

Psychosen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Bei Psychosen erleben die Betroffenen sich selbst und ihre Umwelt anders, verlieren den Bezug zur Realität und leiden häufig unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Diese Symptome sind sowohl für Betroffene als auch Angehörige und Freunde in der Regel sehr belastend. Zudem gibt es in der Gesellschaft viele Vorurteile und falsche Vorstellungen über psychotische Erkrankungen.

Je mehr Betroffene und Angehörige über Psychosen und mögliche Behandlungsansätze wissen, desto besser können sie mit der Erkrankung umgehen und Frühzeichen erkennen. Da bei psychischen Erkrankungen auch sozialrechtliche Fragestellungen von Bedeutung sind, informiert Sie dieser Ratgeber zudem darüber, welche Hilfsangebote es gibt, welche Leistungen Ihnen zustehen und wo Sie diese beantragen können.

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

Inhalt

Vorwort	2
Psychosen	5
Formen psychotischer Störungen	5
Auftreten und Verlauf	6
Ursachen	6
Symptome	7
Therapie	9
Medikamentöse Behandlung	9
Andere somatische Therapieverfahren	10
Psychotherapie	10
Psychoedukation	13
Soziotherapie	14
Ergotherapie	17
Psychoseminare	18
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	18
Institutsambulanz	20
Häusliche psychiatrische Krankenpflege	20
Weitere psychosoziale Therapieformen	22
Stationäre und teilstationäre Behandlung	23
Soteria	24
Offener Dialog	24
Leben mit Psychosen	25
Angehörige und Bezugspersonen	25
Kinder von Eltern mit Psychosen	26
Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene	28
Wohnen	29
Arbeit	32
Autofahren bei Psychosen	34
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	36
Zahlungsregelungen	36
Zahlungsbefreiung	38
Sonderregelung für chronisch Kranke	41
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	43
Entgeltfortzahlung	43
Krankengeld	45
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	51
Rehabilitation	53
Überblick über Reha-Leistungen	53
Kostenträger	54
Medizinische Rehabilitation	56
Ambulante Reha-Maßnahmen	57

Stationäre Reha-Maßnahmen	57
Reha-Antrag	58
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	59
Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	61
Berufliche Reha-Maßnahmen	62
Stufenweise Wiedereingliederung	64
Übergangsgeld	66
Haushaltshilfe	68
Behinderung	71
Definition	71
Grad der Behinderung bei Psychosen	72
Schwerbehindertenausweis	74
Nachteilsausgleiche	75
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	76
Erwerbsminderungsrente	76
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	79
Hilfe zum Lebensunterhalt	82
Rechtliche Aspekte	83
Rechtliche Betreuung	83
Freiheitsentziehende Maßnahmen	85
Adressen	87
Anhang	89
Impressum	91

Psychosen

Unter Psychosen wird eine Gruppe psychischer Erkrankungen zusammengefasst, die mit Veränderungen der Gedanken, der Wahrnehmung, der Gefühle und des Verhaltens einhergehen. Die Erkrankten können zeitweise nicht zwischen Wirklichkeit und eigenen Vorstellungen unterscheiden. Sie steigen vorübergehend aus der Realität aus, erleben sich selbst häufig aber nicht als krank, da ihnen ihre Wahrnehmungen sehr real erscheinen.

Psychotische Störungen haben gemeinsam, dass die Betroffenen den Bezug zu sich selbst und zu ihrer Umwelt verlieren. Die Persönlichkeit der Patienten verändert sich, ohne dass sie dies selbst erkennen. Erkrankte empfinden hingegen, dass nicht sie selbst, sondern ihre Umwelt sich verändert. Charakteristisch sind Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Formen psychotischer Störungen

Bei den psychotischen Störungen (Psychosen) werden insbesondere folgende Formen unterschieden:

Primäre Psychosen (nicht organisch)	Sekundäre Psychosen (organisch)
Schizophrenie (F20)	Akute organische Psychose
Schizotype Störung (F21)	
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	Chronische organische Psychose
Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)	
Induzierte wahnhaftige Störungen (F24)	
Schizoaffective Störungen (F25)	
Affektive Psychosen	

Diese Einteilung findet sich im Diagnosekatalog „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ (ICD) von der Weltgesundheitsorganisation. Die in Klammern stehenden ICD-Codes sind weltweit anerkannt, um medizinische Diagnosen einheitlich zu benennen. Derzeit aktuell ist die Version ICD-10. Es gibt bereits eine **neuere Version** der ICD, die **ICD-11**. Sie **gilt seit 1.1.2022**, wird aber **in Deutschland noch nicht** verwendet, weil sie noch nicht vollständig übersetzt ist und die Systeme noch nicht darauf umgestellt sind.

- **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Schizophrenie)**
Sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder mit einem Schwerpunkt auf kognitiven Störungen bei Wahrnehmung und Denken. Einer Schizophrenie liegt **keine** gespaltene Persönlichkeit zugrunde, wie der Wortsinn („schizo“ = ich spalte, „phren“ = Geist) vermuten lässt.
- **Schizotype Störung**
Betroffene zeigen exzentrisches Verhalten, anormales Denken und anormale Stimmung und wirken schizophran, obwohl bei ihnen eindeutige schizophrene Symptome fehlen.
- **Wahnhaftige Störungen**
Ein Wahn ist das Symptom, das im Vordergrund steht. Bei einem Wahn interpretieren die Betroffenen ihre Umwelt falsch oder geben ihr eine falsche Bedeutung. Beim Wahn liegen inhaltliche Denkstörungen vor, während bei Halluzinationen die Wahrnehmung gestört ist.

- **Organische Psychosen**
Es gibt eine organische Ursache, z.B. Hirnschädigungen durch Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson oder einen Hirntumor.
- **Schizoaffektive Psychosen**
Wechsel von Symptomen einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer Manie.
- **Affektive Psychosen**
Veränderungen der Realitätsverarbeitung im Zusammenhang mit eher affektiven Störungen von Stimmung und Antrieb in Richtung einer Depression oder Manie oder in beide Richtungen (= bipolare Störung).

Auftreten und Verlauf

Psychotische Störungen sind relativ häufig. Etwa 2 % der Bevölkerung erkranken einmal im Leben daran – ca. 1 % an schizophrenen Psychosen und ca. 1 % im Zusammenhang mit Depressionen und Manie. Der erste Ausbruch der Erkrankung findet meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr statt.

Der Verlauf psychotischer Störungen ist sehr unterschiedlich und hängt neben der diagnostizierten Störungsform auch vom Betroffenen, seinem Umfeld und den therapeutischen Maßnahmen ab.

Psychosen verlaufen in Phasen. In der akuten Phase sind die Symptome sehr ausgeprägt, die Patienten sollten dann möglichst engmaschig und häufig stationär betreut werden. In der sich daran anschließenden Stabilisierungsphase brauchen viele Patienten Ruhe und Zeit zur Erholung. In der dritten, der Remissionsphase, gehen die Symptome stark zurück oder verschwinden ganz.

Ein Teil der Betroffenen durchlebt nur eine einmalige Akutphase, häufig im Zusammenhang mit einer Lebenskrise. Bei einigen kommt es in Belastungssituationen zu erneuten psychotischen Episoden, jedoch können sie zwischen den Akutphasen ein relativ normales Leben führen. Andere Patienten sind hingegen dauerhaft beeinträchtigt und haben auch zwischen den akuten Episoden psychotische Symptome.

Ursachen

Mit Ausnahme der organischen Psychosen sind die Ursachen weitgehend unbekannt. Vermutet werden zum einen Störungen des Hirnstoffwechsels, zum anderen genetische Faktoren im Zusammenhang mit äußeren psychischen Belastungen.

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** ist das derzeit am besten akzeptierte Ursachenmodell zur Entstehung von Psychosen und berücksichtigt neurologische, psychologische und soziale Faktoren. Es geht davon aus, dass bei Betroffenen eine **genetische Anfälligkeit** (Vulnerabilität) für die Entstehung einer psychotischen Erkrankung vorhanden ist. Wenn dann bei Belastungssituationen (z.B. dem Auszug aus dem Elternhaus, Trennung vom Partner oder Tod eines Angehörigen) keine ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, können sich psychotische Symptome entwickeln.

Bei einer genetischen Veranlagung muss es jedoch nicht zwingend zu einer Erkrankung kommen. Es gibt einige schützende (protektive) Faktoren, wie eine gute soziale Einbindung und vielfältige Bewältigungsmöglichkeiten, die den Ausbruch einer Psychose verhindern können.

Als **neurologische Ursachen** werden Störungen der Botenstoffe im Gehirn vermutet, welche die Informationsverarbeitung im Gehirn beeinflussen. Vor allem der Botenstoff Dopamin ist bei einer Schizophrenie erhöht.

Auch der regelmäßige Konsum von **Drogen** wie Cannabis oder LSD zählt zu den Risikofaktoren. Dabei ist unklar, ob die psychotischen Symptome bereits vorher vorhanden waren oder erst durch den Drogenkonsum entstanden sind. In jedem Fall beeinflussen Drogen den Verlauf einer Psychose negativ.

Symptome

Das Erscheinungsbild einer Psychose ist vielfältig und individuell verschieden. Die ersten Anzeichen der Erkrankung nehmen oft Freunde oder Angehörige wahr. Sie bemerken, dass der Betroffene „nicht mehr derselbe“ ist und wie fremdgesteuert wirkt. Demzufolge können sie dazu beitragen, dass die Krankheit möglichst früh erkannt wird.

Nachfolgend eine Schilderung von Symptomen einer psychotischen Störung am Beispiel der Schizophrenie. Die Kernsymptome werden grob in 3 Kategorien eingeteilt:

- Positive Symptome (sog. Plussymptome)
- Negative Symptome (sog. Minussymptome)
- Katatone Symptome (sog. Psychomotorische Störungen)

Plussymptome

Zu den Plussymptomen zählen:

- **Wahn:** Eine nicht korrigierbare, „falsche“ Beurteilung der Realität. Am häufigsten leiden die Betroffenen unter Verfolgungs- und Beziehungswahn, Größenwahn und Schuldwahn. Patienten mit Verfolgungswahn fühlen sich z.B. von Außerirdischen verfolgt oder glauben, dass andere Menschen ihnen Schaden zufügen wollen. Im Beziehungswahn beziehen Betroffene allgemeine Ereignisse auf sich selbst oder interpretieren bestimmte Gegenstände bzw. Personen als Bedrohung. Sie glauben z.B., dass Radiosprecher ihnen geheime Botschaften übermitteln. Patienten mit Größenwahn sind überzeugt eine berühmte Persönlichkeit, ein unerkanntes Genie o.ä. zu sein. Im Schuldwahn denken die Patienten für das Unglück oder Leiden anderer verantwortlich zu sein, obwohl es dafür objektiv betrachtet keinen Anlass gibt. (Inhaltliche Denkstörung)
- **Halluzinationen:** Empfundene Sinneswahrnehmung, der kein realer Sinnesreiz zugrunde liegt. Diese Täuschung kann alle Sinnesorgane betreffen, wobei es am häufigsten zu akustischen Halluzinationen kommt. Die Erkrankten hören Stimmen, die z.B. ihr Verhalten kommentieren oder ihnen Befehle erteilen. Meist werden diese Stimmen als bedrohlich empfunden. Aber auch optische (z.B. Sehen von Gegenständen, Personen, Farben), olfaktorische (Gerüche) oder sensorische (z.B. Berührungen) Halluzinationen können auftreten.
- **Ich-Störungen:** Die Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt wird als durchlässig empfunden. Körper, Gedanken und/oder Gefühle werden als fremd erlebt. Betroffene sind der Meinung, dass andere ihre Gedanken hören können, dass andere ihnen ihre Gedanken entziehen oder dass ihre Gedanken und Handlungen von anderen Menschen kontrolliert und beeinflusst werden.
- **Formale Denkstörungen:** Der Ablauf der Gedanken ist gestört. Darunter fallen Verzerrungen des herkömmlichen Denkablaufs, Zerfahrenheit mit sprunghaften und unlogischen Gedankengängen oder Abbruch eines Gedankengangs ohne erkennbaren Grund. Der Patient erfindet häufig neue Begriffe und Wortkombinationen oder wiederholt permanent bestimmte Sätze oder Gedanken.

Minussymptome

Zu den **Minussymptomen** zählen u.a.

- sozialer Rückzug,
- emotionale Verarmung oder Verflachung,
- Antriebsunlust,
- Spracharmut,
- Aufmerksamkeitsstörungen,
- Schlafstörungen,
- mangelnde Körperpflege und
- psychomotorische Verlangsamung.

Katatone Symptome

Bei ausgeprägteren Schweregraden der Krankheit können sich sog. **katatone Symptome** zeigen. Das sind psychomotorische Störungen, die von starker Erregung bis hin zur körperlichen Erstarrung reichen. Manche Patienten berichten von einer Überempfindlichkeit gegenüber Licht oder Farben, Geräuschen, Gerüchen oder Geschmacksempfindungen. Auch das Zeitempfinden kann gestört sein. Die intellektuellen Fähigkeiten sowie die Persönlichkeit sind allerdings nicht beeinträchtigt.

Therapie

Bei der Behandlung von Psychosen wird ein mehrdimensionaler Ansatz verfolgt, der aus medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen besteht.

Notwendig ist ein individueller Gesamtbehandlungsplan unter Einbindung des Patienten, seiner Angehörigen und eines multiprofessionellen Betreuerteams, die in unterschiedlichen Behandlungsphasen zusammenwirken.

Medikamentöse Behandlung

Antipsychotische Medikamente sind meist wirksam in Bezug auf Positivsymptome wie Halluzinationen (z.B. Stimmen hören) und haben eine reduzierende Wirkung auf Minussymptome (z.B. Depressivität). Sie können der psychosetypischen Reizüberflutung entgegenwirken (sog. abschirmende Wirkung) und so der Entwicklung von Symptomen vorbeugen, sie abschwächen oder unterdrücken.

Eingesetzt werden in der Regel sog. **Antipsychotika**. Über die medikamentöse Behandlung sollten Arzt und Patient gemeinsam entscheiden. Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung ist eine wichtige Basis für diese Entscheidung und den weiteren Behandlungsverlauf. Zentrale Probleme bei der Entscheidungsfindung sind die unterschiedlichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile der Medikamente sowie die Dosierung. Manchmal sind mehrere zeitintensive Anläufe notwendig, bis das individuell passende Medikament gefunden wird.

Wie lange die medikamentöse Behandlung dauert, hängt vor allem vom Verlauf der Erkrankung ab. Wichtig ist, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen und nicht ohne Absprache mit dem Arzt abgesetzt werden, da sonst ein hohes Rückfallrisiko besteht. Um mögliche Nebenwirkungen zu erkennen, sollte der Patient die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen beim zuständigen Arzt wahrnehmen. Angehörige können ihn ggf. dabei unterstützen.

