

Psychosen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Psychosen wirken auf viele Menschen zunächst befremdlich. Kaum einer ist vertraut mit der Erkrankung, es gibt viele Vorurteile und falsche Vorstellungen. Zudem ist es oftmals schwierig, die Verhaltensweisen der Betroffenen während einer akuten Phase zu verstehen.

Folgendes Verständnis von Psychosen liegt dem Ratgeber zugrunde:

„Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Wir können an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln, über uns selbst hinaus denken und uns dabei auch verlieren: Wer lange Zeit verzweifelt ist, ohne Trost und Halt zu finden, wer seine Gefühle nicht mehr mitteilen kann oder sie nicht mehr aushält, kann depressiv werden oder, wenn er die Flucht nach vorn ergreift, auch manisch. – Wer sehr dünnhäutig ist, kann in Lebenskrisen so durchlässig werden, dass er seine Grenzen verliert. Die Wahrnehmungen können eigensinnig werden, die Gedanken sprunghaft. Dauert dieser Zustand an, sprechen wir von Psychosen. Wer psychotisch wird, ist also kein ‚Wesen vom anderen Stern, sondern reagiert zutiefst menschlich‘.“

(Zitat aus: „Es ist normal, verschieden zu sein“. Erstellt im Dialog von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen, Therapeuten und Wissenschaftlern in der AG der Psychoseseminare. Download der gesamten „blauen Broschüre“ unter www.irremenschlich.de > Download > Mediathek > Druck).

Der vorliegende Ratgeber will durch die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten eine Hilfestellung für Betroffene, Angehörige und Interessierte bieten.

Ein Schwerpunkt liegt auf sozialrechtlichen Informationen, die bei Psychosen häufig von Bedeutung sind. Welche finanziellen Leistungen stehen dem Erkrankten zu, wenn er nicht mehr in der Lage ist zu arbeiten? Welche Möglichkeiten der Rehabilitation gibt es und wie kann man diese beantragen? Welche Hilfen gibt es, wenn ein Betroffener sich nicht mehr eigenständig versorgen kann?

Diese und weitere Fragen möchten wir auf den folgenden Seiten beantworten und hoffen, Sie dadurch in Ihrer schwierigen Situation unterstützen zu können.

Inhalt

Vorwort	2
Psychosen	5
Formen	5
Auftreten und Verlauf	5
Ursachen	6
Symptome	6
Behandlung	8
Medikamentöse Behandlung	8
Elektrokrampftherapie	8
Psychotherapie	9
Soziotherapie	10
Psychoedukation	12
Ergotherapie	13
Weitere psychosoziale Therapieformen	14
Psychoseseminare	15
Soteria	15
Ambulante und (teil)stationäre Behandlung	17
Sozialpsychiatrischer Dienst	17
Psychiatrische Krankenpflege	17
Stationäre und teilstationäre Behandlung	19
Arbeit	21
Zweiter Arbeitsmarkt und Integrationsprojekte	21
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	24
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	24
Krankengeld	25
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	29
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	31
Erwerbsminderungsrente	31
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	32
Hilfe zum Lebensunterhalt	34
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	36
Zuzahlungsregelungen	36
Zuzahlungsbefreiung	37
Sonderregelung für chronisch Kranke	40
Rehabilitation	41
Überblick über Reha-Leistungen	41
Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	42
Medizinische Rehabilitation	43
Stufenweise Wiedereingliederung	45

Berufliche Reha-Maßnahmen _____	46
Übergangsgeld _____	47
Haushaltshilfe _____	49
Behinderung _____	51
Definition _____	51
Grad der Behinderung _____	51
Schwerbehindertenausweis _____	53
Nachteilsausgleiche _____	53
Familie und Angehörige _____	55
Umgang miteinander _____	55
Wohnen _____	57
Betreute Wohnformen _____	57
Wohnen in der Familie _____	59
Wohngeld _____	59
Besonderer Freibetrag bei Schwerbehinderung _____	59
Betreuung _____	60
Geschäftsfähigkeit _____	60
Vorsorge _____	60
Gesetzliche Betreuung _____	60
Freiheitsentziehende Maßnahmen _____	63
Krisenpass _____	64
Autofahren und Führerschein _____	65
Führerschein und schwere Krankheit _____	65
Zweifel an der Fahrtauglichkeit _____	65
Autofahren bei Psychosen _____	66
Adressen _____	67
Impressum _____	69

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.

Formen

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

- **Organische Psychosen:** Es gibt eine organische Ursache, z.B. Demenz, Hirnverletzungen.
- **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis:** Sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder mit einem Schwerpunkt auf kognitiven Störungen bei Wahrnehmung und Denken. Wichtig: Einer Schizophrenie liegt **keine** gespaltene Persönlichkeit zugrunde, wie der Wortsinn („schizo“ = ich spalte, „phren“ = Geist) vermuten lässt.
- **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).
- **Schizoaffektive Psychosen:** Wechsel von Symptomen einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer Manie.

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 % an Psychosen 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 werden dann möglichst dicht, häufig stationär betreut. 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 wird ein Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren.

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 angeborene Anfälligkeit (Vulnerabilität) für Stresssituationen vorhanden ist. Wenn bei Belastungssituationen, z.B. dem Auszug aus dem Elternhaus oder dem Tod eines Angehörigen, keine ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, können diese bei entsprechender Neigung zu psychotischen Symptomen führen. Die Erkrankung ist bei genetischer Veranlagung aber nicht unausweichlich. 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. Es ist jedoch unklar, ob dies Ursache oder Folge einer psychotischen Störung ist.

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. Dadurch können sie auch dazu beitragen, dass die Krankheit möglichst früh erkannt wird.

Die Kernsymptome einer Psychose werden grob in vier Kategorien eingeteilt: Positive Symptome (sog. Plussymptome), Negative Symptome (sog. Minussymptome), Kognitive Symptome (Denkstörungen) und Ich-Störungen:

Plussymptome

Zu den Plussymptomen zählen:

- **Wahn:** Eine nicht korrigierbare, „falsche“ Beurteilung der Realität. Am häufigsten leiden die Patienten unter Verfolgungs- und Beziehungsideen. Sie beziehen das Verhalten anderer Menschen wahnhaft auf sich selbst. Ein Wahn kann sich sowohl mit als auch ohne äußere Wahrnehmungen entwickeln. Erkennbar für einen Laien wird eine schizophrene Psychose meistens an der „Wahnsymptomatik“, z.B. haben Betroffene die Überzeugung, eine religiöse Aufgabe zu haben oder von Außerirdischen beobachtet zu werden. Häufig herrscht beim Patienten die Überzeugung, dass sein Handeln oder seine Gedanken von Fremden gesteuert werden.
- **Halluzinationen:** Empfundene Sinneswahrnehmung, der kein realer Sinnesreiz zugrunde liegt. Diese Täuschung kann alle Sinnesorgane betreffen, wobei es am häufigsten zu akustischen Halluzinationen kommt. Etwa 84 % der Erkrankten hören Stimmen. Dabei kann es sich um „befehlende“, häufig auch „gedankenkontrollierende“ oder „beleidigende“ Stimmen handeln.

Minussymptome

Zu den Minussymptomen, auch Negativ- oder Defizienzsymptome genannt, zählen:

- sozialer Rückzug,

- emotionale Verarmung oder Verflachung,
- Antriebsunlust,
- Spracharmut,
- Aufmerksamkeitsstörungen,
- Willensschwäche,
- mangelnde Körperpflege und
- psychomotorische Verlangsamung.

Ich-Störungen

Die Grenze zwischen der eigenen Person und der Umwelt wird als durchlässig empfunden. Körper, Gedanken oder/und Gefühle werden als fremd erlebt. Auch kann es zu einem Gefühl der Beeinflussung oder Eingebung bzw. auch dem Entzug der Gedanken kommen. Der Patient lebt zugleich in einer wirklichen und einer wahnhaften Welt.

Denkstörungen

Darunter fallen Verzerrungen des herkömmlichen Denkablaufs, Zerfahrenheit mit sprunghaften und unlogischen Gedankengängen oder Abbruch eines Gedankengangs ohne erkennbaren Grund. Der Patient verschmilzt verwandte Wörter oder erfindet neue.

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.

Behandlung

Bei der Therapie von Psychosen wird ein mehrdimensionaler Ansatz verfolgt, der aus medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen besteht. Notwendig ist ein individueller Gesamtbehandlungsplan unter Einbindung des Patienten, seinen 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 und so der Entwicklung von Symptomen vorbeugen, sie abschwächen oder unterdrücken.

Eingesetzt werden in der Regel Neuroleptika. 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 richtige 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.

