt zur betreuten Person und zu Besprechungen mit ihr
- Bei beruflicher Betreuung: Pflicht zur Information des Betreuungsgerichts, insbesondere über
 - die **persönliche Situation** der betreuten Person
 - die **Ziele** der Betreuung
 - die bereits durchgeführten oder beabsichtigten **Maßnahmen**
 - die **Wünsche** der betreuten Person
- Vertretung der betreuten Person nur wenn es nötig ist, denn Betreuung soll

- dabei unterstützen, die eigenen Angelegenheiten selbst zu besorgen
- Pflicht, die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit, die Angelegenheiten selbst zu besorgen anzustreben
 - Pflicht, im zumutbaren Rahmen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Auskunft über die persönlichen Lebensumstände der betreuten Person zu erteilen, wenn diese (ggf. mutmaßlich) damit einverstanden ist.

Kosten der rechtlichen Betreuung

Gerichtsgebühren muss die betreute Person nur bei Überschreiten bestimmter Freibeträge tragen.

Für die Berufsbetreuung fallen bestimmte Pauschalen an, die von der betreuten Person zu tragen sind, außer sie ist mittellos. Ehrenamtliche Betreuung wird in der Regel unentgeltlich geführt und es gibt eine Pauschale als Aufwandsentschädigung.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtliche Betreuung > Kosten“.



Praxistipps!

- Die Broschüre „Betreuungsrecht“ können Sie beim Bundesministerium für Justiz unter www.bmj.de > Publikationen > Broschüren und Infomaterial > *Betreuungsrecht* kostenlos herunterladen oder beim Publikationsversand der Bundesregierung, Telefon 030 182722721, bestellen.
- Auf www.betreuungsrecht.de liefert das Institut für Betreuungsrecht zahlreiche juristische Einzelfälle, häufig mit kritischem Unterton, und sensibilisiert für die möglichen Problembereiche bei Betreuung und Bevollmächtigung.



Wer hilft weiter?

Zuständig für Betreuungsangelegenheiten ist das **Betreuungsgericht** beim örtlich zuständigen Amtsgericht. Information, Beratung und Aufklärung gibt es bei:

- Rechtspflegern bei den Betreuungsgerichten
- Betreuungsbehörden (Betreuungsstellen) bei der Kreis- oder Stadtverwaltung
- Betreuungsvereinen, die häufig bei Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind

Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch Depressionen die körperlichen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer Fremdbestimmung durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird. Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken. Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z.B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll, Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Digitale Vorsorge“*.

Praxistipp!

Zum 01.01.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z.B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. **Notvertretungsrecht**: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheitsorge zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung (siehe S. 93) notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Person/en kennt, die die **Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts** übernehmen soll/en und dies auch will/wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die **auf keinen Fall** zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn diese Person für die Führung der Betreuung nicht geeignet ist, oder wenn erkennbar ist, dass die zu betreuende Person nicht mehr an den in der Betreuungsverfügung aufgeschriebenen Wünschen festhalten will. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der **aktuelle Wunsch** entscheidend.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Die Patientenverfügung beinhaltet die **genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung** von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Wunsch darauf zu verzichten.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z.B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern ...“ Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden. Mögliche Situationen sollten genau beschrieben werden, z.B.:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden? Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?

Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.

Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 202081.

Adressen

Beratung und Informationsmaterial zum Thema Depression sowie Kontakt zu Selbsthilfegruppen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen erhältlich:

Deutsche DepressionsLiga e. V.

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Telefon 0228 24065772
Telefax 0228 92934782
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de
www.depressionsliga.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention

Goerdelerring 9, 04109 Leipzig
Telefon 0341 223874-0
Info-Telefon Depression: 0800 3344533
(Mo, Di, Do von 13–17 Uhr; Mi, Fr von 8.30–12.30 Uhr)
Telefax 0341 223874-99
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon 030 310189-60 (Di, Mi, Fr von 10–14 Uhr; Do von 14–17 Uhr)
Fax 030 310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Telefon 0228 710024-00
Beratung für Angehörige (SeeleFon): 0228 710024-24
Telefax 0228 710024-29
E-Mail: kontakt@bapk.de
www.bapk.de

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)

Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main
Telefon 069 630184398 (Di und Do von 13–16 Uhr)
Beratungstelefon: 0800 55333355
E-Mail: mailberatung@dgbs.de
www.dgbs.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (bpe)

Herner Straße 406, 44807 Bochum

Telefon 0234 68705552

(Mo von 10–13 Uhr; Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Voraussetzungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung)

E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de

www.bpe-online.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Richartzstraße 12, 50667 Köln

Telefon 0221 2779387-0

Telefax 0221 2779387-7

E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

www.dvgp.org

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln

Telefon 0221 511002

Telefax 0221 529903

E-Mail: info@dgsp-ev.de

www.dgsp-ev.de

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Telefon 0228 6767-40/41

Telefax 0228 6767-42

E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

www.apk-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
Janina Del Giudice

Redaktionsteam
Claudia Gottstein, Maria Kästle, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl,
Anna Yankers

Layout und Gestaltung
beta Institut

Foto Titelseite
© Photographee.eu – stock.adobe.com – ID 60591853

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

Alle Rechte vorbehalten
© 2023

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.

17. vollständig überarbeitete Auflage, Juli 2023