Wichtig ist, alle „Nebenwirkungen“ ernst zu nehmen. Studien zeigten, dass z.B. Herzprobleme bei Psychosepatienten nicht ernst genommen wurden, weil man sie für eine unvermeidliche Nebenwirkung hielt. Tatsächlich handelte es sich aber meist um Vorboten einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, die man gut vorbeugend behandeln kann.

Zum Teil werden kurzfristig Benzodiazepine eingesetzt, wenn es zu großer Erregung, Angst und innerer Unruhe kommt.

Eine medikamentöse Therapie stellt keine Alternative zur Psychotherapie (siehe S. 10) dar, sondern muss immer in ein **Gesamtbehandlungskonzept** eingebettet sein.

Andere somatische Therapieverfahren

Wenn ein Psychosepatient nicht oder nur unzureichend auf eine medikamentöse Therapie anspricht, können auch andere körperliche Behandlungsmethoden wie die Elektrokrampftherapie oder die repetitive Transkranielle Magnetstimulation zum Einsatz kommen.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie, auch elektrokonvulsive Therapie genannt, ist ein Verfahren, bei dem durch kurze Stromimpulse auf das Gehirn ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird. Der Krampfanfall führt eine neurochemische Veränderung herbei und lindert bestehende Symptome. Muskelkrämpfe bleiben aus, da die EKT in Kurznarkose und unter Einsatz muskelentspannender Medikamente durchgeführt wird. Der Strom wird über Elektroden übertragen, die außen am Kopf angebracht werden.

Die EKT ist ein wissenschaftlich gut erforschtes, sicheres Verfahren. Neben den üblichen Risiken einer Narkose können vorübergehende Gedächtnisstörungen oder Verwirrheitszustände auftreten. Auch Kopfschmerzen, Schwindel und Muskelkater sind möglich. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Bei der rTMS werden durch Magnetfelder einzelne Bereiche des Gehirns angeregt. Dabei sollen bestimmte Hirnareale stimuliert, andere wiederum gehemmt werden. Repetitive TMS wird nur eingesetzt, wenn andere Behandlungsmethoden keine Wirkung zeigen.

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation. Die therapeutische Beziehung soll dem Betroffenen Halt geben und ihn bei der Krankheitsbewältigung unterstützen.

Anders als früher vermutet können auch Patienten mit akutem Wahn, die den Bezug zur Realität verloren haben, psychotherapeutisch behandelt werden. Eine Psychotherapie sollte also auch in Akutphasen einer Psychose durchgeführt werden.

Kosten

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Derzeit von den Kassen anerkannt sind psychoanalytisch begründete Verfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologische Psychotherapie), die kognitive Verhaltenstherapie sowie die systemische Therapie. Für andere Therapien übernimmt die Kasse die Kosten nur im Einzelfall.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wird häufig die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt. Sie hat die höchste wissenschaftliche Evidenz, d.h. es ist am besten nachgewiesen, dass diese Therapieform hilfreich für Betroffene ist. Menschen mit Schizophrenie soll sie angeboten werden, egal in welcher Phase der Erkrankung sie sich befinden. In der Therapie wird zunächst gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis seiner Probleme erarbeitet und er wird über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert. So sollen Ängste und

Unsicherheiten abgebaut und eine Krankheits- bzw. Behandlungseinsicht vermittelt werden. Dann wird der Patient befähigt, Frühwarnsymptome zu erkennen und Strategien zu entwickeln, wie er darauf reagieren kann, um einen Rückfall zu vermeiden oder zumindest abzumildern. Weitere wichtige Themen der Therapie sind die Akzeptanz fortbestehender Symptome und der Medikamenteneinnahme, die Entwicklung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten sowie die Förderung der Lebensqualität. In der Regel benötigt eine KVT 25 bis 60 Sitzungen. Die Anzahl der Sitzungen hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. In schweren Fällen können bis zu 80 Stunden von der Krankenkasse genehmigt werden.

Therapeutenwahl

Therapeuten können entweder **Psychologen** („psychologischer Psychotherapeut“) oder **Mediziner** („ärztlicher Psychotherapeut“) sein. Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl des passenden Therapeuten wichtig. Für eine Psychotherapie ist **keine** Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine **Kassenzulassung** haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Probatorische Sitzungen

Es ist möglich 2–4 Probestunden bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z.B. Hausarzt, Internist oder Neurologe, 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 dem 1.10.2021 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 **Gruppentherapie-sitzung** zählt wie 2 Einzelsitzungen und dauert 100 Minuten.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Leider kommt es häufig vor, dass Betroffene sehr lange auf einen Therapieplatz warten müssen. Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Abklärung, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen. Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten.

Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden 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 mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 11) 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.

Therapeutensuche

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen - Patientenservice**
Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten 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 der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie 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 Telefon: 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 ein Patient 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 bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, 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

(Kostenerstattung). Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Es kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten* > *Faltblätter & Broschüren* > *Kostenerstattung* bestellt oder heruntergeladen werden.

Antragsverfahren

Der Patient muss zusammen mit seinem Therapeuten einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Der Antrag wird mit einem anonymisierten Bericht des Therapeuten (dieser befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer) an die Krankenkasse geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, die Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter weiter (sofern der Antrag gutachterpflichtig ist), der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über den Patienten.

Im Falle einer Ablehnung kann der Patient **Widerspruch** einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden. Nähere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.



Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Sie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) finden Sie eine Auswahl von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), z.B. Apps, die vom BfArM gemäß § 139e SGB V bewertet wurden. Digitale Gesundheitsanwendungen sind von den Krankenkassen erstattungsfähig. Sie bieten einen flexiblen Zugang zu fachgerechter Unterstützung und können z.B. auch als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen. Unter www.diga.bfarm.de > *DIGA-Verzeichnis öffnen* können entsprechende Angebote und Informationen gesucht werden.

Psychoedukation

Die Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil der Psychosebehandlung und kann die Rückfallhäufigkeit deutlich reduzieren. Es handelt sich dabei um strukturierte Schulungen, in denen Psychosepatienten und ihre Angehörigen von einem Therapeuten über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Dies soll zu einem besseren Krankheitsverständnis beitragen und die Bewältigung der Erkrankung unterstützen.

Die Teilnehmer werden über die Erkrankung und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen informiert und tauschen Erfahrungen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Forschung aus. Dies soll die Krankheitsbewältigung fördern und zur Therapietreue beitragen, denn ein Patient, der versteht, warum er z.B. bestimmte Medikamente benötigt, wird sie eher einnehmen als ein Patient, der von der Notwendigkeit nicht überzeugt ist. Neben Information und Austausch ist die emotionale Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein wichtiger Aspekt der Psychoedukation.

Formen und Anbieter

Psychoedukation kann sowohl in Einzelgesprächen zwischen Therapeut und Patient bzw. Therapeut und Angehörigem, als auch in Gruppen stattfinden. Möglichst sollte sie in Gruppen durchgeführt werden. Die Psychoedukation in der Gruppe findet immer in getrennten Gruppen statt, sodass Betroffene und Angehörige jeweils unter sich sind. Vorteil einer Gruppe ist der gegenseitige Austausch. So kann der Patient von Erfahrungen anderer Patienten profitieren, daraus für sich Strategien für den Umgang mit der Krankheit entwickeln, Anzeichen drohender Rückfälle erkennen und lernen entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Angehörige fungieren oft als „Unterstützer“ und können im gegenseitigen Austausch ungünstige Verhaltensmuster erkennen und auflösen.

Für Akutpatienten bei denen das Denken und/oder die Konzentration nicht ausreichend gut funktioniert, ist eine Psychoedukation manchmal überfordernd, und daher nicht zu empfehlen.

Psychoedukation wird zum Teil bereits während eines stationären Aufenthalts in einer Klinik angeboten. Gruppenleiter sind meist Ärzte, Psychologen, Diplom-Pädagogen oder geschultes pflegerisches Personal.

Kosten

Erfolgt die Edukation in der Klinik, wird sie für Patienten im Rahmen der stationären oder tagesklinischen Behandlung abgerechnet. Erfolgt sie im ambulanten Bereich von Institutsambulanzen, entstehen dem Patienten ebenfalls keine Kosten. Er benötigt in der Regel aber eine Überweisung seines Arztes. Kliniken bieten Psychoedukation teilweise auch für Angehörige an, häufig auch kostenfrei. Psychoedukation im Rahmen einer Psychotherapie wird als Teil dieser Therapie abgerechnet.



Wer hilft weiter?

Über Angebote für Psychoedukationen informieren Psychiater und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste (siehe S. 18), Institutsambulanzen, Kliniken oder Selbsthilfegruppen.

Soziotherapie

Soziotherapeutische Maßnahmen leiten einen Psychose-Patienten zur selbstständigen Nutzung ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen an. Dadurch soll eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden. Soziotherapie ist auch möglich, wenn die Krankenhausbehandlung zwar notwendig, aber nicht ausführbar ist.

Menschen mit Psychosen sind oft nicht in der Lage, Leistungen, die ihnen zustehen, in Anspruch zu nehmen. Basis für eine Soziotherapie ist, dass der Patient die Therapieziele erreichen kann, er über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügt und in der Lage ist, einfache Absprachen einzuhalten.

Ziele

Bei Soziotherapie geht es vor allem um die

- Einsicht in die Notwendigkeit medizinischer/psychotherapeutischer Leistungen,
- Motivation und Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Leistungen,
- Organisation und Koordination der notwendigen Maßnahmen und deren zeitliche Planung,

- therapiegerechte, selbstständige Einnahme von Medikamenten und
- Förderung der Kontaktfähigkeit und sozialen Kompetenz.

Leistungsinhalt

Folgende Leistungen werden in der Regel vom Soziotherapeuten erbracht:

- Erstellung eines Betreuungsplans: Gemeinsam mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten werden z.B. die Diagnose, die Therapieziele und -maßnahmen festgehalten.
- Koordination der Therapiemaßnahmen: Der Soziotherapeut stimmt gemeinsam mit dem Patienten die ärztliche/psychotherapeutische Behandlung ab. Er kann den Patienten während der Behandlung begleiten und ihm aktiv helfen oder ihn, wenn möglich, zur Selbstständigkeit anleiten.
- Arbeit im sozialen Umfeld: Analyse der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation des Patienten sowie Einbeziehung seiner Familie und Freunde.
- Soziotherapeutische Dokumentation: Der Soziotherapeut dokumentiert die durchgeführten Maßnahmen (Art und Umfang), den Behandlungsverlauf und die bereits erreichten und noch verbleibenden Therapieziele.
- Je nach den Bedürfnissen des Patienten können zudem folgende Leistungen erbracht werden:
 - Training, um Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer zu verbessern.
 - Training zur handlungsrelevanten Willensbildung, z.B. Unterstützung bei Verhaltensänderungen, Konfliktbewältigungen sowie Übungen zur Tagesstruktur und zum planerischen Denken.
 - Anleitung, um die Krankheitswahrnehmung zu verbessern und Krisen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.
 - Hilfe in Krisensituationen, um eine Verschlechterung der Krankheit bzw. der sozialen und wirtschaftlichen Situation des Patienten zu vermeiden.

Voraussetzungen

Für die Verordnung von Soziotherapie müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Durch die Soziotherapie wird eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt. Soziotherapie ist auch möglich, wenn die Krankenhausbehandlung zwar notwendig, aber nicht ausführbar ist.
- Der Patient muss die Therapieziele erreichen können. Deshalb sollte er über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.
- Es muss ein Betreuungsplan vorliegen, der die Elemente und Ziele der Soziotherapie beschreibt und zwischen dem verordnenden Arzt, dem Patienten sowie dem soziotherapeutischen Leistungserbringer abgestimmt ist.
- Der Patient muss volljährig sein, außer eine Begleitung des Patienten durch Sorgeberechtigte oder andere Personen zum Arzt oder Psychotherapeuten ist nicht gewährleistet.

Indikation

Eine Indikation ist vor allem bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen gegeben.

Patienten mit anderen schweren psychischen Erkrankungen können unter bestimmten Umständen ebenfalls Soziotherapie erhalten, vor allem bei einer Mehrfacherkrankung mit z.B. einer Suchterkrankung oder bei allgemein stark eingeschränkten Fähigkeiten.

Die Verordnung von Soziotherapie ist zudem nur möglich, wenn der Betroffene die notwendigen ärztlichen oder therapeutischen Maßnahmen nicht selbstständig in Anspruch nehmen kann. Das ist in der Regel der Fall, wenn mindestens eine der folgenden Einschränkungen in einem erheblichen Ausmaß vorliegt:

- Störungen von Antrieb, Ausdauer oder Belastbarkeit, Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns oder des Realitätsbezuges sowie Unfähigkeit den Tag selbstständig zu strukturieren.
- Verhaltensstörungen mit eingeschränkter Kontakt- und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.
- Verminderung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken).
- Schwierigkeiten beim Erkennen der eigenen Erkrankung sowie beim Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

Verordnung

Soziotherapie dürfen nur bestimmte Berufsgruppen und Einrichtungen verordnen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung dazu berechtigt sind:

- Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.
- Institutsambulanzen an einschlägigen Kliniken und dort tätige Ärzte.
- Krankenhausärzte oder Ärzte in Rehakliniken für die ersten 7 Tage nach Entlassung.

Wenn ein Arzt die Soziotherapie nicht selbst verordnen kann, kann er den Patienten **überweisen**. Wenn er erkennt, dass der Patient aufgrund seiner psychischen Erkrankung diese Überweisung nicht wahrnehmen kann, kann er **5 Stunden Soziotherapie** verordnen (Vordruck „Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gem. § 37a SGB V“), damit der Patient motiviert werden kann, die Überweisung wahrzunehmen.

Soziotherapie muss (mit Ausnahme der 5 Probestunden) **vorher** von der Krankenkasse genehmigt werden.

Maßnahmen der Soziotherapie und der psychiatrischen Krankenpflege (siehe S. 20) können in der Regel nur **nacheinander**, nicht zeitlich nebeneinander verordnet werden. Eine **Ausnahme** ist, wenn die Maßnahmen sich aufgrund ihrer jeweiligen Zielsetzung ergänzen. Diese Abgrenzung gegeneinander ist dann sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan darzulegen.