Eine medikamentöse Therapie stellt keine Alternative zur Psychotherapie (siehe S. 9) dar, sondern muss immer in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein.

Elektrokrampftherapie

Wenn ein Patient auf die medikamentöse Behandlung nicht reagiert, kann eine Elektrokrampftherapie (EKT) hilfreich sein. Dabei wird das Gehirn des Betroffenen unter Narkose mit kurzen elektrischen Reizen stimuliert. Der dadurch ausgelöste Krampfanfall führt eine positive neurochemische Veränderung herbei und lindert bestehende Symptome.

Während der Akutbehandlung wird der Eingriff etwa 2 bis 3 Mal pro Woche vorgenommen, insgesamt erfolgen ca. 10 Einzelbehandlungen. In der Regel tritt nach 2 bis 4 Wochen eine Besserung ein. Da die Rückfallrate hoch ist, sollte sich an die Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen. Die Behandlungen erfolgen dann viel seltener, ca. 1 Mal pro Woche oder Monat.

Die EKT ist ein 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.

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation. Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu spiegeln, zu spüren und zu vergewissern. Langfristig kann sie dazu beitragen, psychotische Symptome zu entschlüsseln und damit zusammenhängende Konflikte zu entschärfen. Der Patient muss zu Beginn der Psychotherapie einen gewissen Realitätsbezug aufweisen.

Kosten

Bei einer diagnostizierten Psychose übernimmt die Krankenkasse die Kosten anerkannter psychotherapeutischer Behandlungen. Derzeit von den Kassen anerkannt sind psychoanalytisch begründete Verfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologische Psychotherapie) sowie die kognitive Verhaltenstherapie. Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall.

Kognitive Verhaltenstherapie

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Psychose wird vor allem die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt. In der Therapie wird zunächst gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis seiner Probleme erarbeitet und er wird über die Erkrankung und ihre 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.

Therapeutenwahl

Therapeuten können entweder Psychologen („psychologischer Psychotherapeut“) oder Mediziner („ärztlicher Psychotherapeut“) sein. Es ist nicht einfach, den richtigen Therapeuten zu finden. Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie ist, dass ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufgebaut werden kann und dass die „Chemie stimmt“. Betroffene sollten sich ihren Therapeuten daher sorgsam aussuchen und auch darauf achten, dass dieser Erfahrung mit Psychosen hat.

Probesitzungen

Der Betroffene kann bis zu 4 Probestunden bei einem Therapeuten machen, bis er entscheidet, ob er dort die Therapie durchführen will. Nach diesen „probatorischen“ Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z.B. Hausarzt oder Neurologe, aufgesucht werden, der abklärt, ob eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss. Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Bei einem ärztlichen Psychotherapeuten erübrigt er sich.



Praxistipps!

Die folgenden Tipps helfen bei der Therapeutensuche:

- Auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kann unter www.kbv.de > Patienteninfo > Arztsuche nach Ärzten aller Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten vor Ort gesucht werden.

- Den Therapeuten-Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer finden Sie unter www.bptk.de > Psychotherapeutensuche (unten rechts auf der Seite).
- Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter www.psychotherapiesuche.de oder Telefon 030 209166330.
- Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Einige KVen haben eine sog. „Koordinierungsstelle Psychotherapie“ eingerichtet. Dort werden Patienten über Therapiemöglichkeiten informiert und es werden freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- Manche Psychotherapeuten stehen auch im Telefonbuch unter „Ärzte“ oder in den Gelben Seiten unter „Psychotherapie“ oder „Psychologie“.
- 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. Daher sollte eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anruftdatum und Wartezeit angefertigt und bei der Krankenkasse vorgelegt werden. Diese prüft dann, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie bei einem Therapeuten ohne Kassenzulassung begonnen werden.
- Institutsambulanzen können und sollen bei der Suche nach Psychotherapeuten helfen, die Zeit bis zur Therapie überbrücken und bestimmte psychotherapeutische Leistungen integriert in einem Gesamtkonzept selbst erbringen. Das gilt insbesondere für Krisengespräche, Gruppentherapien und familientherapeutische Gespräche.

Antrag

Der Patient muss bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Zu diesem Antrag teilt der behandelnde Psychotherapeut einem Gutachter der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Indikation, also die Notwendigkeit einer Behandlung, und beschreibt Art und Dauer der benötigten Therapie.

Dauer

Vor Beginn der Therapie wird der Behandlungsumfang und die -frequenz festgelegt. Die Dauer einer Psychotherapie ist abhängig von der Art der Behandlung und beträgt z.B. bei einer Verhaltenstherapie 60, in besonderen Fällen bis zu 80 Stunden. Die Probesitzungen zählen nicht zur Therapiedauer. Eine Überschreitung der Stundensätze ist dann zulässig, wenn mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber bei Fortführung der Therapie begründete Aussicht darauf besteht.

Eine Therapiesitzung dauert in der Regel 50 Minuten.

Soziotherapie

Soziotherapeutische Maßnahmen sollen Patienten einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung ermöglichen, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative und soziale Fähigkeiten unterstützt werden.

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 über die notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit, Kommunikations- und Absprachefähigkeit verfügt, die für die Erreichung der Therapie-

ziele notwendig sind.

Ziele

Ziel der Soziotherapie ist die selbstständige und eigenverantwortliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Es sollen die Einsicht in deren Notwendigkeit und die Motivation und Bereitschaft zu ihrer Inanspruchnahme gefördert werden, z.B. für eine therapiegerechte, selbstständige Einnahme von Medikamenten.

Leistungsinhalt

Folgende Leistungen sind innerhalb der Soziotherapie in jedem Fall zu erbringen:

- Erstellung eines Betreuungsplans.
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen, was sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe umfasst.
- Arbeit im sozialen Umfeld, wodurch die Unterstützung von Angehörigen, Freunden oder ergänzenden Diensten aktiviert werden soll.
- Soziotherapeutische Dokumentation, d.h. der Soziotherapeut beschreibt die durchgeführten Maßnahmen (Art und Umfang), den Behandlungsverlauf und die bereits erreichten und noch verbleibenden Therapieziele.

Je nach spezifischer Problemlage kann eine Soziotherapie auch folgende Leistungen beinhalten:

- Übung zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer.
- Einleitung von Verhaltensänderungen, z.B. durch Übungen zur Tagesstrukturierung.
- Training zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, z.B. durch Erkennen von Frühwarnzeichen einer Krise.
- Hilfe in Krisensituationen.

Therapeutensuche

Erbringen können diese Leistungen nur Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Fachkrankenschwestern für Psychiatrie mit Berufserfahrung, die bei der Krankenkasse als Soziotherapeuten zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben.

Die Krankenkassen vermitteln Adressen der zugelassenen Soziotherapeuten. Da die Soziotherapie noch eine recht junge Leistung ist, gibt es nicht überall entsprechende Angebote.

Ähnliche Leistungen bieten aber mancherorts auch die Sozialpsychiatrischen Dienste (siehe S. 17) an, die auch häufig die regionalen Soziotherapie-Angebote kennen.

Dauer

Eine Soziotherapie umfasst 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall. „Krankheitsfall“ ist das Krankheitsgeschehen, das eine einheitliche medizinische Ursache hat, z.B. eine Schizophrenie, die immer wieder zur Hilfebedürftigkeit führt. Eine Soziotherapieeinheit dauert in der Regel 60 Minuten, aber auch eine andere zeitliche Verteilung der Einheiten ist möglich.

Verordnung

Verordnen dürfen eine Soziotherapie in der Regel nur Nervenärzte und Psychiater, die von der

Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Befugnis zur Verordnung von Soziotherapien haben. Adressen von entsprechenden Ärzten erhält man bei der KV. Die Verordnung von Soziotherapie muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Hierzu muss ein soziotherapeutischer Behandlungsplan vorgelegt werden.

In Einzelfällen können auch andere Ärzte, z.B. der Hausarzt, bis zu 5 Stunden Soziotherapie verordnen. Ziel dieser Stunden ist die Unterstützung des Patienten beim Aufsuchen eines Neurologen oder Psychiaters mit der entsprechenden Befugnis zur Verordnung der Soziotherapie.

Bei Verordnung und Antragstellung sind auch die Soziotherapeuten selbst behilflich.



Wer hilft weiter?

Soziotherapeuten sind nicht einfach zu finden. Helfen können Krankenkasse, Nervenärzte, Psychiater oder die Sozialpsychiatrischen Dienste.