Dauer

Eine Soziotherapie umfasst **120 Stunden à 60 Minuten** innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall. „Krankheitsfall“ ist das Krankheitsgeschehen, das eine einheitliche medizinische Ursache hat, z.B. eine nicht ausgeheilte psychische Erkrankung, die immer wieder zu Hilfebedürftigkeit führt. Die Stunden können in kleinere Einheiten aufgeteilt werden. In besonderen Fällen können auch Gruppentherapieeinheiten à 90 Minuten stattfinden. Pro Verordnung dürfen maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

Vor der ersten Verordnung können bis zu 5 Probestunden verschrieben werden, um die Therapiefähigkeit des Patienten abzuklären und um den Betreuungsplan zu erstellen. Diese Probestunden können maximal zweimal im Jahr stattfinden.

Die Soziotherapie endet früher, wenn der Patient die Therapieziele nicht erreichen kann oder diese vorzeitig erreicht.

Zuzahlung

Volljährige Versicherte müssen eine Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 38.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Soziotherapie eine Richtlinie erstellt. Diese können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Soziotherapie-Richtlinie* herunterladen.



Wer hilft weiter?

Erbringen können die Soziotherapie nur Soziotherapeuten, die bei der Krankenkasse zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben. Die Krankenkassen vermitteln Adressen der zugelassenen Soziotherapeuten. Teilweise bieten Sozialpsychiatrische Dienste ähnliche Unterstützungsleistungen wie Soziotherapeuten bzw. kennen die Soziotherapeuten vor Ort. Der Berufsverband der Soziotherapeuten bietet eine Liste von Adressen unter: www.soziotherapie.eu > *Soziotherapeuten* finden.

Ergotherapie

Im Rahmen einer Ergotherapie geht es für Menschen mit Psychosen vor allem um die sog. psychisch-funktionelle Behandlung. Ziele ergotherapeutischer Maßnahmen sind eine bessere Bewältigung von Alltagsaufgaben, die Aufnahme einer sinnvollen Freizeitgestaltung sowie die Wiederherstellung und Erhaltung von Fähigkeiten, die für die Selbstversorgung oder eine Berufstätigkeit von Bedeutung sind.

Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen zur Verbesserung

- der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- des situationsgerechten Verhaltens, der sozial-emotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- der psychischen Stabilisierung, der Festigung des Selbstvertrauens sowie
- der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten.

Verordnung und Zuzahlung

Ergotherapie gehört zu den Heilmitteln und muss vom Arzt verordnet werden. Die Kosten werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Eine Ergotherapie kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden.

Erwachsene zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 38.

Therapiebesuch zu Hause

Die Verordnung von Ergotherapie außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines Hausbesuchs, ist ausnahmsweise nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Der Arzt muss dann auf der Verordnung „Hausbesuch“ ankreuzen.



Praxistipp!

Die Verordnung von Ergotherapie im ambulanten Bereich richtet sich nach der Heilmittelrichtlinie. Diese kann beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Heilmittel-Richtlinie* heruntergeladen werden. Die Maßnahmen der Ergotherapie sind unter Punkt G ab S. 32 aufgeführt.



Wer hilft weiter?

Adressen von Ergotherapeuten vermittelt der Deutsche Verband Ergotherapie unter Telefon: 07248 91810, per E-Mail an info@dve.info oder im Internet unter www.dve.info > *Service* > *Ergotherapeutische Praxen, Suche*. Es gibt Ergotherapie-Praxen mit dem Schwerpunkt Psychiatrie. Darauf sollten Patienten mit Psychosen und ggf. dessen Angehörige bei der Ergotherapeutensuche achten.

Psychoseseminare

Psychoseseminare richten sich an Betroffene, Angehörige und Therapeuten und dienen dem wechselseitigen Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Fortbildung (Dialog). Ziel ist es, ein breites Verständnis von Psychosen und möglichen Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Im Psychoseseminar können Betroffene, Angehörige, Fachleute und Interessierte Erfahrungen austauschen, Vorurteile abbauen und neue Erkenntnisse gewinnen. Betroffene sind Experten in eigener Sache, Angehörige haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und professionell Tätige verfügen über das nötige Fachwissen. Diese Kompetenzen sollen durch den gemeinsamen Austausch (sog. Dialog) genutzt werden. Der Dialog ist durch einen Austausch auf Augenhöhe mit gegenseitigem Respekt gekennzeichnet. Es handelt sich nicht um eine therapeutische Methode, sondern soll dazu beitragen, dass Erkrankte mehr einbezogen werden, um voneinander lernen und die Behandlungsmethoden verbessern zu können.

Informationen und Termine eines Psychoseseminars finden Sie unter www.dialog-psychoseseminar.de.

Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät, unterstützt und begleitet Menschen mit psychischen Erkrankungen. Er koordiniert und vermittelt alle erforderlichen Hilfen, um diesen Menschen langfristig ein Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Aufgaben

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) hilft Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere durch:

- **Beratung und Begleitung**

Betroffene und deren Angehörige können sich schnell und unkompliziert beraten lassen und ihre

Schwierigkeiten schildern. Der SpDi hält auch Kontakt zu Menschen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung stark zurückziehen und wenig oder keine sozialen Kontakte haben. Auch Hausbesuche sind möglich, wenn der Betroffene damit einverstanden ist.

- **Hilfe im Einzelfall**

Der SpDi plant und koordiniert alle notwendigen Hilfen. Zudem motiviert und unterstützt er den Betroffenen dabei, die Hilfen auch in Anspruch zu nehmen.

- **Notfallhilfen**

Betroffene werden in psychischen und sozialen Ausnahme- und Notfallsituationen (z.B. bei Suizidgeanken, drohender Wohnungslosigkeit) unterstützt.

- **Vor- und Nachsorge**

Um beginnende (Wieder-)Erkrankungen aufzufangen, vermittelt der SpDi frühzeitig ärztliche Hilfe und den Kontakt zu Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor Ort. Auch nach Krisen und/oder stationären Behandlungen betreut der SpDi die Betroffenen, bis diese sich in ihrem Leben wieder gefestigt haben.

- **Vernetzung und Steuerung**

Der SpDi fördert die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen vor Ort. Zudem plant er, welcher Bedarf wie gedeckt werden kann und verbessert die örtlichen Versorgungsmöglichkeiten.

Der SpDi berät auch das soziale Umfeld eines Betroffenen und behandelnde (Haus-)Ärzte. Betroffene können bei Arztbesuchen oder Behördengängen begleitet werden, wenn sie diese Unterstützung benötigen.

Gegen den Willen eines Betroffenen kann der SpDi nur tätig werden, wenn eine **Selbst- oder Fremdgefährdung** vorliegt. Wird die Unterbringung in einer Klinik notwendig, soll diese so kurz wie möglich erfolgen.

Organisation

Die Organisationsform der Sozialpsychiatrischen Dienste ist regional verschieden. Träger sind in der Regel Gemeinden, Wohlfahrtsverbände oder Vereine. In einem SpDi arbeitet meist ein multiprofessionelles Team (z.B. Sozialpädagogen, Psychologen, Psychiater, Krankenpflegekräfte), das sich mit örtlichen Hausärzten, Kliniken, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen vernetzt.

Kosten

Die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste ist für die Hilfesuchenden kostenlos.



Praxistipp!

Ansprechpartner regionaler SpDi-Netzwerke finden Sie beim Bundesweiten Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste unter www.sozialpsychiatrische-dienste.de > Regionale Netzwerke.



Wer hilft weiter?

Welcher Sozialpsychiatrische Dienst regional zuständig ist, kann beim Gesundheitsamt erfragt werden. Adressen finden Sie beim Robert Koch Institut unter <https://tools.rki.de/plztool>.

Institutsambulanz

Eine Institutsambulanz ist in der Regel an eine psychiatrische Klinik angebunden, in der Patienten ambulant behandelt werden.

Die Übergänge in der psychiatrischen Institutsambulanz sind fließend – sowohl zum ambulanten Bereich (z.B. ambulante Psychotherapie in der Ambulanz) als auch zum stationären Bereich (Aufnahme in die Klinik). Das hat den Vorteil, dass der Patient in Krisensituationen schnell stationär aufgenommen werden kann und eine enge Absprache zwischen den ambulanten und stationären Behandlern möglich ist.

Zum Teil sind Institutsambulanzen auch in besondere Versorgungsmodelle eingebunden, d.h. die ambulante und stationäre Versorgung wird aus einer Hand organisiert.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege soll Patienten mit schweren Psychosen helfen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen und häufige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Psychiatrische Krankenpflege ist eine Sonderform der häuslichen Krankenpflege, d.h. ein Patient wird zu Hause von Fachpersonal pflegerisch versorgt.

Ziele

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege dient

- der Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisensituationen und zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung,
- der Entwicklung ausgleichender Hilfen bei krankheitsbedingten Einschränkungen sowie
- der Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Leistungserbringern.

Voraussetzungen

Grundsätzlich sind die Maßnahmen zur Verordnung psychiatrischer Krankenpflege nur verordnungsfähig, wenn erkennbar ist, dass die Beeinträchtigungen positiv beeinflusst werden können und somit ein Verbleib in der Häuslichkeit möglich ist.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Verordnung psychiatrischer Krankenpflege gegeben sein:

- Indikation nach § 4 Absätze 9 und 10 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Darunter fallen Patienten mit **Psychosen** und anderen psychischen Erkrankungen.
- Störungen von Antrieb, Ausdauer oder Belastbarkeit in Verbindung mit Einschränkungen des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs sowie der Unfähigkeit den Tag selbstständig zu strukturieren.
- Einschränkungen der Kontaktfähigkeit, der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken) und Schwierigkeiten beim Erkennen der Krankheit sowie beim Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.
- Die Aufgaben der psychiatrischen Krankenpflege können nicht von einem im Haushalt lebenden Angehörigen übernommen werden.

Verordnung

Die ärztliche Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege erfolgt durch

- einen Vertragsarzt des Fachgebiets Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.
- einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Psychologische Psychotherapeuten.
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie können die psychiatrische Krankenpflege verordnen, in Ausnahmefällen bis zu einem Alter von 21 Jahren. Zudem ist eine Verordnung durch psychiatrische Institutsambulanzen möglich.
- Hausärzte und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie können die psychiatrische Krankenpflege für bis zu 6 Wochen verordnen, wenn eine vorherige Diagnosesicherung durch einen der oben genannten Fachärzte erfolgt ist. Diese darf nicht länger als 4 Monate zurückliegen.

Zur Verordnung gehören der Verordnungsvordruck zur häuslichen Krankenpflege (Muster 12) und ein vom Arzt erstellter Behandlungsplan. Dieser muss die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) enthalten.

Dauer

Zunächst ist eine Erstverordnung für bis zu 14 Tage zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau üblich. Wenn keine Einschätzung zur Behandlungsfähigkeit möglich ist, wird eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt. Psychiatrische Krankenpflege kann bis zu 4 Monate lang verordnet werden, eine Verlängerung ist möglich, wenn diese erforderlich, vom Arzt begründet und von der Krankenkasse genehmigt ist. Die Psychiatrische Krankenpflege endet, wenn sie nicht mehr benötigt wird oder keine Aussicht auf Erfolg besteht (z.B. bei fehlender Mitwirkung des Patienten).

Zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) und um einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen (Unterstützungspflege), besteht ein Anspruch auf bis zu 4 Wochen psychiatrische Krankenpflege, in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Inanspruchnahme im Rahmen des Entlassmanagements für bis zu 7 Tage möglich.

Zuzahlung

Volljährige Versicherte zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres ab S. 38.

Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d.h. sie stellen die Pflegekraft. Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine usw. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt worden sein.

Ausnahme

Die Krankenkasse erstattet die Kosten für eine **selbst beschaffte** Kraft in angemessener Höhe (d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft), falls

- die Krankenkasse keine Kraft stellen kann, z.B. wenn die Kapazität der von der Krankenkasse eingestellten Pflegekräfte erschöpft ist,

- die selbst beschaffte Pflegekraft geringere Kosten verursacht,
- der Betroffene aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte Pflegeperson akzeptiert. Diese Person muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

Praxistipp!

Herkömmliche ambulante Pflegedienste haben ihren Schwerpunkt in der Regel auf der Pflege älterer Patienten. Psychiatrische Krankenpflege auf Verordnung kann aber nur ein spezialisierter Dienst für psychiatrische Krankenpflege erbringen, der mit der Krankenkasse des Patienten einen Versorgungsvertrag haben muss.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie* heruntergeladen werden. Die „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ stehen in § 4 der Richtlinie.

Eine detaillierte Auflistung der Diagnosen zur Verordnung psychiatrischer Krankenpflege steht in der Anlage der Richtlinie: „Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege“ unter Nr. 27a.

Weitere psychosoziale Therapieformen

Folgende psychosoziale Behandlungsformen sind bei Psychosen ebenfalls von Bedeutung:

- **Kreativtherapien (z.B. Kunst-, Tanz- oder Bewegungstherapie)**
Sie dienen der Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezugs, der Entwicklung von Körper- und Raumwahrnehmung, der Verbesserung kognitiver Funktionen, der Autonomie und des Gefühlsausdrucks.
- **Soziales Kompetenztraining (SKT)**
Es werden soziale Fertigkeiten trainiert, indem eigene Verhaltensweisen überprüft und alternative Handlungsmöglichkeiten erlernt werden. So sollen Sicherheit im Kontakt mit anderen Menschen gewonnen und soziale Ängste abgebaut werden.
- **Metakognitives Training (MKT)**
MKT bedeutet so viel wie das „Denken über das Denken“. In 8 Trainingseinheiten werden den Betroffenen einseitige Problemlösestrategien vor Augen geführt und die damit verbundene Begünstigung von problematischen Überzeugungen. Dadurch sollen ihnen ihre Denkverzerrungen bewusst gemacht werden, damit das bisherige Problemlöseverhalten kritisch reflektiert und verändert werden kann.
- **Kognitives Training (Cogpack)**
Das Cogpack ist ein computergestütztes Trainingsprogramm mit 64 Tests und Übungen zur Verbesserung verschiedener kognitiver, sprachlicher, intellektueller und berufsnaher Fähigkeiten. Die Behandlung basiert auf der Theorie, dass Defizite in den genannten Bereichen die Anfälligkeit der Betroffenen für Psychosen erhöht und das Rückfallrisiko durch ein gezieltes Training gesenkt werden kann.

Stationäre und teilstationäre Behandlung

Wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, insbesondere in einer psychotischen Akutphase, ist eine stationäre Behandlung nötig. In den darauffolgenden Phasen kann die Behandlung in den meisten Fällen ambulant weitergeführt werden.

Werden eine Mutter oder ein Vater stationär untergebracht, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 68) genehmigt werden.

Psychiatrische Klinik

Im Krisenfall (Akutphase) erfolgt die medikamentöse Behandlung von Patienten mit Psychosen bei Bedarf in psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen von Kliniken. Eine stationäre Behandlung hat immer das Ziel, die aktuelle Krise zu bewältigen und den Betroffenen zu stabilisieren. Dieses Ziel wird in einem Behandlungsplan beschrieben, der in Akut-, Stabilisierungs- und Remissionsphase gegliedert ist. Ziele sind die Schaffung einer therapeutischen Beziehung, das Aufheben oder Abklingen der Krankheitssymptome, das Verhindern einer Selbst- oder Fremdgefährdung und andere.

Wenn möglich, werden Angehörige mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung von den Betreuern der Klinik mit eingebunden. Je nach Situation kann der Aufenthalt in der Klinik unterschiedlich lang sein. Empfohlen wird ein kurzer vollstationärer Verbleib, da dies einen erheblichen Eingriff in das gewohnte Leben des Betroffenen bedeutet. Die Entlassung muss sorgfältig geplant werden, denn mit der Klinik verlassen die Patienten auch einen Schutzraum und müssen stabil genug sein, die Belastungen des Alltags wieder auszuhalten und ihr Leben möglichst wieder selbstständig zu führen. Viele Kliniken gestalten den Übergang deshalb fließend, z.B. durch Besuche oder Übernachtungen zu Hause und leisten zudem Aufklärungsarbeit bei Angehörigen und Bezugspersonen.

Kosten und Zuzahlung

Die Kosten des stationären Aufenthalts übernimmt in den meisten Fällen die Krankenkasse. Die Kostenübernahme beinhaltet alle Leistungen, die für den Patienten nach Art und Schwere seiner Erkrankung notwendig und im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses möglich sind. Dazu zählen neben der ärztlichen Behandlung auch die Krankenpflege sowie die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln.

Volljährige Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung von 10 € pro Tag leisten. Diese Zuzahlung ist auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag. Näheres zu Zuzahlungen der Krankenversicherung und den Voraussetzungen einer Zuzahlungsbefreiung ab S. 36.

Tageskliniken

Tageskliniken gibt es unabhängig von psychiatrischen Kliniken oder sie sind dort angebunden. Sie nehmen Patienten in der Regel nur an Werktagen und tagsüber auf und bieten dort dasselbe Leistungsspektrum wie eine vollstationäre Klinik. Nachts und am Wochenende leben die Patienten in ihrem gewohnten Umfeld und können dort in der Therapie erlernte Strategien erproben.

Eine Tagesklinik kommt in Frage, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, eine stationäre Therapie aber nicht notwendig oder aufgrund der sozialen Situation nicht sinnvoll ist. Zudem erleichtert eine Tagesklinik nach einem Klinikaufenthalt den Übergang in den Alltag und kann dadurch drohende Rückfälle verhindern.

Eine Tagesklinik setzt voraus, dass der besondere Schutz einer psychiatrischen Klinik (z.B. wegen Eigen- oder Fremdgefährdung) nicht notwendig ist und eine ausreichende nächtliche Betreuung im häuslichen Umfeld gewährleistet ist.

Soteria

Soteria ist eine alternative stationäre Behandlungsform, bei der Betroffene in Wohngemeinschaften zusammenleben und sehr engmaschig betreut werden.

Das Wort Soteria bedeutet „Wohl, Rettung, Heil“. Die Begleitung findet in Form aktiven Dabeiseins („being-with“) mit einer intensiven 1:1 Betreuung statt. Soteria verfolgt einen milieutherapeutischen Ansatz, d.h. es handelt sich um einen gemeinsamen therapeutischen Prozess im Rahmen einer vorübergehenden Lebensgemeinschaft. Die Soteria-Einrichtungen sind meist kleine, wohngemeinschaftsähnliche Häuser mit max. 10 Bewohnern. Zentraler Gedanke ist die Abschirmung der Bewohner von verwirrenden Umwelteinflüssen. Es soll eine Umgebung geschaffen werden, die Geborgenheit vermittelt und durch tragende zwischenmenschliche Beziehungen Halt gibt.

Die Mitarbeiter unterstützen und fördern den Bewohner je nach individuellem Befinden. Dabei bleibt die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Betroffenen so weit wie möglich erhalten und unnötige Abhängigkeiten werden vermieden. Alltägliche Aufgaben und Aktivitäten (Kochen, Putzen, Einkaufen, Ausflüge etc.) werden gemeinsam getätigt, um den Bezug zum Alltagsleben zu erhalten. Mit antipsychotischer Medikation wird zurückhaltend umgegangen.

Soteria legt zudem großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen. Derzeit gibt es nur wenige Soteria-Einrichtungen in Deutschland, z.B. in Zwiefalten, München, Köln und Leipzig. In manchen psychiatrischen Kliniken werden Elemente des Soteria-Konzepts angewandt. Adressen und weitere Informationen unter www.soteria-netzwerk.de.

Offener Dialog

Ein Ansatz zum Umgang mit Psychosen ist der Offene Dialog (Open Dialogue). Dieser aus Finnland stammende Ansatz meint eine aufsuchende Hilfe, bei der das soziale Umfeld einer Person einbezogen wird.

Die Hilfe kommt dabei schnell (innerhalb von 24–48 Stunden) und kann Menschen schon unterstützen, bevor diese eine medizinische Behandlung erhalten können. Manchmal gelingt es so auch Menschen mit Psychosen zu erreichen, wenn diese keine Krankheits- und damit auch keine Behandlungseinsicht haben und die Voraussetzungen für eine Behandlung gegen deren Willen nicht vorliegen. Es handelt sich dabei **nicht** um eine psychotherapeutische oder medizinische Therapie bzw. Behandlung, sondern um psychosoziale Unterstützung. In Deutschland ist der Offene Dialog nur in manchen Regionen verfügbar. Weitere Informationen unter www.offener-dialog.de.

Praxistipp!

Beim Psychiatrie Verlag ist für Betroffene ein Krisenpass erhältlich, der im Notfall über die aktuelle Medikation sowie Personen, die benachrichtigt werden sollen, Auskunft gibt. Auch sind Informationen über unverträgliche Medikamente und über spezielle Wünsche des Patienten im Krisenfall und ggf. weitere Erkrankungen wie Allergien etc. möglich. Download unter <https://psychiatrie-verlag.de> > Service > Leser*innen > Nützliche Materialien zum Download.

Leben mit Psychosen

Psychotische Erkrankungen wirken sich auf viele Lebensbereiche der Betroffenen aus. Einige Patienten haben Schwierigkeiten ihren Alltag zu bewältigen und benötigen in bestimmten Bereichen Unterstützung. Auch Angehörige und nahe Bezugspersonen eines Psychosepatienten spüren die Auswirkungen der Erkrankung und benötigen Informationen und Hilfestellungen.

Angehörige und Bezugspersonen

Psychotische Störungen betreffen Angehörige oft in besonderer Weise mit. Sie müssen Rücksicht auf ihre eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten nehmen und sich im täglichen, herausfordernden Umgang mit dem Betroffenen üben.

Orientierung

Eine Psychose kann den Betroffenen sehr verunsichern. Oftmals hat er das Gefühl seine eigenen Grenzen zu verlieren. Dann ist es für ihn existenziell, sich an den Grenzen seiner Angehörigen orientieren zu können und dadurch Sicherheit und Halt zu gewinnen.

Angehörige sollten rücksichtsvoll mit dem Betroffenen umgehen und ihn so selbstverständlich wie möglich in den Familienalltag einbeziehen. Es ist allerdings weder für den Betroffenen, noch für die Angehörigen sinnvoll, wenn diese selbstlos eigene Interessen und Gewohnheiten aufgeben und sich für den Betroffenen aufopfern. Das führt dazu, dass die Orientierung für alle Beteiligten erschwert wird.

Entwicklung

Psychosepatienten suchen manchmal Sicherheit in früheren Entwicklungsstufen. Das stellt Angehörige vor eine große Herausforderung: Einerseits sollten diese verständnisvoll reagieren und auf die kindlichen Bedürfnisse des Betroffenen eingehen, andererseits ist es auch wichtig den Betroffenen als Person ernst zu nehmen und ihn seinem realen Entwicklungsstand entsprechend zu behandeln.

Dabeisein

Psychosen können mit starken Ängsten einhergehen. Diese Ängste sind für Angehörige deutlich spürbar und können sich auf sie übertragen. Das macht es schwer, dem Betroffenen die Dinge zu geben, die er dann braucht: Gelassenheit, Geduld, Zuversicht, Geborgenheit, Ruhe, Anwesenheit ohne Forderungen sowie Nähe ohne dabei die Grenzen des Betroffenen zu überschreiten. Wenn Angehörige sich damit überfordert fühlen, sollten sie sich Unterstützung holen.

Kontakt

Psychosen können durch soziale Isolation entstehen und/oder diese verstärken. Daher ist es besonders wichtig, dass Betroffene Kontakt zu anderen Menschen halten oder herstellen, auch wenn das mit Schwierigkeiten verbunden ist. Häufig fürchten sie sich vor Grenzüberschreitungen, sehnen sich aber auch nach Nähe. Angehörige können bei diesem Konflikt eine wichtige Unterstützung sein, indem sie Verlässlichkeit und Sicherheit vermitteln. Aber auch lose Kontakte, z.B. zu Nachbarn oder Bekannten, können hilfreich sein, denn solche Kontakte sind für die Betroffenen unverfänglich und bereiten ihnen oftmals weniger Schwierigkeiten.

Grenzen des Verstehens

Psychosepatienten ziehen sich in eine Welt zurück, zu der andere keinen Zugang haben. Das dient dem Selbstschutz, fördert aber auch die Einsamkeit. So entsteht ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Nähe und dem Bedürfnis nach Distanz. Angehörige können Sicherheit vermitteln, indem sie die Eigenarten des Betroffenen respektieren und verständnisvoll sind, auch wenn sie die Verhaltensweisen und Gedanken nicht immer nachvollziehen können.

Selbsthilfe, Beratung, Austausch

Hilfen bieten Selbsthilfegruppen für Angehörige, örtliche Beratungsstellen, psychiatrische Kliniken, sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsämter und Volkshochschulen. In den Gruppen können Angehörige sich austauschen, mit anderen Angehörigen oder auch mit Fachleuten wie Ärzten, Psychologen oder Sozialpädagogen ihre Probleme erörtern und nach besseren Bewältigungsstrategien suchen. Dadurch werden Angehörige entlastet und finden mehr Ruhe und Gelassenheit im Umgang mit dem Patienten.



Wer hilft weiter?

Adressen vermittelt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen unter www.bapk.de und andere Selbsthilfeverbände (Adressen siehe S. 87).

Kinder von Eltern mit Psychosen

Kinder psychotischer Eltern unterliegen besonderen Belastungen und einem eigenen Erkrankungsrisiko und benötigen deshalb Hilfen und Präventionsmaßnahmen.

Kinder bei denen ein Elternteil mit Psychosen lebt, wachsen häufiger in ungünstigen sozialen Verhältnissen auf, z.B.:

- Arbeitslosigkeit
- niedrige Bildung der Eltern durch psychosebedingten Abbruch von Schule, Ausbildung oder Studium
- Verlust wichtiger Bezugspersonen, insbesondere wenn stationäre Behandlung des Elternteils mit Psychosen erforderlich ist oder wenn die Partnerschaft der Eltern an den Belastungen durch die Psychose zerbricht
- erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung und Misshandlung
- Diskriminierungserfahrungen und soziale Ausgrenzung

Betroffene Kinder haben oft mit folgenden Schwierigkeiten zu kämpfen:

- Desorientierung, weil sie das Verhalten des erkrankten Elternteils nicht verstehen
- Schuldgefühle, weil sie glauben, dass sie die Probleme des erkrankten Elternteils verursacht hätten
- Eindruck (leider oft begründet) mit niemandem über die Probleme reden zu können oder zu dürfen
- Isolation, weil sie sich alleingelassen fühlen und nicht wissen, an wen sie sich wenden können

Eigenes Erkrankungsrisiko der Kinder

Durch Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und andere Studien mit Familien hat sich ergeben, dass das lebenslange Risiko an Schizophrenie zu erkranken für leibliche Kinder ansteigt, wenn ein leiblicher Elternteil an Schizophrenie leidet und weiter steigt, wenn das beide leiblichen Eltern betrifft.

Risiko für Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung	Risiko für Schizophrenie, wenn ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist	Risiko für Schizophrenie, wenn beide Eltern an Schizophrenie erkrankt sind
1 %	mehr als 10 %	mehr als 40 %

Außerdem haben Kinder von Eltern mit Psychosen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen im Allgemeinen.

Weil zwischen dem Grad der Verwandtschaft und den erhöhten Risiken Zusammenhänge festgestellt wurden, ist davon auszugehen, dass genetische Ursachen beteiligt sind.

Aber auch die psychosozialen Belastungen, die in Familien mit Eltern die Psychosen haben häufiger vorkommen, bedeuten für die Kinder ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen. Auch gehen Eltern mit Psychosen oft anders mit ihren Kindern um. Sie können mit der Erziehung und Betreuung überfordert sein. Außerdem können sie nicht immer die Vorbildrolle einnehmen, die Eltern für ihre Kinder haben sollten. Kinder können auch unter den Konflikten leiden, die durch die Psychose entstehen.

Genauer dazu unter www.aerzteblatt.de > Archiv > Suchbegriff: „Mattejat Kinder psychisch kranker Eltern Übersichtsarbeit“.

Präventive Maßnahmen für Kinder von Eltern mit Psychosen

Es gibt das Vorurteil, betroffene Kinder könnten genetischen Risiken nicht entkommen. Psychosoziale Einflüsse werden oft im Vergleich zur genetischen Anfälligkeit als weniger wichtig eingeschätzt. Tatsächlich gilt jedoch: Gerade bei Menschen, die erblich bedingt besonders verletzlich sind, sind die **Umwelteinflüsse besonders wichtig**. Positiv wie auch negativ haben sie eine starke Wirkung.

Manche Kinder entwickeln sich trotz vieler Belastungen gut. Das wird **Resilienz** genannt. Die Resilienzforschung untersucht dieses Phänomen, um herauszufinden, wie Prävention gelingen kann.

Für Kinder von Eltern mit Psychosen gilt es psychosoziale Belastungen zu vermindern und Schutzfaktoren zu schaffen bzw. zu verstärken. Konkrete wirksame Präventionsmaßnahmen sind:

- Gute Behandlung der Psychosen des Elternteils
- Psychoedukation (siehe S. 13) für die ganze Familie inklusive Ermutigung mit den Problemen nach außen hin offen umzugehen
- Therapeutische und sozialpädagogische Hilfen für die ganze Familie
- Gute Zusammenarbeit aller beteiligten Fachleute (auch mit den Lehrkräften der Kinder)



Wer hilft weiter?