Psychoedukation

Die Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil der Psychosebehandlung und kann die Rückfallhäufigkeit deutlich reduzieren. Es handelt sich dabei um Schulungen von Betroffenen und ihren Angehörigen, die jeweils in getrennten Gruppen stattfinden.

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 ein wichtiger Aspekt. Die Seminare können dazu beitragen, Betroffene und Angehörige vom gefühlsmäßigen Druck zu entlasten, der oft mit der Erkrankung einhergeht.

Formen und Anbieter

Psychoedukation erfolgt in der Regel in Gruppen, kann aber auch in Einzelgesprächen stattfinden. Für Akutpatienten mit psychotischen Symptomen oder starken Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ist eine Psychoedukation nicht geeignet. Betroffene sollten nur in ausreichend stabilisiertem Zustand an einer Gruppe teilnehmen, denn das Risiko einer Psychoedukation ist, dass die Informationen über die Erkrankung und ihre möglichen Folgen und Symptome Betroffene stark belasten.

Vorteil der Gruppe ist der gegenseitige Austausch unter den Betroffenen. So kann ein Betroffener von Erfahrungen anderer Patienten profitieren, daraus Strategien für den Umgang mit der Krankheit entwickeln, Anzeichen drohender Rückfälle erkennen und lernen, entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Mitbetroffen von einer Psychose sind neben dem Patienten auch seine Angehörigen und Bezugspersonen. Diese sind die sozialen Unterstützer des Patienten und müssen mit in den Aufklärungsprozess einbezogen werden. In dieser Therapieform sollen u.a. ungünstige Verhaltensmuster der „Unterstützer“ erkannt und verändert werden, z.B. eine Überbehütung des Erkrankten.

Psychoedukation wird zum Teil bereits während eines stationären Aufenthalts in einer Klinik ange-

boten. Gruppenleiter sind meist Ärzte, Psychologen, Pädagogen oder geschultes pflegerisches Personal.

Psychoedukative Gruppen treffen sich 1-2 Mal wöchentlich. Die vermittelten Inhalte folgen einem festen Programm, sodass die Gruppen feste Mitglieder haben, die in der Regel nicht wechseln. Die Schulungen sind je nach Konzept unterschiedlich lang. Sie können von ca. 8 gemeinsamen Sitzungen bis hin zu langfristigen Edukationen mit bis zu 2 Jahren andauern.

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.



Praxistipp!

Es gibt eine Psychoedukations-Website mit vielen hilfreichen Informationen zu Psychosen, die in 7 Wissensmodulen vermittelt werden: www.psychose-wissen.de.



Wer hilft weiter?

Termine für Psychoedukationen kann man erfragen bei:

- Psychiatern und Psychotherapeuten,
- Sozialpsychiatrischen Diensten,
- Kliniken und Tageskliniken oder
- Selbsthilfegruppen.

Ergotherapie

Ergotherapie hilft Menschen, die eingeschränkt handlungsfähig oder von Einschränkungen bedroht sind.

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 einer Berufstätigkeit von Bedeutung sind.

Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen zur Verbesserung von

- der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- der psychischen Stabilisierung, der Festigung des Selbstvertrauens, der Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten und einer selbstständigen Lebensführung.

Verordnung

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

Therapiebesuch zu Hause

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



Wer hilft weiter?

Adressen von Ergotherapeuten vermittelt der Verband der Ergotherapeuten unter Telefon 07248 9181 0, per E-Mail info@dve.info oder im Internet unter www.dve.info > Ergotherapie > Therapeutensuche.

Es gibt Ergotherapie-Praxen mit dem Schwerpunkt Psychiatrie. Darauf sollten Patienten mit Psychosen bei der Ergotherapeutensuche achten.

Weitere psychosoziale Therapieformen

Folgende psychosoziale Behandlungsformen sind bei Psychosen ebenfalls von Bedeutung:

- **Kreativtherapien (z.B. Kunst-, Tanz- oder Bewegungstherapie):** Dienen zur 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):** Bedeutet so viel wie das „Denken über das Denken“. In 8 Trainingseinheiten werden den Betroffenen einseitige Problemlösestile vor Augen geführt, welche die Entwicklung von problematischen Überzeugungen bis hin zum Wahn begünstigen. Dadurch soll ihnen ihre Denkverzerrungen bewusst gemacht werden, damit das bisherige Problemlöseverhalten kritisch reflektiert und verändert werden kann.
- **CogPack:** Das computergestützte 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 die Rückfallschwelle durch ein gezieltes Training erhöht werden kann.

Psychoseseminare

Psychoseseminare richten sich an Betroffene, Angehörige und Therapeuten und dienen dem wechselseitigen Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Fortbildung (Trialog). Ziel ist ein breites Verständnis von Psychosen und die Förderung vielfältiger Bewältigungsstrategien.

Die Vielfalt des subjektiven Erlebens und der individuellen Verarbeitung von Psychosen nimmt in den Psychoseseminaren besonders viel Raum ein.

- Die Kommunikation auf Augenhöhe stärkt das Selbstwertgefühl der Betroffenen und lässt Therapeuten einen wertschätzenden Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten üben.
- Für die Patienten ist der Austausch über eigene Erfahrungen in der wohlwollenden Atmosphäre und ohne Veränderungsdruck hilfreich bei der Integration des Erlebten.
- Der Austausch erweitert die Perspektive. Er hilft Patienten, sich besser in ihre eigenen Angehörigen hineinzusetzen, wenn sie mit Angehörigen anderer Betroffener sprechen. Dasselbe gilt für teilnehmende Angehörige: Sie können sich besser in einen Patienten hineinversetzen, wenn dieser nicht Teil der eigenen Familie ist.
- Profis und Auszubildende können ihr Verständnis von Psychosen erweitern und lernen eine Vielfalt von Verarbeitungsmöglichkeiten kennen.



Praxistipps!

- Adressen von Psychoseseminaren finden Sie unter www.trialog-psychoseminar.de > Adressen. Dort gibt es auch detaillierte Informationen zu Psychoseminaren.
- Das trialogische Informationsportal www.psychose.de vermittelt ein umfangreiches Wissen über Psychosen und wurde zusammen von Betroffenen, Angehörigen und Experten entwickelt.

Soteria

Soteria ist eine alternative stationäre Behandlungsform speziell für Patienten mit Schizophrenie.

Das Wort Soteria kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wohl, Rettung, Heil“. Die Begleitung erfolgt in der Form aktiven Dabeiseins („being-with“) und es wird ein milieuthérapeutischer Ansatz verfolgt. Mit neuroleptischer Medikation wird zurückhaltend umgegangen.

Soteria erfolgt in kleinen heimartigen Häusern, maximal 10 Bewohner werden aufgenommen. Zentraler Gedanke ist die Abschirmung der Bewohner von verwirrenden Umwelteinflüssen. Sie werden kontinuierlich unterstützt durch tragende zwischenmenschliche Beziehungen und durch die Geborgenheit der Umgebung, die die Befindlichkeit beeinflusst.

Die Betreuung erfolgt rund um die Uhr mit einer festen Bezugsperson pro Bewohner. Die Beziehung zwischen Bezugsperson und Bewohner wird gleichwertig gestaltet. Es geht darum, eine beruhigende, ausgeglichene Atmosphäre zu schaffen. Die Mitarbeiter unterstützen und fördern je nach individuellem Befinden des Bewohners. Behandlungsziele werden gemeinsam entwickelt. Eine Tagesstruktur wird geschaffen und soll die Bewohner zu alltäglichen Verrichtungen anhalten (Kochen, Putzen etc.). Diese Aufgaben sind für die Bewohner überschaubar und die Ergebnisse und Erfolge sind unmittelbar erkennbar.

Wichtig ist die Kontinuität in der Betreuung, die durch 24- oder 48-Stunden-Dienste der Mitarbeiter

ermöglicht wird. Soteria legt zudem großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, weiteren Bezugspersonen und Betreuern.

Derzeit gibt es nur wenige Soteria-Einrichtungen in Deutschland. In manchen psychiatrischen Kliniken werden Elemente des Soteria-Konzepts angewandt.



Praxistipp!

Adressen und weitere Informationen unter www.soteria-netzwerk.de.

Ambulante und (teil)stationäre Behandlung

Die Frage, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen soll, hängt von der jeweiligen Erkrankungsphase und der individuellen Gesamtsituation des Betroffenen ab.

Neben den im vorherigen Kapitel beschriebenen Behandlungsformen, gibt es noch zwei weitere Möglichkeiten zur ambulanten Begleitung von Menschen mit Psychosen:

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) nimmt eine Schlüsselrolle in der Beratung und Begleitung von Menschen mit Psychosen ein. Die Dienste gibt es nahezu überall, meist sind sie an die lokalen Gesundheitsämter angegliedert, zum Teil sind aber auch Wohlfahrtsverbände die Träger.