- Allgemeiner Sozialdienst des örtlichen Jugendamts
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern, www.bag-kipe.de
- Förderkreis KIPKEL e.V. Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern, www.kipkel.de

Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene

Die folgenden Hinweise können Psychosepatienten dabei helfen, einen guten Umgang mit sich selbst und ihrer Erkrankung zu finden.

Gewohnte Umgebung und vertraute Menschen

Besonders während einer Krise ist es für viele Betroffene hilfreich, sich in der gewohnten Umgebung aufzuhalten, die ihnen Schutz und Sicherheit bietet. Vertraute Menschen, die im Umgang mit der Erkrankung vertraut sind, können dem Betroffenen Halt geben, ohne Anforderungen zu stellen, die leicht überfordern.

Keine Vergleiche und eigene Maßstäbe

Psychosepatienten sollten sich nicht überfordern und zu viel von sich erwarten. Während einer depressiven Phase sollten sie sich z.B. nicht unter Druck setzen, alle Aufgaben des täglichen Lebens bewältigen zu können. Sinnvoller ist es, dass sie verständnisvoll mit sich umgehen und auf jede gemeisterte Aufgabe stolz sind.

Auch ein Vergleich mit anderen Menschen ist nicht hilfreich, denn jeder geht mit den täglichen Herausforderungen anders um. Dies sollten Betroffene stets im Kopf behalten, wenn sie dazu neigen, sich im Vergleich mit anderen schlecht zu fühlen.

Professionelle Hilfe

Die Unterstützung durch einen professionellen Helfer, z.B. einen Psychiater oder Psychotherapeuten, ist für Psychosepatienten sehr wichtig. Diese verfügen über einen ganz anderen Wissens- und Erfahrungsschatz und können den Betroffenen dadurch eine andere Art von Unterstützung bieten als Laien und Angehörige. Zudem nehmen sie eine neutrale Position ein und können die Probleme dadurch aus einem anderen Blickwinkel betrachten. Wichtig ist eine tragfähige Beziehung zum Therapeuten, damit dieser als verlässlicher Ansprechpartner empfunden wird, dessen Urteil man vertrauen kann.

Dies ist auch bei einer medikamentösen Behandlung von Bedeutung. Der Arzt sollte sich genügend Zeit nehmen, um mit dem Patienten ausführlich die Vor- und Nachteile verschiedener Medikamente zu erläutern. Es braucht manchmal einige Versuche, bis das individuell passende Medikament in der richtigen Dosierung gefunden wird. Der Betroffene sollte daher genug Vertrauen haben, um seine körperlichen und psychischen Reaktionen möglichst genau schildern zu können. Nur so kann die Behandlung entsprechend angepasst werden.

Frühe Anzeichen erkennen

Meist kündigt sich eine Psychose bereits durch verschiedene Anzeichen an. Es ist daher wichtig, dass der Betroffene aufmerksam auf Veränderungen achtet, um schon frühzeitig entsprechende Signale zu erkennen. Dabei sollte er aber nicht in einer dauerhaften „Alarmbereitschaft“ sein, denn dann hat er keine Kapazität mehr, um seine Aufmerksamkeit auf die schönen Dinge des Lebens richten zu können.

Krisenplan

Zu einer Psychotherapie bei Psychosen gehört das Erstellen eines Krisenplans zur Rückfallprophylaxe. Ein Krisenplan sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen und professionellen Helfern vom Betroffenen erstellt werden. In ihm ist bereits vorgeplant, was bei der Person individuelle Frühwarnzeichen für einen psychotischen Schub sind und was dann zu tun ist. Der Krisenplan kann auch helfen, mit Belas-

tungen gut umzugehen und einer Verschlechterung der Gesundheit ggf. vorbeugen. Betroffene können durch den Krisenplan ohne darüber nachdenken zu müssen richtig reagieren, auch wenn das Denken und Planen gerade schwer fällt oder nicht möglich ist.

Gesunder Lebensstil und Achtsamkeit

Nicht nur für Psychosepatienten ist ein gesunder Lebensstil wichtig. Eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf und Bewegung an der frischen Luft können Betroffene dabei unterstützen, stabil zu bleiben und damit die Lebensqualität deutlich erhöhen. Dabei sollte jeder individuell herausfinden, was ihm gut tut, und diese Dinge dann möglichst konstant in seinen Alltag einbauen.

Soziale Kontakte

Soziale Kontakte sind für Psychosepatienten häufig eine große Herausforderung. Um sich nicht zu überfordern, ist es besser, wenn sie sich auf wenige Kontakte beschränken, die zuverlässig sind und ihnen Halt geben. Es sollte eine Balance zwischen dem Bedürfnis nach Rückzug und dem Austausch und Kontakt mit anderen gefunden werden, die sich für den Betroffenen richtig anfühlt.



Praxistipp!

Weitere Hinweise zu einem guten Umgang mit der Erkrankung für Betroffene und Angehörige bietet die blaue Broschüre „Es ist normal, verschieden zu sein! Verständnis und Behandlung von Psychosen.“ Erstellt im Dialog von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten/Wissenschaftlern in der AG der Psychoseseminare (Hrsg.). Download der Broschüre unter www.irremenschlich.de > *Download* > *Mediathek* > *Druck*.

Wohnen

Einen Rückzugsraum zu haben, in eine soziale Gemeinschaft eingebunden zu sein, alltägliche Pflichten wie Putzen oder Kochen sowie eine Tagesstruktur zu haben und Selbstständigkeit zu gewinnen – das sind für Menschen mit Psychosen oft zentrale Herausforderungen. Der Wohnsituation kommt deswegen große Bedeutung zu, sowohl in der ersten Zeit nach einem Klinikaufenthalt als auch als langfristige Lebensfrage.

Neben dem Wohnen im bisherigen Familienumfeld gibt es verschiedenste geförderte und begleitete Wohnformen. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die einzelnen Möglichkeiten.

Betreute Wohnformen

Bei betreuten Wohnformen stehen dem Bewohner Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Pfleger zur Seite. Die fachliche Ausrichtung ist je nach Konzept unterschiedlich. Im Idealfall kommen die Betreuer 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 der Intensität. 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

Träger

Die Betreuer werden von den Trägern gestellt und finanziert und auch hier herrscht große Vielfalt. Viele Wohnprojekte haben mehrere Träger oder einen Träger, der mit verschiedenen Partnern kooperiert. Infrage kommen z.B. der Sozialpsychiatrische Dienst, der Sozialdienst oder Wohlfahrtsverbände. Auch an psychiatrische Akutkliniken, Wohnheime für Menschen mit Behinderungen, Werkstätten für behinderte Menschen oder Inklusionsfirmen sind teilweise Wohnmöglichkeiten angebunden.

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

Wohnformen

Die Angebote gibt es in mannigfachen Kombinationen mit den folgenden Wohnungsformen:

- **Betreutes Einzelwohnen:** Dabei erfolgt die Unterstützung in der eigenen Wohnung. In der Regel besucht ein Betreuer den Klienten mehrmals in der Woche zu fest ausgemachten Terminen. Nachts erfolgt keine Betreuung. Betreutes Einzelwohnen kommt insbesondere für Menschen in Frage, die schon relativ gut mit ihrer Erkrankung umgehen und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung zu leben.
- **Appartementwohnen:** Dies ist eine Zwischenform zwischen betreutem Einzelwohnen und einer Wohngruppe. Jeder Appartementbewohner ist eigenständig, hat ein eigenes Bad und eine kleine Küche, wohnt aber in einem Appartementhaus mit anderen Betroffenen. Gemeinschaftseinrichtungen ermöglichen soziale Kontakte, aber es ist auch der völlige Rückzug möglich. Betreuer und Therapeuten haben separate Räume.
- **(Therapeutische) Wohngemeinschaft:** In einer Wohngemeinschaft (WG) wohnen mehrere Betroffene zusammen. Jeder hat ein Zimmer für sich. Bad, Küche, Wohn- und Esszimmer werden gemeinschaftlich genutzt. Bei therapeutischen WGs (TWG) liegt der Schwerpunkt auf der therapeutischen Behandlung. In anderen Wohngemeinschaften geht es vorwiegend um die praktische Unterstützung im Alltag.

In jedem Fall soll die Selbstständigkeit der Bewohner gefördert werden: Durch die 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 Begleiter 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 Bewohner 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. Bewohner sind chronisch psychisch kranke Menschen. Als Wohnformen werden Wohngruppen, WGs oder ganze Häuser genutzt. Meist haben die Bewohner einen höheren Schutz- und Betreuungsbedarf als in den oben genannten Formen.

- **Soteria:** Eine besondere Form der Wohngemeinschaft sind Soteria-Häuser (siehe S. 24).
- **Wohnheim:** In einem Wohnheim nutzt der Bewohner sein Zimmer, alle anderen Einrichtungen sind Gemeinschaftseinrichtungen. Das Wohnen im Heim kann eine dauerhafte Lebensform sein, aber es besteht zunehmend die Tendenz, die Bewohner zu möglichst viel Selbstständigkeit und sozialen Wohnformen zu befähigen: Über die Wohngruppe im Heim hin zur heimunabhängigen WG.

Praxistipp!

Nähere Informationen zu betreuten Wohnformen für psychisch kranke Menschen gibt es beim Psychiatrienetz unter www.psychiatrie.de > *Gemeindepsychiatrie* > *Alltagshilfen*.

Wer hilft weiter?

Auf der Suche nach betreutem Wohnen helfen der Sozialdienst in der Klinik, der ambulante Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 18) sowie alle Träger mit entsprechenden Angeboten – das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine.

Wohnen in der Familie

Ob das Zusammenleben mit der Familie möglich und sinnvoll ist, sollte gut überlegt und bewusst entschieden werden. Je nach Alter und Störungsbild kann das Familienleben eine erstrebenswerte Wohnform sein, weil die vertraute Umgebung und die Angehörigen Sicherheit und Geborgenheit geben. Aber ebenso kann eine familienunabhängige Wohnform Selbstständigkeit und Entwicklung erst ermöglichen. Kommt ein Patient nach einem Klinikaufenthalt (wieder) nach Hause, sollte eine ambulante Nachsorge durch ärztliche Behandlung, Beratungsstellen, Ambulanzen und/oder Tagesstätten für psychisch kranke Menschen (siehe S. 34) gewährleistet sein. Dem Betroffenen sollte ermöglicht werden, eine Balance zwischen Rückzug und Teilnahme am Familienleben zu finden. Dazu sollten ihm räumliche Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Ein wichtiges Thema ist der Auszug junger, psychotisch erkrankter Menschen aus der elterlichen Wohnung. Fast allen Eltern fällt es schwer, ihre Kinder gehen zu lassen – für ein psychisch gefährdetes Kind gilt das umso mehr. Für den jungen Erwachsenen ist die Loslösung aus dem Elternhaus ein großer Schritt, der mit einem Therapeuten sorgfältig geplant werden sollte. Denn der Umbruch kann sowohl positiv als auch negativ wirken. Stützend kann hier der Umzug in eine der oben aufgeführten betreuten Wohnformen wirken.

Für Jugendliche und unter Umständen auch junge Volljährige mit Psychosen gibt es Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, für die das Jugendamt vor Ort zuständig ist. So besteht bei Bedarf Anspruch auf Beratung zur Vorbereitung eines Auszugs und auf verschiedene Leistungen des betreuten Wohnens, z.B. in heilpädagogischen Wohngruppen.

Arbeit

Bei einer chronifizierten Psychose kommt es zu bleibenden bzw. immer wiederkehrenden Beeinträchtigungen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Arbeitslosigkeit kann aber ein zusätzlicher Risikofaktor für eine erneute Akutphase sein. Einer Berufstätigkeit ist daher nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus vielen weiteren Gründen eine hohe Priorität einzuräumen. Ist die (Wieder-)Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Bedeutung von Arbeit

Arbeit

- schafft soziale Kontakte und Beziehungen.
- ermöglicht die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- fördert Aktivität.
- strukturiert den Tages- und Wochenablauf.
- gibt dem Menschen eine anerkannte Rolle und einen sozialen Status und unterstützt damit die Bildung einer subjektiven Identität.
- wird entlohnt und gibt damit Wertschätzung.
- ist ein Zeichen für Normalität und Genesung.

Dabei muss aber ebenso berücksichtigt werden, dass der Betroffene einer wie auch immer gearteten Arbeitstätigkeit gewachsen sein muss, denn auch Druck und Überforderung können eine Akutphase auslösen. Eine besondere Rolle spielt hier der sog. Reha-Druck, d.h. die Vorgabe, innerhalb einer bestimmten Frist mit einer bestimmten Maßnahme das vorgegebene Ziel zu erreichen.

Unterstützte Beschäftigung

Unterstützte Beschäftigung ist eine Möglichkeit für Menschen mit Psychosen, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Dabei findet zunächst eine höchstens 2-jährige, ausnahmsweise 3-jährige individuelle Qualifizierung direkt im Betrieb statt und anschließend ggf. auch eine langfristige Berufsbegleitung.

Die Ziele der unterstützten Beschäftigung liegen in der Ermöglichung und Erhaltung einer angemessenen, geeigneten und sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Unterstützte Beschäftigung“.

Beratung zur unterstützten Beschäftigung bieten die Agentur für Arbeit oder ein anderer zuständiger Reha-Träger. Anbieter unabhängiger Teilhabeberatung können bei der Klärung helfen, welcher Reha-Träger zuständig ist und wie die Leistung beantragt werden kann. Adressen in der Nähe sind unter www.teilhabeberatung.de > Beratung > Beratungsangebote der EUTB zu finden.

Zweiter Arbeitsmarkt und alternative Konzepte

Hat der Patient kein Arbeitsverhältnis (mehr) und hat der normale Bewerbungsweg keine Aussicht auf Erfolg, sind Inklusionsbetriebe auf dem sog. zweiten Arbeitsmarkt denkbare Arbeitsfelder.

Auf dem sog. zweiten Arbeitsmarkt gibt es eine große Vielfalt von Projekten, die regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und meist von mehreren Kostenträgern gemeinsam getragen werden.

Sie geben den Betroffenen die Möglichkeit über den öffentlichen und sozialen Sektor wieder im Berufsleben Fuß zu fassen.

Mögliche Träger, Partner und/oder Geldgeber sind z.B. Agentur für Arbeit, Integrationsamt, Integrationsfachdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, psychosozialer Dienst, Gemeinden, Städte, Landkreise, Bezirke, Ministerien (hier oft Sonderförderprogramme), Aktion Mensch, Lebenshilfe, Werkstätten für behinderte Menschen, Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz), Kirchen, Stiftungen oder Firmen.

Für die Beschäftigten handelt es sich zum Teil um sog. Ein-Euro-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II“). Sie geben den Beschäftigten die Möglichkeit die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen und so wieder in das Berufsleben zu finden. Die tatsächliche Mehraufwandsentschädigung liegt meist etwas höher als 1 € pro Stunde. Während einer solchen Arbeitsgelegenheit erhalten die Teilnehmer an diesen Maßnahmen das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und dazu die Mehraufwandsentschädigung.

Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe können zusammen mit mehreren der oben genannten Partner betrieben werden, aber auch unabhängig agieren. Sie arbeiten wie ein normales Unternehmen und bieten ihre Leistungen an, sind aber gleichzeitig gemeinnützig und werden gefördert, weil sie einen besonderen Aufwand durch die Struktur ihrer Mitarbeiter haben. Überwiegend sind diese Unternehmen im handwerklichen und im Dienstleistungssektor aktiv. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen gibt es in Deutschland 965 Inklusionsbetriebe im Jahr 2019 in den verschiedensten Branchen: Von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen.

Die Inklusionsziele der Betriebe sind unterschiedlich. Sie reichen von der Ausbildung und Umschulung über die Hilfe zur Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt bis hin zur dauerhaften Beschäftigung unter geschützten Arbeitsbedingungen.

Zum Teil bieten auch reguläre Firmen beschützte oder integrative Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen an.

Weitere Informationen über Inklusionsbetriebe gibt es bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen unter www.bag-if.de.

Zuverdienstprojekte

Das Problem bei den meisten bisher genannten Arbeitsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Menschen mit Psychosen. Hilfreich sind hier sog. Zuverdienstprojekte für Menschen mit psychischen Störungen. Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten für weniger als 20 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

Die Trägerschaft ist sehr vielfältig, zum Teil sind die Projekte an Inklusionsbetriebe 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.

Weitere Informationen zu Zuverdienstprojekten gibt es beim Projekt Zuverdienst unter <https://mehrzuverdienst.de>. Adressen von Anbietern einiger Zuverdienstprojekte können auch bei Rehadat unter www.rehadat-adressen.de > Adressen > Arbeit & Beschäftigung > Zuverdienst- & Beschäftigungsangebote gefunden werden.

Tagesstätten für psychisch kranke Menschen

Tagesstätten sind Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen an Wochentagen tagsüber betreut und zu Beschäftigung angeleitet werden. Sie können auch auf das Arbeitsleben vorbereiten. Die Einrichtungen sind möglichst niedrigschwellig, 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 z.B. Tagesstrukturierende Angebote, Förderung sozialer Kontakte, Kreativkurse, Anleitung bei Dingen des alltäglichen Lebens, kognitive Arbeit, Entspannung und Bewegung, Ausflüge und Ferienfreizeiten sowie Unterstützung bei Behörden- und Wohnungsangelegenheiten.

Häufig sind an Tagesstätten Beratungsangebote angegliedert, die bei sozialrechtlichen Fragen helfen oder bei der Suche nach Reha-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten. 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.

Nähere Informationen zu Tagesstätten für psychisch kranke Menschen gibt das Psychiatrienetz unter www.psychiatrie.de > Gemeindepsychiatrie > Alltagshilfen > Tagesstätten/Kontakt-/Beratungsstellen.

Wer hilft weiter?

Auf der Suche nach geeigneten Arbeitsmöglichkeiten helfen der Sozialdienst in der Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 18), alle Träger mit entsprechenden Angeboten, das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine, sowie mögliche Kostenträger, z.B. Integrationsamt oder Agentur für Arbeit.

Autofahren bei Psychosen

In der Akutphase einer Psychose darf kein Fahrzeug geführt werden. Ob ein Betroffener nach einer schweren psychotischen Krankheitsphase wieder am Straßenverkehr teilnehmen kann, ist abhängig von Art und Prognose des Grundleidens. Bei der Einnahme von Psychopharmaka müssen betroffene Autofahrer mit ihrem Arzt besprechen, ob sie mit den verordneten Medikamenten fahrtauglich sind.

Laut den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen und der Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung darf in der Akutphase einer Psychose kein Fahrzeug geführt werden, da die Realitätswahrnehmung des Betroffenen so stark beeinträchtigt ist, dass eine realistische Einschätzung der Verkehrssituation nicht möglich ist. Nach dem Abklingen der akuten Symptome ist die

Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs unter Umständen wieder gegeben:

- **Organisch-psychische Störungen:** Ein Fahrzeug darf wieder geführt werden, wenn das Grundleiden eine positive Beurteilung zulässt und weder Restsymptome noch ein relevantes chronisches, hirnorganisches Psychosyndrom vorliegen. In der Regel sind regelmäßige Nachuntersuchungen erforderlich. Die Zeitabstände legt der Gutachter fest.
- **Affektive Psychosen:** Wenn eine schwere Depression mit wahnhaften oder stuporösen (erstarrenden) Symptomen einhergeht, eine akute Suizidalität besteht sowie bei allen manischen Phasen, sind die psychischen Fähigkeiten so herabgesetzt, dass kein Fahrzeug geführt werden darf. Wenn die relevanten Symptome abgeklungen sind und **nicht mit ihrem Wiederauftreten zu rechnen ist**, kann die Fahrtüchtigkeit wieder vorhanden sein. Dies muss durch regelmäßige Kontrollen bei einem Facharzt für Psychiatrie nachgewiesen werden.
- **Schizophrene Psychosen:** Ein Fahrzeug darf wieder geführt werden, wenn keine Störungen (z.B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Bei mehreren psychotischen Episoden sind regelmäßige Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie durchzuführen. **Aber:** Die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen, z.B. in Bussen, sowie das Führen von LKWs ist in der Regel nicht mehr gegeben.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei nachgewiesenen Intoxikationen (Vergiftungen) und anderen (Neben-)Wirkungen von Arzneimitteln, welche die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art **nicht** gegeben.

Der Patient muss grundsätzlich wissen, dass er für die Fahrtüchtigkeit selbst verantwortlich ist. Er muss sich kritisch beobachten, bevor er ein Fahrzeug steuert. Im Zweifel sollte er das Auto lieber stehen lassen. Vor allem in den ersten Tagen nach einer Dosissteigerung, sollten Betroffene kein Fahrzeug führen. Gerade Psychopharmaka, die eine dämpfende Wirkung haben (z.B. Antipsychotika), können die Reaktionszeit verlängern und somit die Fahrtauglichkeit einschränken. Autofahrer, die Psychopharmaka einnehmen, sollten auf jeden Fall mit ihrem Arzt besprechen, ob sie mit den verordneten Medikamenten fahrtauglich sind. Auch die Beipackzettel der Medikamente enthalten ggf. entsprechende Hinweise.



Praxistipp!

Der Download der „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter www.bast.de > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* > *zum Download*. Die Hinweise zur Kraftfahreignung bei Psychosen stehen in Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“ ab S. 44.



Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € – 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € – 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, Sozialtherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

Festbeträge

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

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio- oder Ergotherapie (siehe S. 17).
Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

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

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Für Psychosepatienten gibt es eine spezialisierte Form, die häusliche psychiatrische Krankenpflege (siehe S. 20).

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

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen (siehe S. 14).

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 (siehe S. 68).

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 Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

Zuzahlung: 10 € pro Tag 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. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenbeförderung).

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Berechnung des Bruttoeinkommens

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

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende Angehörige:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

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

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

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

Besondere Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

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

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B.

individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Belastungsgrenze und Zuzahlungsbefreiung

Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Versicherte und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.

Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

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

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

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

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



Praxistipps!

- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

Auch Versicherte, die an einem Disease-Management-Programme (DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Für Psychosen gibt es derzeit noch kein DMP, es werden jedoch immer wieder neue DMP entwickelt. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Disease-Management-Programme“*.

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

Vorsorge

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

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

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

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

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für eine vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Bei schweren Verläufen einer Psychose kann es auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit des Patienten kommen. Informationen zu finanziellen Hilfen bei Erwerbsminderung gibt es ab S. 76.

Entgeltfortzahlung

Insbesondere die Akutphasen einer Psychose ziehen in der Regel eine längere und oft auch wiederholte Arbeitsunfähigkeit nach sich. Betroffene haben einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- 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, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit (AU) und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche

Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss nicht mehr der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

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

Zweifel am Krankenstand

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

Dauer

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

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen

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

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

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

Bei Patienten mit Psychose ist eine erhöhte Wachsamkeit beim Auslaufen des Krankengelds und der Frage nach der weiteren finanziellen Absicherung erforderlich. Angehörige sollten ebenfalls darauf achten und ggf. Unterstützung leisten.

Voraussetzungen

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

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.

Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.

- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 66)
- Praktikanten
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Krankengeld für Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 43).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte. Eine Rückdatierung des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

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

Bemessungszeitraum für die Krankengeld-Berechnung

Das Krankengeld errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

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

Höchstbetrag

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

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

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

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

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

Nach Ablauf der Blockfrist (= 3 Jahre), in der der Versicherte wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen bezogen hat, entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen:

- **Erneute** Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit,
- mindestens 6 Monate lang **keine** Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Krankheit **und**
- mindestens 6 Monate **Erwerbstätigkeit** oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend.

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

Hinweis: Seit 1.10.2021 wird die Meldung an die Krankenkasse schrittweise auf digital umgestellt, d.h.: Versicherte müssen **nicht mehr** den Durchschlag der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (AU) an die Krankenkasse schicken, sondern die Arztpraxis meldet die Arbeitsunfähigkeit digital und direkt an die Krankenkasse (eAU).

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 76) umwandelt (Umdeutung). Betroffene können dieser Umdeutung widersprechen.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchge-

führt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 51).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit,

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

Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

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

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Unabhängige Teilhabeberatung, Sozialberatung in Krankenhäusern und Rehakliniken oder bei Wohlfahrtsverbänden, z.B. Caritas oder Diakonie, Rentenversicherung.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn der Psychosepatient nach Ablauf des Krankengeldanspruchs arbeitsunfähig bleibt, kann er das sog. **Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld** beantragen. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Ar-

beitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.

- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 76) beim zuständigen Rentenversicherungsträger, Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 62) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 56) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 66) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



Praxistipp!

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

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



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

Durch Reha-Maßnahmen sollen Menschen mit Psychosen dazu befähigt werden, ihren Alltag (z.B. Beruf, Beziehungen, Haushalt und Wohnen) wieder bzw. weiterhin selbstständig gestalten zu können.

Welche Reha-Maßnahme geeignet ist, ist abhängig vom Patienten und dessen individuellen Bedürfnissen.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente und Reha vor Pflege.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Die Reha im weiteren Sinn umfasst 5 große Bereiche:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 66), Haushaltshilfe (siehe S. 68), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen z.B. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

Verschiedene Kostenträger können für verschiedene Leistungen für einen Menschen mit (drohender) Behinderung zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische oder berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha und bestimmte damit verbundene ergänzende Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind. Für unterhaltssichernde Leistungen sind sie **nicht** zuständig.
- Die **Träger der Jugendhilfe**, vertreten durch die Jugendämter, erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe 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 der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden Leistungen und ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

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

Zuständigkeitsklärung

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

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Menschen mit (drohender) Behinderung.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten unverzüglich vom leistenden Reha-Träger in Auftrag gegeben werden, 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Beauftragung des Gutachtens (muss unverzüglich erfolgen)
 - Auswahl der Person oder Einrichtung, die das Gutachten erstellt durch den Menschen mit Behinderung oder dessen Vertretung
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird.

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.

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

- Ein Gerichtsverfahren:
 - Ein **gerichtliches Eilverfahren** kann unter Umständen weiterhelfen. Es besteht dabei das **Risiko**, dass sie die **Kosten** einer vorläufig gewährten Leistung später **erstaten** müssen. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“*.
 - Eine **gerichtliche Untätigkeitsklage** kann weiterhelfen, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde. Ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate.
 - Wenden Sie sich hierfür an eine Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt. Es fallen keine Gerichtskosten, sondern nur Kosten für anwaltliche Hilfe an. Wenn Sie keine Rechtsschutzversicherung haben, die das abdeckt, können Ihnen ggf. die Beratungshilfe und später die Prozesskostenhilfe zur Deckung der Kosten helfen.
- Die sog. **Selbstbeschaffung** der Leistung mit nachträglicher Erstattung:
 - Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst selbst zu bezahlen, können Sie vorübergehend selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben vorher.
 - Es besteht das **Risiko**, dass Sie das **Geld nicht zurückbekommen**. Gehen Sie diesen Weg also nur, wenn Sie bereit sind, dieses Risiko einzugehen.

- Das ausgegebene Geld wird Ihnen nicht immer erstattet, wenn die Fristen überschritten wurden, sondern nur unter weiteren Voraussetzungen. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Rehabilitation > Zuständigkeit“*.
- Verlangen Sie die Kostenerstattung zunächst schriftlich bei dem Reha-Träger, den Sie für zuständig halten. Zahlt dieser nicht freiwillig oder reagiert nicht auf Ihr Schreiben, so müssen Sie die Erstattung vor Gericht **einklagen**. Auch hier hilft eine Anwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt weiter und ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe.

Praxistipps!

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

Medizinische Rehabilitation

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

Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der medizinischen Reha übernehmen. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger.

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

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

Wartezeit

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

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

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

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

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.



Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 68) gewährt werden.

Reha-Antrag

Möchte ein Psychosepatient eine medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Alle Vertragsärzte können eine Reha verordnen.

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha,

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

Der Arzt verordnet die medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

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

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

Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha. Ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Patienten müssen die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und

„G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen. Unter demselben Link finden Sie auch den Antrag „Schritt für Schritt“ sowie einen eAntrag.

Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung** und soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.

Praxistipp!

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

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

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

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 43
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 45
- Verletztengeld von der Unfallversicherung,
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 66

Zuzahlungen

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

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 36.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für **maximal 42 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die medizinische Reha-Maßnahme als **Anschlussheilbehandlung** erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf **maximal 14 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatz Einkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren **monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 €** liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Für diese Personen kann die Zuzahlung bei Antragstellung 2022 entsprechend der folgenden Tabelle ermäßigt werden:

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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

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



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur medizinischen Rehabilitation eine 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.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Leistungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger.
- 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.

Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

Die „Rehabilitation psychisch kranker Menschen“, kurz RPK, vereint **medizinische und berufliche Reha-Leistungen und bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen eine individuelle und wohnortnahe Unterstützung. In der Regel verfügen RPK-Einrichtungen über 10–50 Plätze und bieten die Reha-Maßnahmen ambulant und/oder stationär an.**

Die RPK dauert bis zu 12 Monate und umfasst z.B. psychotherapeutische Angebote, Physio- und Ergotherapie, Eignungsabklärung, Arbeitserprobung und berufliche Anpassungsleistungen. Durch die Kombination medizinischer und beruflicher Reha-Maßnahmen sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen ihren Alltag und ihr Berufsleben (wieder) selbstständig bewältigen können, ein besseres Verständnis für ihre Erkrankung erhalten und Bewältigungsstrategien kennenlernen.

Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. unter www.bagrpk.de > Standorte gesucht werden.

Berufliche Reha-Maßnahmen

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden Psychose kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

Zuständig sein können insbesondere die Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Träger der Kinder und Jugendhilfe oder der Träger der Eingliederungshilfe.

Umfang der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung, die schon einen Arbeitsplatz haben oder selbstständig tätig sind, haben Anspruch auf Hilfen, damit sie ihre Arbeit nicht wegen der Behinderung verlieren. Wenn es auch mit den Hilfen nicht möglich ist, die bisherige Berufstätigkeit fortzusetzen, kommen Hilfen beim Wechsel des Arbeitsplatzes im bisherigen oder in einen anderen Betrieb in Betracht.

Wer wegen der Behinderung noch nicht oder nicht mehr berufstätig ist, hat Anspruch auf Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder für eine Existenzgründung, also um sich beruflich selbstständig zu machen.

Beispiele für Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit sind Kraftfahrzeughilfe, Arbeitsassistent, Wohnungshilfen, Gründungszuschuss sowie psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching.

Berufliche und schulische Bildung

Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird berufliche Bildung in verschiedenen Bereichen gefördert:

- betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung
- berufliche Anpassung z.B. Anpassung an neue Technik oder eine neue Tätigkeit im gleichen Beruf
- Weiterbildung, auch wenn dazu gehört, zunächst einen dafür notwendigen Schulabschluss zu machen
- Berufsausbildung inklusive des schulischen Teils, wenn dieser zeitlich nicht überwiegt

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und Alternativen

In einer Werkstatt für behinderte Menschen gibt es ein Eingangsverfahren bei dem es darum geht, dass der Mensch mit Behinderung ausprobiert, ob die Werkstatt für ihn geeignet ist, welche Tätigkeiten für ihn geeignet sind und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für ihn sinnvoll sind. Es dauert 4 Wochen bis 3 Monate.

Es gibt auch einen Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen, der für 1 bis 2 Jahre finanziert wird.

Alternativ gibt es auch sog. andere Anbieter, das sind Angebote zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, die einer Werkstatt für behinderte Menschen ähnlich sind, für die aber weniger strenge Regeln gelten.

Weitere Alternativen sind

- die sog. unterstützte Beschäftigung: Betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet dazu eine Broschüre zum Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A389“.
- die Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30 % bis in der Regel höchstens 50 % schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

Zuschüsse an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auch an einen Betrieb geleistet werden, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt.

Die **Gewährung eines Zuschusses** kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als:

- **Ausbildungszuschüsse**, wenn Bildungsleistungen vom Betrieb erbracht werden
Zuschusshöhe: in der Regel bis zu 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
Zuschusshöhe: im Normalfall bis zu 50 %, wenn sonst die Beschäftigung des Menschen mit Behinderung nicht möglich ist bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, wenn sonst die Beschäftigung des Menschen mit Behinderung nicht möglich ist bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung**
Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes**

Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

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

Voraussetzungen

Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte oder Versicherungsträger können eine stufenweise Wiedereingliederung anregen.

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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

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

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

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

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

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

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

Kostenträger und finanzielle Sicherung

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

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

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

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

Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Psychosepatienten während der Teilnahme an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. bei Maßnahmen zur beruflichen Orientierung. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden.

Das Übergangsgeld kann dem Psychosepatienten während einer Reha-Maßnahme den finanziellen Druck nehmen, damit er sich ganz auf seine Gesundheit konzentrieren kann. Zuständig können der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, zur medizinische Reha, zur Prävention, zur Nachsorge und zu sonstigen Leistungen zur Teilhabe.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen und vor diesen Leistungen rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben. Bei Arbeitslosengeld gibt es nur Übergangsgeld, wenn der Arbeitslose wegen der Reha-Maßnahme nicht ganztags arbeiten kann.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

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

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld beträgt bei beiden Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

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

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

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. **angerechnet**:

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

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

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

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

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

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



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer Reha-Maßnahme teil oder befindet sich im Krankenhaus, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder unter 12 Jahren oder Kinder mit einer Behinderung zu versorgen sind. Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden.

Voraussetzungen

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

Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfol-

genden Gründe nicht möglich ist:

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung, **wenn**
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt ist oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung, **und**
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann auch im Rahmen der Entlassung aus der Klinik beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Praxistipp!

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen medizinischer oder beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt ist oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (siehe oben).

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu erfüllen. Wenn diese nicht erfüllt sind (z.B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können **unvermeidbare** Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder **unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei **Mitnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus**. Zudem müssen die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.
- Bei „normalen“ Krankheiten, z.B. Grippe, gibt es in der Regel keine Haushaltshilfe. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen **und** wenn der Arzt die Haushaltshilfe verordnet **freiwillig** die Haushaltshilfe.

- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe, d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein. Im Jahr 2022 zahlen die Krankenkassen für einen 8-stündigen Einsatz maximal 82 €, d.h. einen Stundenlohn von 10,25 €.

Für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstauffalls geben, nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Der zuständige Träger kann die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grad erstatten. Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Rentenversicherung.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 38).

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Eine schwere Psychose kann dazu führen, dass Betroffene als (schwer-)behindert eingestuft werden. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. Nachteilsausgleiche.

Je nach der individuellen Lebenssituation des Betroffenen kann es sinnvoll sein, sich die Beeinträchtigungen durch die Psychoseerkrankung als (Schwer-)Behinderung anerkennen zu lassen. Dies kann z.B. vor einer krankheitsbedingten Kündigung schützen, einen früheren Renteneintritt ermöglichen oder finanzielle Vorteile bringen.

Definition

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

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Nur dann kann der GdB für sie festgestellt werden.

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die **Gleichstellung** erteilt werden. 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 jedoch im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen **keinen** Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen **keinen** Schwerbehindertenausweis und **keine** sog. Erleichterungen im Personenverkehr, mit denen Verkehrsmittel des öffentlichen Nahverkehrs vergünstigt oder kostenlos benutzt werden können.

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.

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 Psychosen

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt. Der GdB bei Psychosen richtet sich nach der Dauer der Akutphasen und nach dem Maß der sozialen Einschränkungen.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthält allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS (GdS, Begriff aus dem Sozialen Entschädigungsrecht). Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die früheren Versorgungsmedizinischen Grundsätze wurden zur Anlage 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) gemacht. Diese Anlage ist für die Feststellung besonders wichtig. Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der Anlage 2 kann in ständig aktualisierter Form unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html eingesehen werden oder als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ heruntergeladen werden.

Nachfolgend die Anhaltswerte für schizophrene und affektive Psychosen:

Langdauernde Psychose

Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose	GdB
im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50-100

Florides Stadium wird die Phase genannt, in der die eigentlichen psychotischen Symptome auftreten.

Schizophrener Residualzustand

Schizophrener Residualzustand (z.B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen	GdB
ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10–20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

Residualzustand nennt man nachhaltige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit nach einer Krankheit, hier nach psychotischen Schüben. Mit Vitalitätseinbußen werden Einschränkungen von Lebenskraft und Lebensfreude bezeichnet. Affektive Nivellierung ist die Verflachung der Gefühle.

Affektive Psychose

Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen	GdB
bei 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30–50
bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60–100

Heilungsbewährung

Nach dem Abklingen langdauernder psychotischer Episoden ist im Allgemeinen (Ausnahme siehe unten) eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten.	GdB während dieser Zeit
wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
sonst	30

Ausnahme: Eine Heilungsbewährung braucht **nicht** abgewartet zu werden, wenn eine monopolar (also ohne manische Phasen) verlaufende depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase

oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

Eine Psychose kann zu bleibenden Behinderungen eines Betroffenen führen. Als schwerbehindert gilt, wem vom Versorgungsamt ein GdB von mindestens 50 zugesprochen wurde.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Es ist in jedem einzelnen Fall abzuwägen, ob die Anerkennung als schwerbehindert eine Stigmatisierung und/oder Belastung darstellt, die für den Patienten zusätzliche Probleme bereiten kann, oder ob die Anerkennung hilfreich ist, weil dadurch Leistungen in Anspruch genommen werden können, die nur schwerbehinderten Menschen offenstehen, z.B. in Zusammenhang mit der beruflichen Integration.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Psychosepatienten, einer von ihm bevollmächtigten Person oder durch die rechtliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenkreis.

Die Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung dürfen den Antrag nur stellen, wenn:

- der Mensch mit Behinderung sie dazu bevollmächtigt hat **oder**
- sie vom Betreuungsgericht als rechtliche Betreuung bestellt wurden.

Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt 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.
- Bei **ausländischen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen. Zuständig ist das Versorgungsamt. Für Psychosen gibt es kein Merkzeichen, jedoch können bei zusätzlichen Einschränkungen ggf. Merkzeichen zuerkannt werden. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen gibt es unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche für sich in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen, Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

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



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 89 und können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderungen“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen 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 > Beratung.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Psychosen können einen so schweren Verlauf nehmen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Dann kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält man eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 79).

Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. 82).

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente soll Psychosepatienten dabei helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern. Wer weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Wer mindestens 3 Stunden, aber nicht mehr als 6 Stunden arbeiten kann, bekommt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

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 > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Voraussetzungen

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft die Rentenversicherung, ob die Erwerbsfähigkeit durch eine berufliche oder medizinische 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.

Medizinische Voraussetzungen

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

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **mindestens 3 aber weniger als 6 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

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

Arbeitsmarktrente

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

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruches einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein kann, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten. Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z.B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Erwerbsminderung für Menschen mit Behinderung

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

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

Berufsschutz

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

Dauer

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

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

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

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

Höhe

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

Neuregelungen zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Auch wer in jungen Jahren eine Erwerbsminderungsrente braucht, soll eine ausreichend hohe Rente haben. Darum bekommen diese Menschen eine sog. Zurechnungszeit, das heißt sie werden so gestellt, als hätten sie länger gearbeitet.

- **Neuregelung zum 1.7.2014**

Die Zurechnungszeit wird von 60 auf 62 Jahre angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Alter weitergearbeitet, was die Erwerbsminderungsrente für alle erhöhte, die seitdem erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten, sog. Rentenneuzugänge.

- **Neuregelung zum 1.1.2019**

Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben und steigt auch danach Jahr für Jahr. Das erhöhte die Erwerbsminderungsrente für alle, die seitdem erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten.

- **Neuregelung zum 1.7.2024**

Menschen, deren Erwerbsminderungsrente zwischen dem 1.1.2001 und 31.12.2018 begonnen hat, erhalten ab 1.7.2024 einen pauschalen Zuschlag zur Rente. Den Zuschlag gibt es sowohl für die Erwerbsminderungsrente als auch für die Altersrente, je nachdem welche Rente die Betroffenen ab 1.7.2024 beziehen.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der

selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst den jährlichen Freibetrag nicht übersteigt. Dieser beträgt 6.300 €. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

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



Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente nicht ausreicht, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe unten) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundrente“.



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. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen mit Psychosen, die wegen Alters oder voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Voraussetzungen

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

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

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

Höhe

Die Grundsicherung entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe:

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

Unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Einkommen“ und Suchbegriff: „Sozialhilfe > Vermögen“ wird erläutert, welches Einkommen und Vermögen wie angerechnet wird.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe „Höhe“)
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung

- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. für Menschen mit Behinderungen die voll erwerbsgemindert sind oder eine Regelaltersrente beziehen und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ in ihrem Schwerbehindertenausweis haben
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit)
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Änderung: Änderungen **zugunsten** des Berechtigten werden ab dem Ersten des Monats angerechnet, in dem die Änderung eintritt bzw. gemeldet wird. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung **weniger** Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des **Folgemonats**.

Nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des **Folgemonats**.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Ihre Aufgabe ist es, Menschen mit Psychosen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z.B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen. Das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum ist ein einklagbarer Rechtsanspruch.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine sog. nachrangige Sozialleistung, das heißt sie wird nur gewährt, wenn kein Anspruch auf andere Sozialleistungen den Bedarf decken kann. Insbesondere eine Abgrenzung zu der vorrangigen Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist daher wichtig.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 79).

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der Regel beim Sozialamt beantragt. Sie muss aber **auch ohne Antrag** gewährt werden, wenn der Träger der Sozialhilfe (z.B. Landkreis oder kreisfreie Stadt) oder die von ihm beauftragten Stellen erfahren, dass ein Mensch hilfebedürftig ist. Das ist so geregelt, weil viele Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt brauchen, nicht in der Lage sind, einen Antrag zu stellen. In der Praxis bedeutet das, dass die Leistungen oft auch dann eingeklagt werden können, wenn sie nicht beantragt wurden. Stellt z.B. ein Sozialarbeiter fest, dass das Sozialamt nicht geleistet hat, obwohl dem Amt bekannt war, dass die Voraussetzungen für die Hilfe bestehen, so kann er dem Klienten rechtswaltliche Hilfe vermitteln.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen unterhaltspflichtig gegenüber dem Hilfebedürftigen sind. Es wird unterschieden zwischen **gesteigert** Unterhaltspflichtigen, **normal** Unterhaltspflichtigen und **nicht** Unterhaltspflichtigen. Seit 1.1.2020 werden Kinder für ihre Eltern oder Eltern für ihre erwachsenen Kinder mit Behinderungen nur noch zu Unterhaltszahlungen herangezogen, wenn sie über ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €** verfügen.

Praxistipp!

Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Rechtliche Aspekte

Psychosen können, insbesondere in akuten Phasen, zu tiefgreifenden Verhaltensänderungen, Wahrnehmungsstörungen und zu einer verzerrten Beurteilung von Sachverhalten weit außerhalb der gesellschaftlichen Norm führen. Die Geschäftsfähigkeit ist dann zum Teil nicht mehr gegeben.

Betroffene können für solche Situationen vorsorgliche Verfügungen erlassen. Unter bestimmten Umständen sind auch freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig.

Rechtliche Betreuung

Die rechtliche Betreuung (oft auch gesetzliche Betreuung genannt) ist eine Fürsorgeform, in deren Rahmen ein gerichtlich bestellter Betreuer die Angelegenheiten des Betroffenen regelt, wenn dieser selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Nur ein Teil der Patienten mit Psychosen braucht einen Betreuer zur Regelung persönlicher Angelegenheiten.

Die Betreuung wird (im Gegensatz zur früheren „Entmündigung“) zeitlich begrenzt und nur für die Aufgabenbereiche eingerichtet, für die sie erforderlich ist.