Die Aufgaben und die Personalausstattung der SpDi sind sehr unterschiedlich und variieren von Stadt zu Stadt. In der Regel arbeiten Ärzte und Sozialarbeiter beim SpDi, bisweilen auch Pflegekräfte oder Psychologen. SpDis bieten aber weder Psychotherapie an noch dürfen sie Medikamente verschreiben. Fast überall werden die SpDi bei Krisensituationen involviert, wenn es also z.B. um die Begutachtung akut gefährdeter Patienten geht und um die Frage, ob sie stationär untergebracht werden sollen. Häufig halten sie Kontakt zu Menschen mit Psychosen, die sich stark zurückziehen und wenig bis keine anderen Kontakte haben. Sie machen auch Hausbesuche bei betroffenen Familien und bieten Möglichkeiten zum Austausch (z.B. Patientenclubs) und Beratung.

Die SpDi sind gut über regionale Hilfen, Angebote und Einrichtungen für Menschen mit psychotischen Störungen informiert, sodass sie immer eine gute Anlaufstelle bei der Suche nach entsprechenden Adressen sind. Die Inanspruchnahme der SpDi-Angebote ist kostenlos.



Wer hilft weiter?

Welcher Sozialpsychiatrische Dienst regional zuständig ist, erfahren Sie beim Gesundheitsamt.

Psychiatrische Krankenpflege

Die psychiatrische Krankenpflege soll Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen helfen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Ziele

Die psychiatrische Krankenpflege dient

- der Erarbeitung der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- der Entwicklung von Maßnahmen zur Erkennung und Bewältigung von Krisensituationen
- der Entwicklung ausgleichender Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen, z.B. Notizen machen bei kognitiven Leistungseinschränkungen.

Verordnung

Folgende Voraussetzungen müssen für die Verordnung vorliegen:

- Der Patient weist eine ausreichende Behandlungsfähigkeit auf, damit bestehende Funktionsstörungen durch die Maßnahmen im Pflegeprozess positiv beeinflusst werden können.
- Es ist zu erwarten, dass die Therapieziele vom Patienten erreicht werden können.

Meist ist eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau üblich. Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein. Zeichnet sich in diesem Zeitraum ab, dass Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau nicht erreicht werden können, kann keine Folgeverordnung ausgestellt werden.

Die ärztliche Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege erfolgt durch einen Vertragsarzt des Fachgebiets Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie oder Psychotherapeutische Medizin oder durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die Verordnung durch den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch einen der genannten Fachärzte.

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

Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege und der Soziotherapie können in der Regel nur nacheinander, nicht zeitlich nebeneinander verordnet werden.

Ausnahme: Die Maßnahmen ergänzen sich aufgrund ihrer jeweiligen Zielsetzung. Diese Abgrenzung gegeneinander ist dann sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan darzulegen.

Dauer und Häufigkeit

Psychiatrische Krankenpflege kann bis zu 4 Monate lang mit bis zu 14 Einheiten pro Woche (mit abnehmender Frequenz) verordnet werden.

Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d.h. sie stellen die Pflegekraft. Psychiatrische Krankenpflege auf Verordnung kann aber nur ein spezialisierter Dienst für psychiatrische Krankenpflege erbringen, der mit der Krankenkasse des Patienten einen Versorgungsvertrag hat. Nicht in jedem Bundesland gibt es entsprechende Dienste.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für Pflegekräfte von Sozialstationen, Krankenpflegevereinen etc. übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit der Krankenkasse abgesprochen und von dieser genehmigt 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.
- die zu pflegende Person aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte

Kraft akzeptiert. Diese Kraft muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

Praxistipp!

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege im allgemeinen und zur psychiatrischen Krankenpflege im speziellen Richtlinien erstellt. Diese Richtlinien können unter www.g-ba.de > Richtlinien > „Häusliche Krankenpflege-Richtlinien“ gefunden werden. Die „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege“ stehen in § 4.

Stationäre und teilstationäre Behandlung

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

Psychiatrische Klinik

Im Krisenfall erfolgt die Behandlung meist in einer psychiatrischen Klinik bzw. psychiatrischen Abteilung einer Klinik.

Eine stationäre Behandlung hat immer das Ziel, die aktuelle Krise zu bewältigen und den Betroffenen zu stabilisieren. Dazu wird ein Behandlungsplan entworfen, der in Akut-, Stabilisierungs- und Remissionsphase gegliedert ist. Ziele sind u.a. die Schaffung einer therapeutischen Beziehung, das Aufheben oder Abklingen der Krankheitssymptome und das Verhindern einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Wenn möglich, werden Angehörige mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung in die Behandlung mit eingebunden. Je nach Situation kann der Aufenthalt in der Klinik unterschiedlich lang sein. Empfohlen wird ein kurzer Verbleib, da eine vollstationäre Behandlung 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, um die Belastungen des Alltags wieder auszuhalten und ihr Leben wieder möglichst selbstständig führen zu können. Viele Kliniken gestalten den Übergang deshalb fließend, z.B. durch Besuche oder Übernachtungen zu Hause. Zudem leisten sie Aufklärungsarbeit bei Angehörigen und Bezugspersonen.

Je nach individuellem Behandlungsplan bleibt auch nach der Entlassung eine mehr oder weniger feste Bindung zur Klinik oder zu einem einzelnen Therapeuten, zu dem der Betroffene ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut hat. Diese Bindung reicht von regelmäßigen Therapieterminen in der Institutsambulanz (siehe unten), bis hin zur Notfallnummer für Patienten und Angehörige für Krisenzeiten. Zusätzlich können Reha-Maßnahmen, z.B. eine Berufliche Reha, eingeleitet werden.

Kosten

Die Kosten des stationären Aufenthaltes trägt die Krankenkasse oder der Sozialhilfeträger. Sie beinhalten alle Leistungen, die für den Patienten nach Art und Schwere seiner Erkrankung notwendig und im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses möglich sind. Dazu zählt neben der ärztlichen Behandlung auch die Krankenpflege sowie die Versorgung mit Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Institutsambulanzen

In der Regel ist an eine psychiatrische Klinik eine Institutsambulanz (psychiatrische Institutsambulanz - PIA) angebunden, in der psychiatrische Patienten ambulant behandelt werden. Meist arbeiten dort verschiedene Berufsgruppen zusammen.

Die Übergänge in der PIA sind fließend: sowohl zum ambulanten Bereich (z.B. Betreuung in einer Arztpraxis) als auch zum stationären Bereich (Wiederaufnahme in die Klinik). Zum Teil sind Institutsambulanzen auch in besondere Versorgungsmodelle eingebunden, d.h. die ambulante und stationäre Versorgung wird aus einer Hand organisiert.

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. 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.

Gerontopsychiatrische Einrichtungen

Die Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter befasst.

Häufig werden Demenzerkrankungen und Depressionen behandelt, aber auch psychotische Störungen wie Schizophrenien. Manchmal können erst bei einem stationären Aufenthalt diagnostische Maßnahmen ergriffen werden und eine medikamentöse Einstellung erfolgen.

Die Behandlungsmaßnahmen in gerontopsychiatrischen Einrichtungen dienen nicht nur der medikamentösen Therapie, sondern fördern auch noch erhaltene Fertigkeiten und soziale Kontakte. Ziel ist die Verbesserung der durch die Erkrankung beeinträchtigten Lebensqualität und die Entlassung des Patienten in seine häusliche Umgebung.

Arbeit

Bei einer chronifizierten Psychose kommt es zu bleibenden bzw. immer wiederkehrenden Beeinträchtigungen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Arbeitslosigkeit kann 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.

Arbeit

- schafft soziale Kontakte und Beziehungen.
- ermöglicht die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- fördert Aktivität.
- strukturiert den Tagesablauf.
- gibt dem Menschen eine anerkannte Rolle und einen sozialen Status und unterstützt damit die Bildung einer subjektiven Identität.

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.



Praxistipps!

Folgende Tipps sind für psychotische Patienten, die einen Arbeitsplatz haben, zu beachten:

- In einer Akutphase kann die Gefahr bestehen, dass der Betroffene der Arbeit fernbleibt, ohne beim Arzt eine Krankmeldung (= AU-Bescheinigung) zu besorgen. Angehörige können hier helfen, indem sie zum Arztbesuch motivieren oder beim Arzt einen Hausbesuch erbitten. Die AU-Bescheinigung muss an den Arbeitgeber und an die Krankenkasse geschickt werden. Ohne AU-Bescheinigung gefährdet der Patient sowohl seinen Arbeitsplatz als auch eine spätere Krankengeldzahlung (siehe auch S. 25).
- Wenn einem Arbeitnehmer gekündigt wird, endet die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse. Er muss sich dann rechtzeitig um seinen Krankenversicherungsschutz kümmern.