Geschäftsfähigkeit

Geschäftsfähigkeit bedeutet, dass ein Mensch Rechtsgeschäfte vornehmen darf. Grundsätzlich sind alle Menschen geschäftsfähig. Ausnahmen sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt.

Geschäftsunfähig sind neben Kindern vor ihrem 7. Geburtstag auch Menschen mit Erkrankungen, die zu einer **Störung der Geistestätigkeit** führen, welche die **freie Willensbestimmung ausschließt**. Das gilt **nicht**, wenn diese Störung der Geistestätigkeit **ihrer Natur nach vorübergehend** ist. Das gilt unabhängig davon, ob die Person eine rechtliche Betreuung hat.

In der Akutphase einer Psychose sind Patienten in der Regel geschäftsunfähig. Die Geschäftsunfähigkeit ist allerdings nicht automatisch mit Erreichen eines bestimmten Krankheitsstadiums zu vermuten, sondern muss von einem Sachverständigen festgestellt werden.

Ob ein Patient noch geschäftsfähig ist, wird z.B. bei der Frage relevant, ob eine Vorsorgevollmacht in Kraft tritt und ein Bevollmächtigter anstelle des Patienten handeln und entscheiden kann.

Vorsorge

Durch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung kann ein Betroffener im Vorfeld festlegen, wer ihn im Falle einer Geschäftsunfähigkeit vertreten soll:

- In einer **Vorsorgevollmacht** legt der Verfasser fest, wen er für welche Aufgabenbereiche als Bevollmächtigten einsetzt, wenn er selbst entscheidungsunfähig ist. Liegt eine ausreichende Vorsorgevollmacht vor, darf kein Betreuer eingesetzt werden.
- In einer **Betreuungsverfügung** legt der Verfügende fest, wer – oder wer auf keinen Fall – im Bedarfsfall als Betreuer eingesetzt werden soll und welche Wünsche der Betreuer zu beachten hat.
- In einer **Patientenverfügung** bestimmt der Patient, welche Behandlungen er in einer bestimmten Situation wünscht und welche unterlassen werden müssen.

Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht sollten auf jeden Fall mit den gewünschten Betreuern/Bevollmächtigten abgesprochen werden.

Anregung einer Betreuung

Wenn offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann jeder, dem das auffällt, z.B. Arzt, Apotheker, Nachbar, aber auch der Betroffene selbst eine Betreuung beim Betreuungsgericht anregen. Anzeichen dafür, dass jemand nicht mehr ohne Hilfe zurechtkommt, sind z.B. zunehmende Verwahrlosung der Wohnung und des äußeren Erscheinungsbildes, Ablehnung von ärztlicher Hilfe und Versorgung oder Auffälligkeiten bei finanziellen Geschäften.

Im Rahmen des Betreuungsverfahrens verschafft sich der Betreuungsrichter in der Wohnung des Betroffenen oder in einer betreuten Wohnform einen persönlichen Eindruck von der Gesamtsituation und der Erforderlichkeit einer Betreuung. Dabei werden auch die Aufgabenkreise des künftigen Betreuers erläutert und bestimmt.

Voraussetzung

Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Betroffene kann aufgrund seiner Erkrankung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst erledigen. Dies wird regelmäßig durch ein fachärztliches Gutachten festgestellt.
- Die Betreuung ist erforderlich, d.h.: Es liegen Angelegenheiten vor, die geregelt werden müssen, und es gibt keinen Bevollmächtigten, der sie regeln kann.

Einwilligungsvorbehalt

Ob ein Mensch geschäftsfähig ist oder nicht ist unabhängig davon, ob eine rechtliche Betreuung besteht oder nicht (im Gegensatz zur früheren „Entmündigung“). Wenn es aber zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Betreuungsgericht anordnen, dass Erklärungen des Betreuten zu ihrer Wirksamkeit der Einwilligung des Betreuers bedürfen, um rechtswirksam zu werden. Es gibt jedoch Ausnahmen, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können: Geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens (z.B. Einkäufe von Lebensmitteln), Eheschließung, Erstellen eines Testaments sowie Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags.

Zustimmung des Betreuungsgerichts

Bei weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten muss der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts einholen. Dies gilt z.B. bei:

- Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen, wenn z.B. die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt
- Ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- Unterbringung des Betreuten gegen seinen Willen in einer geschlossenen Einrichtung
- Freiheitsentziehenden Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente
- Kündigung der Wohnung des Betreuten

Zustimmungspflichtig sind außerdem Rechtsgeschäfte wie Handlungen in Verbindung mit Erbausschlagungen, Arbeits- und Lebensversicherungsverträge sowie die Kreditaufnahme oder Überziehung eines Girokontos.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen rund um die rechtliche Betreuung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtliche Betreuung“.
- Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts informiert umfassend zur Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Er kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden. Dort finden Sie auch entsprechende Vordrucke zum Ausfüllen.
- Zum 1.1.2023 tritt das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts in Kraft. Nähere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Betreuung“.



Wer hilft weiter?

Zuständig für Betreuungsangelegenheiten ist das Betreuungsgericht beim örtlich zuständigen Amtsgericht. Information, Beratung und Aufklärung gibt es bei den Rechtspflegern bei den Betreuungsgerichten, den Betreuungsbehörden (Betreuungsstellen) bei der Kreis- oder Stadtverwaltung und bei Betreuungsvereinen, die häufig bei Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Als freiheitsentziehende Maßnahmen werden Maßnahmen bezeichnet, welche die Bewegungsfreiheit eines Menschen gegen dessen Willen einschränken.

Alle nachfolgend aufgeführten Maßnahmen sind nur im **Akutfall** zum **Schutz des Patienten und seiner Umgebung** erlaubt. Auf längere Sicht muss immer eine richterliche Genehmigung durch das Betreuungsgericht eingeholt werden. Die Maßnahmen müssen vom Pflegepersonal täglich dokumentiert und auf ihre Notwendigkeit geprüft werden.

Unterbringung im Notfall

Die zwangsweise Einweisung zur medizinischen Behandlung in die geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses wird als „Unterbringung“ bezeichnet. Diese ist nur im Notfall zulässig, wenn der Patient sich selbst und/oder andere erheblich gefährdet. Oft ist ein Mensch in einer akuten Psychose nicht in der Lage zu erkennen, dass er sich selbst oder andere gefährdet. In solchen Fällen kann eine Unterbringung gegen seinen Willen notwendig werden. Anzeichen sind z.B. Verwahrlosung des Patienten in der eigenen Wohnung, Erkrankung oder Unterernährung in Verbindung mit der Ablehnung jeglicher Hilfe. Zudem können Patienten in Akutphasen durch Unfälle gefährdet sein, weil sie Gefahren falsch einschätzen oder sich für „allmächtig“ bzw. „unverletzlich“ halten.

Eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit allein, die der Patient aufgrund seiner Erkrankung nicht einsehen kann, oder die Gefährdung seines Vermögens sind keine ausreichenden Gründe für eine Unterbringung.

Sehen Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Anzeichen für eine Selbst- oder Fremdgefährdung, sollten sie sich an den Betreuer des Betroffenen oder den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Im Notfall sind Polizei, Ordnungs- oder Gesundheitsamt weitere Ansprechpartner, in manchen Städten gibt es auch psychiatrische Krisendienste. Durch das Einschalten kompetenter Stellen und deren Intervention kann eine Unterbringung oft vermieden werden, denn immer mehr Therapeuten bemühen sich darum, sich in die Lage der Patienten zu versetzen und so auf sie einzuwirken, dass sie sich freiwillig in stationäre Behandlung begeben. Bei einer Unterbringung gegen Widerstand besteht immer auch die Gefahr einer Traumatisierung. Das Verfahren zur zwangsweisen Unterbringung von psychisch kranken Menschen

ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. In jedem Fall ist für eine solche Unterbringung das Betreuungsgericht zuständig.

Mechanische Maßnahmen

Weitere freiheitsentziehende Maßnahmen sind mechanische Maßnahmen, z.B. Fixiergurte, Bettgitter oder andere Methoden, die einem Menschen die Möglichkeit nehmen, das Bett, den Stuhl oder den Raum zu verlassen. Sie werden bei psychotischen Störungen nur sehr selten eingesetzt.

Sedierende Medikamente

Auch sedierende (ruhigstellende) Medikamente zählen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen. Sedierende Medikamente bewirken eine Verlangsamung auf körperlicher und geistiger Ebene und können bis zu Apathie und Dauerschläfrigkeit führen. Der Arzt darf solche Psychopharmaka nur zum Zweck der Heilung oder Linderung bei Krankheitszuständen (z.B. akute Angstzustände, Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnen. Werden sedierende Medikamente jedoch dauerhaft über Wochen zum Zweck der Ruhigstellung verordnet, ist dies eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreift. Eine solche Medikamentengabe muss vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Meist kann die Gefahr bereits durch die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung abgewendet werden. Eine zusätzliche Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka ist rechtlich problematisch und nur in seltenen Fällen vor dem Betreuungsgericht zu rechtfertigen.

Rechte bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

Betroffene von freiheitsentziehenden Maßnahmen können einen Rechtsanwalt kontaktieren und mandatieren, um sich dagegen zu wehren. Auch wenn ein Mensch nicht mehr geschäftsfähig ist, bleibt er **im Betreuungsverfahren verfahrensfähig**. Er darf **Anträge formulieren** und **Rechtsmittel** gegen richterliche Beschlüsse einlegen.

Im Betreuungsverfahren bekommt die betroffene Person einen **Verfahrenspfleger**. Der Verfahrenspfleger vertritt vor dem Betreuungsgericht die Interessen des Betroffenen. Er hat die **objektiven Interessen** des Betroffenen wahrzunehmen und ist nicht an Weisungen des Betroffenen gebunden. Das heißt, dass der Verfahrenspfleger für den Betreuten z.B. nicht die Aufhebung einer Unterbringung beantragen muss, wenn die Unterbringung objektiv erforderlich ist, aber der Mensch das krankheitsbedingt nicht einsehen kann.

Auch wenn ein Verfahrenspfleger bestellt wurde, können Betroffene noch selbst ihre Rechte vertreten und z.B. **eigene Anträge** ans Gericht stellen. Betroffene müssen sich also nicht damit abfinden, wenn sie mit der Arbeit des Verfahrenspflegers nicht einverstanden sind. Die Bestellung eines Verfahrenspflegers soll unterbleiben oder aufgehoben werden, wenn die Interessen des Betroffenen von einem Rechtsanwalt oder einem anderen geeigneten Verfahrensbevollmächtigten vertreten werden. Suchen sich Betroffene also selbst einen Rechtsanwalt im Betreuungsverfahren darf nur ausnahmsweise trotzdem ein Verfahrenspfleger bestellt werden. Betroffene dürfen sich also grundsätzlich aussuchen, wer sie vor dem Betreuungsgericht vertritt.

Wer hilft weiter?

Bei Fragen und Unsicherheiten hilft das Betreuungsgericht. Betroffene können sich an Rechtsanwälte mit Tätigkeit im Betreuungsrecht wenden.

Adressen

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

Bpe – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Herner Str. 406, 44807 Bochum
Telefon: 0234 6405102 oder 68705552
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
Telefon: 0228 71002400
Beratung für Angehörige (SeeleFon): 0228 71002424
SeeleFon für Flüchtlinge (arabisch, englisch, französisch): 0228 71002425
Fax: 0228 710024-29
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
www.bapk.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richartzstr. 12, 50667 Köln
Telefon: 0221 27793870
Fax: 0221 27793877
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
www.dvgp.org

DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Telefon: 0221 511002
Fax: 0221 529903
E-Mail: info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

DTGPP – Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.

Sitz in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin
Telefon: 030 23112108
Fax: 030 23112151
E-Mail: kontakt@dtgpp.de
www.dtgpp.de

APK – Aktion Psychisch Kranke e.V.

Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
Telefon: 0228 676740 oder 0228 676741
Fax: 0228 676742
E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
www.apk-ev.de

Irre menschlich Hamburg e.V.

Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 741059259
Fax: 040 741055455
E-Mail: info@irremenschlich.de
www.irremenschlich.de

IAS – Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria

Dr. Daniel Nischk
Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Feursteinstr. 55, 78479 Reichenau
Tel. 07531 / 9778761
Email: d.nischk@zfp-reichenau.de
www.soteria-netzwerk.de

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Reinhardtstr. 29, 10117 Berlin
Telefon: 030 240477220
E-Mail: koordination@seelischegesundheit.net
www.seelischegesundheit.net

Kompetenznetz Schizophrenie

Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Telefon: 0211 922-2770
Fax: 0211 922-2780
E-Mail: info@kompetenznetz-schizophrenie.de
www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Psychenet – Netz psychische Gesundheit

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 74100
E-Mail: info@uke.de
www.psychenet.de

Psychiatrienetz

Ursulaplatz 1, 50668 Köln
E-Mail: redaktion@psychiatrie.de
www.psychiatrie.de

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

20	50	60	80	90	100
Eine Funktions- einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinde- rung.	Schwerbehinderteneigen- schaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten- Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten- Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Behinderten- Pauschbetrag bei der Steuer absetz- bar: 384 € (§ 33b Einkom- mensteuergesetz EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)	Ermäßigter Rundfunk- beitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbe- hinderung und Merkzei- chen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozialen Wohn- raumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftig- keit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 €	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen Bl oder Gl: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeld- gesetz)
30/40	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflege- bedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häus- licher oder teilstationärer Pflege/Kurz- zeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderun- gen bzw. Erkrankungen	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozialen Wohn- raumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftig- keit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 €	Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)	
Gleichstellung mit schwerbehinder- ten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	70	Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	Ermäßigter Rundfunk- beitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbe- hinderung und Merkzei- chen RF (§ 4 RBeitrStV)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Eine Arbeitswoche Zusatz- urlaub (§ 208 SGB IX)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderun- gen bzw. Erkrankungen	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Abschlagsfreie Altersren- te für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Alters- rente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderun- gen bzw. Erkrankungen	Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)
Behinderten- Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderun- gen bzw. Erkrankungen	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AVD (Satzungen der Clubs)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderun- gen bzw. Erkrankungen	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)	Abzug eines Frei- betrags bei der Einkommens- ermittlung im Rahmen der sozia- len Wohnraum- förderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraum- förderungsgesetz)

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit Behinderung in Betracht.

aG	B	BI	G	GI	H	RF
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind	erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson • im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) • blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) • blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe • Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	TBI
		Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 8,72 €/Monat	Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Sozialgeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	In vielen Gemeinden der Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	taubblind
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	absetzbar (§ 33 EStG)	Blauer Parkausweis (§ 46 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Sozialgeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurinnen

Luisa Milazzo, Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Claudia Gottstein, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© Photographee.eu – stock.adobe.com – ID 98699557

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

10. vollständig überarbeitete Auflage, Mai 2022