Zweiter Arbeitsmarkt und Integrationsprojekte

Hat der Betroffene kein Arbeitsverhältnis (mehr) und ist die Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Zweiter Arbeitsmarkt und Integrationsprojekte

Auf dem zweiten Arbeitsmarkt gibt es eine große Vielfalt von Projekten, die regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und meist von mehreren Kostenträgern gemeinsam getragen werden. Für die Beschäftigten handelt es sich zum Teil auch um sog. Ein-Euro-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II“). Sie geben den Betroffenen die Möglichkeit über

den öffentlichen und sozialen Sektor wieder im Berufsleben Fuß zu fassen und die tägliche Arbeitsfähigkeit zu testen.

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 Menschen mit Behinderung, Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz), Kirchen, Stiftungen oder Firmen.

Integrationsfirmen

Integrationsfirmen 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 durch die Struktur ihrer Mitarbeiter einen besonderen Aufwand haben.

Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. gibt es in Deutschland über 600 Integrationsfirmen und -projekte in den verschiedensten Branchen: von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen.

Die Integrationsziele der Firmen 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.



Praxistipp!

Weitere Informationen über Integrationsfirmen e.V. findet man bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen unter www.bag-if.de.

Zuverdienstprojekte

Das Problem bei vielen, auch geförderten, Arbeits- und Eingliederungsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Menschen mit Psychosen. Hilfreich sind hier sog. „Zuverdienstprojekte“. Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten mit 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 ebenso vielfältig wie oben genannt, zum Teil sind die Projekte an Integrationsfirmen (siehe oben) oder Tagesstätten (siehe unten) 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.

Tagesstätten für psychisch kranke Menschen

Tagesstätten sind Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen an Wochentagen tagsüber betreut und zur Beschäftigung angeleitet werden. 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:

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

Häufig sind an Tagesstätten Beratungsangebote angegliedert, wo sozialrechtliche Fragen geklärt oder bei der Suche nach Reha-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten geholfen werden kann. Bisweilen machen Tagesstätten 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.



Praxistipp!

Spezielle Arbeitsmöglichkeiten für psychisch behinderte Menschen bieten manchmal auch **Werkstätten für Menschen mit Behinderung** an. Auf der Suche nach geeigneten Einrichtungen hilft u.a. der Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 17).

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.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450 €-Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, soweit ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen besteht.

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern, wenn dies in den Vereinbarungen des Tarif- oder Arbeitsvertrags geregelt wurde.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden. Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt 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**.

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwändungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Sozialzuschläge (z.B. Orts- und Familienzuschläge).

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



Praxistipps!

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

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

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

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

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

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.

- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 47).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

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.



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.

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

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 € : 30 für Kalendertag = 60 €
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängern.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Die Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt, sondern es beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass **mehrere** Blockfristen nebeneinander laufen.

Nach Ablauf der Blockfrist entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- 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.

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK (sog. Vertrauensarzt der Krankenkasse) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, 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. 31) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet

seine Mitgliedschaft als 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 dann die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. „Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld“ beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 31) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung 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.

Dauer

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

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 47) 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.



Praxistipps!

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

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

Berufsschutz

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

Befristung

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

Höhe

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

Hinzuverdienst

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

Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht

selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

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

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 409 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 368 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 327 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 291 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 237 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

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

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

- eigenes Einkommen und Vermögen **und**

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

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

Dauer

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



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 32.

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



Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine

zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. „Kenntnisgrundsatz“). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.

Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier 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.

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > 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. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Ergotherapie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

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

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen (siehe S. 10).

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 gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 49).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

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

Berechnung der Belastungsgrenze

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

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

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

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

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

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

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

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

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

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

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

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

Rehabilitation

Die Rehabilitation hat das Ziel, die berufliche Leistungsfähigkeit von Menschen mit Psychosen wiederherzustellen, die Wahrscheinlichkeit einer späteren Wiedererkrankung zu vermindern sowie den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern. Der Grundsatz lautet „Reha vor Rente“.

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 45).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 47), Haushaltshilfe (siehe S. 49), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein:

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und zur Beruflichen Reha, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Berufliche Reha-Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet.

Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Ist ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. „Reha-Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen, kurz RPK-Einrichtungen, sind besonders für Menschen geeignet, die an einer schweren Psychose leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben stark beeinträchtigt sind.

In RPK-Einrichtungen werden medizinische, berufliche und psychosoziale Hilfen aus der Hand eines multiprofessionellen Reha-Teams angeboten und Elemente der stationären und ambulanten Reha kombiniert. Einrichtungen der RPK sind regional unterschiedlich.

Für den psychotischen Patienten wird, orientiert an seinem persönlichen Bedarf, ein Hilfeplan erstellt. Durch die enge Verzahnung aller Leistungen kann individuell auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit des Patienten eingegangen werden. Der Schwerpunkt liegt bei stabilisierenden, trainierenden und damit auch eine Berufstätigkeit vorbereitenden Maßnahmen sowie psychosozialer Betreuung einschließlich Rehabilitationsberatung.

Praxistipp!

Weitere Informationen zur Reha von Menschen mit psychischen Erkrankungen bietet die **Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK)** unter www.bagrpk.de.

- Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann dort unter www.bagrpk.de gesucht werden.
- Die RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen sowie die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ kann unter www.bagrpk.de > Downloads kostenlos heruntergeladen werden.

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen können ambulant oder stationär erbracht werden. Stationäre Leistungen werden erst dann erbracht, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Medizinische Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.

Leistungen

Die Medizinische Rehabilitation von Menschen mit Psychosen umfasst u.a. folgende Leistungen:

- Behandlung durch einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychotherapie
- Psychoedukation
- Gespräche mit Angehörigen
- Ergotherapie und Belastungserprobung
- Psychiatrische Krankenpflege
- Physiotherapie/Sport- und Bewegungstherapie
- Psychosoziale Hilfen (psychosoziale Betreuung und Reha-Beratung)
- Gesundheitsbildung

Auch die Stufenweise Wiedereingliederung zählt zu den Leistungen der Medizinischen Reha (siehe S. 45).

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und ein Selbstauskunftsbogen. Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Antragstellung bei der Krankenkasse

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

Antragstellung mit ausführlicher Begründung

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

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

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

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

Zuzahlungen

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 siehe S. 36.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme 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 oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung,
- bei ambulanten Leistungen,
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen,
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation,
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung 2017 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.191 €	Keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10 €

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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 vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Hält der Arbeitgeber die Beschäftigung für nicht zumutbar, kann er die Mitwirkung an der Wiedereingliederung unter Benennung der Gründe ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog.

„Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 25), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 47) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 29). 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.

Praxistipp!

Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus und erstellen einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden psychotischen Störung kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die manchmal zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, können die Erhaltung des Arbeitsplatzes erleichtern bzw. die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben fördern.

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

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

Soziale Sicherung

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



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter www.integrationsaemter.de).

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Voraussetzungen der Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalls Leistungen zur Beruflichen Reha erhält.

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Über-

gangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

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

Wichtig ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder,

nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Praxistipps!

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

Leistungsumfang

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

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

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

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

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 37).

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Eine schwere psychotische Erkrankung kann dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhalten kann. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

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

Für die Feststellung des GdB gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Gemäß den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen richtet sich die Zuordnung des GdB bei schizophrenen und affektiven Störungen nach folgender Tabelle:

	GdB
Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50–100
Schizophrener Residualzustand (z.B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen	
– ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10–20
– mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
– mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
– mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen	
– bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30–50
– bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60–100
Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist im Allgemeinen (Ausnahme siehe unten) eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten.	
– 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 verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor (z.B. wenn der Betroffene neben der Psychose noch unter anderen Erkrankungen leidet), so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen in Anspruch genommen werden.

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.



Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

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

Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Familie und Angehörige

Die Familie merkt oft bald, dass mit dem Angehörigen „etwas nicht stimmt“. Das führt zu Verunsicherungen und kann Beziehungen stark belasten. Gleichzeitig ist das Umfeld eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung für den Betroffenen, weshalb die Förderung eines guten Miteinanders sehr wichtig ist.

Umgang miteinander

Im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen sind grundsätzlich akute Phasen von Zeiten der Remission zu unterscheiden. In der Akutphase sind zum Teil stationäre Aufenthalte erforderlich. In der Remissionsphase helfen häufig vertraute Bezugspersonen und ein geregelter Tagesablauf – allerdings ist es sehr schwierig, hier allgemein gültige Aussagen zu machen, da die Bedürfnisse der Menschen sehr unterschiedlich sind und auch bei den einzelnen Personen je nach Befindlichkeit stark schwanken können.

Achtsamkeit für sich und andere

Menschen mit einer Psychose sind verletzlicher und dünnhäutiger als gesunde Menschen. Eine Psychose kann auch mit dem Verlust der eigenen Grenzen einhergehen. Eine übertriebene Rücksichtnahme seitens der Angehörigen kann die Orientierung für alle erschweren und dazu führen, dass diese bald ihrerseits überfordert sind. Richtschnur im Umgang miteinander sollte eine weitestgehende Offenheit und gegenseitige Anerkennung der Bedürfnisse und Sichtweisen sein. Die besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten darf keine Selbstaufgabe der Angehörigen zur Folge haben. Auf Dauer hilfreicher ist das Bemühen um Verständnis und das Hineinversetzen in die Welt des Betroffenen.

Situation akzeptieren

Wichtig ist für den Betroffenen und die Angehörigen, die psychotische Störung zu erkennen und diese Situation zu akzeptieren – wobei mit Akzeptieren kein Resignieren gemeint ist. Viel produktiver ist ein offener Umgang mit den Wahrnehmungen und Äußerungen des Betroffenen: sehen und hören, neugierig sein, näher betrachten oder sich auch wieder zurückziehen, Erfahrungen sammeln mit dem Ungewohnten und ihm auf diese Weise seine Fremdheit und seinen Schrecken nehmen, dabei aber nie die oft existenziell allumfassende Dimension der Erkrankung verharmlosen. Schuldzuweisungen sollten vermieden werden.

Die große Hürde auf dem Weg zur Akzeptanz ist, dass psychische Erkrankungen mit vielen falschen Vorurteilen belegt sind – in der Regel sowohl bei den Betroffenen und ihren Angehörigen als auch im Umfeld. „Unberechenbar, gefährlich, träge, dumm, unheilbar“ – in dieser Bandbreite bewegt sich das allgemeine Bild. „Gespaltene Persönlichkeiten“, „genetische Veranlagung“ und „das Elternhaus“ sind weitere Bausteine der Vorurteile, die die Betroffenen in eine (mentale) Ecke stellen, aus der sie nur schwer herausfinden. Angesichts dieser Vorurteile ist es nur allzu verständlich, dass viele Betroffene und Angehörige lange um Akzeptanz ringen müssen – mit sich und mit dem Umfeld.

Inzwischen gibt es an vielen Orten dialogische Informations- und Aufklärungsprojekte unter Beteiligung von Experten, Psychose-Erfahrenen und Angehörigen, die diesen Fehleinschätzungen entgegenwirken (siehe auch Psychoseseminare S. 15).

In die Familie einbeziehen

Auch ein Mensch mit psychotischen Störungen sollte weiterhin und ganz bewusst in Familienangelegenheiten einbezogen sein. Er sollte seine Meinung zu Themen äußern, die für ihn von Belang sind. Angehörige sind oft versucht, dem Betroffenen alles abzunehmen. Dies kann jedoch die Minus-symptomatik verstärken. Ziel muss sein, trotz der Psychose eine weitgehende Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Das Machbare anstreben

Psychose-Erkrankten fehlen häufig Antrieb und Energie. Dies kann entweder in der Negativsymptomatik (verminderte Aufmerksamkeit, Sprachverarmung, Gemütsverflachung, Interessenschwund und anderes) begründet sein oder als Nebenwirkung der Psychopharmaka auftreten. Hilfreich für den Patienten ist es, wenn er ermutigt und unterstützt wird, so viel zu tun, wie ihm möglich ist. Dabei sollten kleine, allmähliche Schritte anvisiert werden, damit Erfolgserlebnisse möglich sind. Wichtige Bereiche, in denen Betroffene solche Unterstützung brauchen, sind Hygiene, Körperpflege und kleinere Aufgaben im Haushalt.

Gemeinsame Unternehmungen

Manche Betroffene empfinden es als angenehm, mit einem Angehörigen eher nonverbalen Aktivitäten nachzugehen, z.B. einen Spaziergang zu unternehmen, gemeinsam fernzusehen oder zu lesen. Auch wird es von Betroffenen als hilfreich angesehen, wenn sie ihre Gefühle und Gedanken durch kreatives Gestalten ausdrücken können, z.B. durch Schreiben, Malen, Musizieren oder Töpfern. Ehrliche und positive Rückmeldungen sind dabei sehr wichtig, ein falsches Lob kann die unbedingt notwendige Vertrauensbasis schnell und auf lange Zeit zerstören.



Praxistipps!

Die Broschüre „Es ist normal, verschieden zu sein!“ versucht das Erleben der Betroffenen nachvollziehbar darzustellen und kann einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Krankheit leisten. Sie kann unter www.irremenschlich.de > Basiswissen > Psychosen heruntergeladen oder für 1 € bestellt werden (auf deutsch und englisch).



Wer hilft weiter?

Unterstützung bieten Selbsthilfegruppen für Angehörige, in denen diese sich austauschen, ihre Probleme erörtern und gemeinsam nach besseren Bewältigungsstrategien suchen können. Adressen vermitteln der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker und andere Selbsthilfeverbände, Adressen siehe S. 67.

Wohnen

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 psychotische Menschen 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, regional stark unterschiedlich, verschiedenste geförderte und begleitete Wohnformen. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die einzelnen Möglichkeiten. Was in der einzelnen Region tatsächlich zur Verfügung steht, inklusive Aufnahmebedingungen und (häufig) Wartezeiten, wissen in der Regel die Sozialpsychiatrischen Dienste sowie die Sozialdienste in den Kliniken.

Betreute Wohnformen

Im Bereich „Wohnen für psychisch kranke Menschen“ ist in den letzten Jahren viel in Bewegung gekommen. In dem Maß, wie die klinische Behandlung zeitlich verkürzt wird, entstehen Angebote für betreute Wohnformen. Am deutlichsten sichtbar wird das bei den psychiatrischen Kliniken, die mancherorts Klinikraum umwidmen und für offene Wohnangebote nutzen.

Bei betreuten Wohnformen stehen dem Bewohner Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Schwestern/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 Netz 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 usw.)
- Freizeitangebote (Sport, Ausflüge, kreatives Gestalten, kulturelle Aktivitäten)
- Sozialrechtliche und finanzielle Beratung
- Hilfe im Umgang mit Geld
- Unterstützung bei der Beantragung und Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen
- Hilfe zur Erlangung von Arbeitsmöglichkeiten
- Sicherung der medizinischen Versorgung
- Einzel- und Gruppengespräche
- Krisenintervention

Träger

Die Betreuer werden von den Trägern gestellt und finanziert – 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 Allgemeine Sozialdienst oder Wohlfahrtsverbände. Auch an psychiatrische Akutkliniken, Behindertenwohnheime, Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder Integrationsprojekte sind teilweise Wohnmöglichkeiten angebunden.

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

Wohnformen

Die oben genannten Angebote gibt es in verschiedenen Kombinationen mit den folgenden Wohnformen:

- **Betreutes Einzelwohnen:** Dabei erfolgt die Unterstützung in der eigenen Wohnung. In der Regel besucht ein Betreuer den Klienten mehrmals in der Woche zu Hause zu fest ausgemachten Terminen, nachts erfolgt keine Betreuung. Betreutes Einzelwohnen kommt insbesondere für Menschen in Frage, die schon relativ gut mit ihrer Psychose umgehen und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung zu leben.
- **Appartementwohnen:** Appartementwohnen ist eine Zwischenform zwischen betreutem Einzelwohnen und 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 auch der völlige Rückzug ist möglich. Betreuer und Therapeuten haben separate Räume.
- **(Therapeutische) Wohngemeinschaft:** In einer Wohngemeinschaft (WG) wohnen mehrere Betroffene zusammen. Jeder hat ein eigenes Zimmer; Bad, Wohn- und Esszimmer sowie die Küche werden gemeinschaftlich genutzt. Bei therapeutischen WGs (TWG) liegt ein deutlicherer Akzent auf dem therapeutischen Konzept, doch in der Praxis sind die Übergänge fließend und konzeptabhängig: Im einen Fall wird die Therapie betont, im anderen ist es Teil des Konzepts, die Normalität zu betonen und zu leben. In jedem Fall fördert der „normale“ Tagesablauf die Selbstständigkeit der Bewohner: durch die Tagesstruktur, das Wechselspiel von sozialem Miteinander und Rückzug in das eigene Zimmer sowie der 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, 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.
- Eine besondere Form der Wohngemeinschaft sind **Soteria-Häuser**, Details siehe S. 15.
- **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.

Wer hilft weiter?

Auf der Suche nach betreutem Wohnen helfen der Sozialdienst in der Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst 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 die 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. 22) gewährleistet sein. Dem Betroffenen sollte ermöglicht werden, eine Balance zwischen Rückzug und Teilnahme am Familienleben zu finden. Dazu sollten ihm räumliche Rückzugsmöglichkeiten geschaffen werden. Details zum Umgang miteinander siehe S. 55.

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 krankes 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 sich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Stützend kann hier der Umzug in eine der oben aufgeführten betreuten Wohnformen wirken.

Wohngeld

Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zu den Kosten für Wohnraum. Er ist abhängig von der Zahl der Familienmitglieder, deren Einkommen und der regional unterschiedlichen Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung.

Das Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate gewährt und muss möglichst vor Ablauf der Bezugszeit neu beantragt werden. Keinen Anspruch auf Wohngeld haben u.a. Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe). Der Antragsteller darf Vermögen haben. Dafür gibt es jedoch Grenzen. Diese sind bei der Wohngeldstelle zu erfragen (für den Haushaltsvorstand ca. 50.000–60.000 €).

Besonderer Freibetrag bei Schwerbehinderung

Bei psychotischen Patienten, die eine Anerkennung als Schwerbehinderte haben, wird bei der Ermittlung des für das Wohngeld maßgeblichen Jahreseinkommens ein Freibetrag von 1.500 € abgezogen (§ 17 Abs. 1 WoGG):

- Bei einem Grad der Behinderung (GdB) von 100
- Bei einem GdB von unter 100 und häuslicher Pflegebedürftigkeit



Praxistipp!

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit bietet unter www.bmub.bund.de > Themen > Stadt-Wohnen > Wohnraumförderung > Wohngeld zahlreiche Informationen zum Thema Wohngeld, u.a. Wohngeld-Tabellen.



Wer hilft weiter?

Der Antrag auf Wohngeld erfolgt bei der örtlichen Wohngeldstelle, die auch weitere Auskünfte erteilt. Hier können auch die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden.

Betreuung

Psychotische Störungen können, insbesondere in akuten Phasen, zu tiefgreifenden Verhaltensänderungen, Wahrnehmungsstörungen und zu einer „falschen“ Beurteilung von Sachverhalten weit außerhalb der gesellschaftlichen Norm führen. Dann kann die Unterstützung durch nahe Angehörige oder neutrale Dritte erforderlich werden.

Geschäftsfähigkeit

In der Akutphase einer Psychose sind Patienten in der Regel geschäftsunfähig. Dann erledigt häufig ein Betreuer (siehe unten) die notwendigen persönlichen Angelegenheiten.

Definition „Geschäftsfähig“/„Geschäftsunfähig“

- „**Geschäftsfähig**“ ist, wer seine Willenserklärungen oder rechtsgeschäftlichen Handlungen selbst beurteilen und verstehen kann.
- „**Geschäftsunfähig**“ ist demgegenüber unter anderem, wer sich in einem Zustand krankhafter und dauerhaft gestörter Geistestätigkeit befindet, der die freie Willensbildung ausschließt.

Die Geschäftsunfähigkeit ist allerdings nicht automatisch mit Erreichen eines bestimmten Krankheitsstadiums zu vermuten, sondern muss von einem Sachverständigen festgestellt werden.

Vorsorge

Auf die fremdbestimmten Regelungen einer Betreuung können Menschen im Vorfeld Einfluss nehmen, indem sie eine **Vorsorgevollmacht** oder **Betreuungsverfügung** erstellen:

- 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 wird und welche Wünsche der Betreuer zu beachten hat.

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

Gesetzliche Betreuung

Die gesetzliche Betreuung ist eine Fürsorgeform, in deren Rahmen ein gerichtlich bestellter Betreuer die Angelegenheiten des Betroffenen erledigt. Betreuer wird in der Regel ein naher Angehöriger, in einigen Fällen auch ein neutraler Dritter.

Die Betreuung wird (im Gegensatz zur früheren „Entmündigung“) zeitlich begrenzt und nur für die Aufgabenbereiche eingerichtet, für die sie erforderlich ist. Nur ein Teil der Patienten mit psychotischen Störungen braucht einen Betreuer zur Regelung persönlicher Angelegenheiten.

Wenn offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann jeder, dem das auffällt, z.B. Arzt, Apotheker oder Nachbar, eine Betreuung beim Betreuungsgericht anregen. Anzeichen dafür, dass jemand nicht mehr ohne Hilfe zurechtkommt, sind beispielsweise zuneh-

mende Verwahrlosung der Wohnung und des äußeren Erscheinungsbildes, Ablehnung von ärztlicher Hilfe und Versorgung, Auffälligkeiten bei finanziellen Geschäften.

Voraussetzungen

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.

Kann der Betroffene noch einen „freien Willen“, d.h. einen von Krankheit unbeeinflussten Willen bilden, darf eine Betreuung nicht gegen seinen Willen angeordnet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Betreuung objektiv für den Betroffenen von Vorteil wäre. Eine Zwangsbetreuung ist nur bei Geschäftsunfähigkeit möglich. Ob der Wille noch „frei“ ist, wird in der Regel von einem Sachverständigen festgestellt.

Einwilligungsvorbehalt

Bei einer Betreuung bleibt die Geschäftsfähigkeit des Betreuten (im Gegensatz zur früheren Entmündigung) in der Regel erhalten. Wenn es aber zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Vormundschaftsgericht anordnen, dass Erklärungen des Betreuten der Einwilligung des Betreuers bedürfen, um rechtswirksam zu werden. Entscheidungen über Ehe und Testament trifft der Betreute aber weiterhin selbst.

Die Bestellung eines Betreuers führt zu einer Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Betreuten. Der Betreuer kann, wenn es zum Wohl der Betreuten erforderlich ist, Maßnahmen gegen den Willen des Betreuten einleiten, wenn diese zum Aufgabenkreis des Betreuers gehören.

Aufgabenkreise

Aufgabenkreise des Betreuers können u.a. sein:

- Gesundheitsfürsorge
 - Veranlassung von ärztlicher Behandlung
 - Zustimmung zur Medikamentengabe
 - Behandlung in einem Krankenhaus
- Aufenthaltsbestimmung
 - Mietangelegenheiten
 - Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung gegen den Willen des Betreuten (nur mit Zustimmung des Betreuungsgerichts)
- Vermögenssorge
 - Alltägliche finanzielle Angelegenheiten, z.B. Mietzahlungen, Begleichung laufender Rechnungen
 - Verwaltung von Vermögen und laufendem Einkommen
 - Antragstellung auf Sozialhilfe, Renten und andere öffentliche Leistungen

Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten im jeweiligen Aufgabengebiet so zu regeln, dass sie dessen Wohl entsprechen. Das Prinzip der Betreuung besteht darin, dem Patienten zu helfen,

dabei jedoch seine Fähigkeiten zur Selbstbestimmung so weit wie möglich zu achten. Dieses Selbstbestimmungsrecht findet seine Grenzen, wenn die Wünsche des Patienten seinem Wohl entgegenstehen.

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 die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt
- Ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- Sterilisation des Betreuten
- Kündigung der Wohnung des Betreuten
- einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung

Kosten

Bei einer Betreuung entstehen folgende Kosten:

- **Gerichtsgebühren:** Kosten entstehen im Rahmen der Betreuung z.B. in Form von gerichtlichen Gebühren und als Auslagen; Letztere insbesondere für das Sachverständigengutachten über die Ermittlung der Notwendigkeit, den Umfang und die voraussichtliche Dauer der Betreuung. Diese Kosten muss der Betreute nur tragen, wenn sein Vermögen nach Abzug der Verbindlichkeiten mehr als 25.000 € beträgt. Eine Eigentumswohnung oder ein eigenes Haus, das der Betreute allein oder mit Angehörigen bewohnt, bleibt unberücksichtigt und wird nicht zum Vermögen gerechnet. Bei einem Reinvermögen über 25.000 € wird für eine dauerhafte Betreuung eine Jahresgebühr fällig: Sie beträgt pro Jahr der Betreuung 10 € für jede angefangenen 5.000 €, die über dem Vermögen von 25.000 € liegen, mindestens jedoch 200 €.
- **Gebühren für Berufsbetreuer:** Bei einem Reinvermögen ab 2.600 € müssen der Betreute oder seine Unterhaltspflichtigen (z.B. Ehegatte, Kinder) die Kosten für einen Berufsbetreuer prinzipiell selbst tragen. Berufsbetreuer haben bestimmte Stundensätze, abhängig von ihrer Vorbildung:
 - Ohne besondere Kenntnisse: 27 € inkl. Mehrwertsteuer.
 - Abgeschlossene Ausbildung: 33,50 € inkl. Mehrwertsteuer.
 - Abgeschlossenes Studium: 44 € inkl. Mehrwertsteuer.
- **Ehrenamtlicher Betreuer:** Eine Betreuung wird grundsätzlich unentgeltlich geführt. Wenn das Vermögen des Betreuten und der Umfang oder die Schwierigkeit der Betreuung es rechtfertigen, kann das Betreuungsgericht eine angemessene Vergütung bewilligen. Die Höhe richtet sich nach dem Einzelfall. Erhält der Betreuer keine Vergütung, wird eine Aufwandspauschale von jährlich 399 € inkl. Mehrwertsteuer gezahlt, oder er erhält eine individuell zu belegende Aufwandsentschädigung.



Praxistipps!

- Wer meint, dass eine Betreuung für einen Menschen nötig ist, kann sich an das Betreuungsgericht wenden. Dieses wird dann im Rahmen seiner Amtserhebungspflicht tätig. Hilfreich sind Angaben, für welche Aufgabenbereiche der Betroffene Unterstützung und gesetzliche Vertretung benötigt (z.B. Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsange-

legenheiten, Heimangelegenheiten). Es ist zu beachten, ob es bereits eine Betreuungsverfügung gibt, in der der betroffene Mensch festgelegt hat, wen er unter welchen Bedingungen als Betreuer haben möchte.

- Aufhebung oder Änderung einer Betreuung müssen beim Betreuungsgericht schriftlich oder persönlich vom Betroffenen oder seinem Betreuer beantragt oder von Dritten angeregt werden.
- Die Broschüre „Betreuungsrecht“ kann beim Bundesjustizministerium unter www.bmj.de > Suchbegriff Betreuungsrecht > Trefferliste Betreuungsrecht kostenlos heruntergeladen oder beim Publikationsversand der Bundesregierung, Telefon 030 182722721, bestellt werden.
- Auf www.betreuungsrecht.de liefert das Institut für Betreuungsrecht zahlreiche juristische Einzelfälle, häufig mit kritischem Unterton, und sensibilisiert für die möglichen Problembereiche bei Betreuung und Bevollmächtigung.
- Umfassende Informationen für Fachkräfte bietet die kostenpflichtige Online-Datenbank Betreuungsrecht unter www.bundesanzeiger-verlag.de > Familie Betreuung Soziales > Betreuungsrecht.

Wer hilft weiter?

Zuständig für Betreuungssachen ist das Betreuungsgericht beim örtlich zuständigen Amtsgericht. Informationen und Aufklärung leisten auch die Betreuungsbehörden bei der örtlichen Kreis- bzw. Stadtverwaltung und Betreuungsvereine.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

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

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen beim Betreuungsgericht beantragt werden. Bei Menschen mit Psychosen dürfen sie nur eingesetzt werden, wenn der Patient sich selbst und/oder Andere gefährdet. Bei einer unmittelbaren Gefährdung des Patienten oder anderer Personen ist eine vorherige richterliche Genehmigung durch das Betreuungsgericht ausnahmsweise nicht notwendig, muss aber unverzüglich nachgeholt 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 aber 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“ oder „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. momentane Angst- oder 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.

Durch die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung ist meist die Gefahr abgewendet. Eine zusätzliche Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka ist rechtlich problematisch und nur in seltenen Fällen vor dem Betreuungsgericht zu rechtfertigen.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen und Unsicherheiten hilft das Betreuungsgericht.

Krisenpass

Beim Psychiatrie-Verlag ist für Menschen mit psychotischen Erkrankungen ein Krisenpass erhältlich, der im Notfall informiert über

- die aktuelle Medikation und Dosierung,
- erfahrungsgemäß hilfreiche Medikation im Krisenfall,
- Personen, die benachrichtigt werden sollen,
- Behandlungsvereinbarungen,
- unverträgliche Medikamente,
- spezielle Wünsche des Patienten im Krisenfall und gegebenenfalls weitere Erkrankungen wie Allergien etc.

Der Krisenpass kann unter www.psychiatrie-verlag.de > Informationen Hilfen Links > Nützliche Materialien zum Download (unten auf der Seite) > Krisenpass kostenlos heruntergeladen werden.

Autofahren und Führerschein

Die meisten Menschen wollen selbstständig und mobil sein und deshalb Auto fahren. Doch wer sich infolge psychotischer Symptome nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf nur daran teilnehmen, wenn er selbst Vorsorge getroffen hat, dass er andere nicht gefährdet.

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

Erstantrag auf Führerschein

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

Führerschein und schwere Krankheit

Nach schweren psychotischen Krankheitsphasen ist der behandelnde Arzt verpflichtet, Führerscheininhaber auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen.

Der Arzt lässt den Patienten in der Regel auch schriftlich bestätigen, dass er auf die Gefahr hingewiesen wurde, andernfalls kann der Arzt für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden. Oft steht diese Empfehlung auch im Abschlussbericht von Reha-Maßnahmen.

Ob der Patient dies dann bei der zuständigen Führerschein- bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, bleibt diesem selbst überlassen.

Auch Fahrradfahrer, die nach einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands einen Unfall verursachen, können ihren Führerschein verlieren. Bei entsprechendem Verdacht macht die Polizei eine Mitteilung an die Führerscheinstelle, welche dann den Patienten auffordert, die Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen.

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, z.B. bei einer Verkehrsroutinekontrolle durch die Polizei, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Fragebögen, die vom Patienten ausgefüllt werden müssen, als Vorbereitung des Arzt- und Psychologengesprächs

- Leistungstests zur Prüfung der Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Reaktionsgeschwindigkeit
- Medizinischer Bereich: Körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund (falls erforderlich), Medikamenteneinnahme werden berücksichtigt.
- Psychologischer Bereich: Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion, Belastbarkeit werden beurteilt. Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

Autofahren bei Psychosen

In der Akutphase einer Psychose darf kein Fahrzeug geführt werden. Nach dem Abklingen der akuten Symptome ist das Führen eines Fahrzeugs unter Umständen wieder möglich.

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 durchzuführen. Psychopharmaka (auch bei Langzeitbehandlung) sind grundsätzlich kein Hindernis: Sie können sowohl stabilisierend wirken (also die Fahreignung fördern) als auch die Fahreignung beeinträchtigen. Die medikamentöse Behandlung sollte durch den behandelnden Facharzt dokumentiert werden.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen keine Kraftfahreignung gegeben.

Arzneimittelaufnahme und Autofahren sind ein Thema mit zwei Seiten: Einerseits können Medikamente einen Patienten überhaupt erst wieder in die Lage versetzen, Auto zu fahren. Andererseits können gerade Psychopharmaka, die eine dämpfende Wirkung haben, die Reaktionszeit verlängern und somit die Fahrtauglichkeit einschränken. 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. Autofahrer, die Psychopharmaka einnehmen, sollten auf jeden Fall mit ihrem Arzt besprechen, ob sie mit den verordneten Medikamenten fahrtauglich sind.

Praxistipp!

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen enthalten Leitsätze für verschiedene geistig-seelische Störungen. Die Leitsätze zur Kraftfahreignung bei affektiven Psychosen stehen auf Seite 42, bei schizophrenen Psychosen auf Seite 43, bei Dauerbehandlung mit Arzneimitteln auf Seite 48. Der Download ist kostenlos unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung > zum Download.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Telefon: 0234 68705552 (Mo u. Do 10-13 Uhr)
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

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

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Telefon: 0221 511002
E-Mail: dgsp@netcologne.de
www.dgsp-ev.de

Aktion Psychisch Kranke e.V.

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

Irre menschlich Hamburg e.V.

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

Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS)

Klinikum München-Ost
Ringstr. 14, 85529 Haar
E-Mail: Roswitha.Hurtz@kbo.de
www.soteria-netzwerk.de

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Reinhardtstraße 27B, 10117 Berlin
Telefon: 030 27576607
E-Mail: koordination@seelischegesundheit.net
www.seelischegesundheit.net

Kompetenznetz Schizophrenie

Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Telefon: 0211 9222770

E-Mail: info@kompetenznetz-schizophrenie.de

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Max Glaser, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

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.

5. vollständig überarbeitete Auflage, Mai 2017