

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	11
Psychoedukation	12
Ergotherapie	14
Weitere psychosoziale Therapieformen	15
Psychoseseminare	15
Soteria	16
Stationäre und teilstationäre Behandlung	16
Ambulante Beratung und Begleitung	18
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	18
Psychiatrische Krankenpflege	18
Arbeit	21
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	23
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	23
Krankengeld	25
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	31
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	33
Erwerbsminderungsrente	33
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	35
Hilfe zum Lebensunterhalt	37
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	38
Zuzahlungsregelungen	38
Zuzahlungsbefreiung	39
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	42
Rehabilitation	43
Überblick über Reha-Leistungen	43
Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	45
Leistungen der Medizinischen Rehabilitation	46
Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen	46
Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen	47

Stufenweise Wiedereingliederung _____	50
Berufliche Reha-Maßnahmen _____	51
Übergangsgeld _____	53
Haushaltshilfe _____	55
Behinderung _____	57
Definition _____	57
Grad der Behinderung bei Psychosen _____	57
Schwerbehindertenausweis _____	59
Nachteilsausgleiche _____	60
Angehörige und Bezugspersonen _____	61
Wohnen _____	63
Betreute Wohnformen _____	63
Wohnen in der Familie _____	65
Wohngeld _____	65
Betreuung _____	67
Geschäftsfähigkeit _____	67
Vorsorge _____	67
Gesetzliche Betreuung _____	67
Freiheitsentziehende Maßnahmen _____	70
Autofahren bei Psychosen _____	73
Adressen _____	75
Impressum _____	77

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 oder 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).
- **Schizoaffective 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 und 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 werden zum einen Störungen des Hirnstoffwechsels, zum anderen anlagebedingte Faktoren (genetische Verletzlichkeit) im Zusammenhang mit äußeren psychischen Belastungen.

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** ist das derzeit am besten akzeptierte Ursachenmodell zur Entstehung von Psychosen und berücksichtigt neurologische, psychologische und soziale Faktoren. Es geht davon aus, dass bei Betroffenen eine **angeborene Anfälligkeit** (Vulnerabilität) für Stresssituationen vorhanden ist. Wenn bei Belastungssituationen, z.B. dem Auszug aus dem Elternhaus, Migration 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. Der regelmäßige Konsum von halluzinogenen Substanzen wie Cannabis zählt hier zusätzlich zu den Risikofaktoren.

Symptome

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

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

- Positive Symptome (sog. Plussympptome)
- Negative Symptome (sog. Minussympptome) und
- Katatone Symptome (sog. Psychomotorische Störungen)

Plussympptome

Zu den Plussympptomen (Positive Symptome) 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**
Empfunden wird eine 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. Selten sind dabei „befehlende“ und am häufigsten „gedankenkontrollierende“ oder „beleidigende“ Stimmen.

- **Ich-Störungen**

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

- **Formale 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.

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.

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

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

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 Kurznarkose mit elektrischen Reizen stimuliert. Der dadurch ausgelöste Krampfanfall führt eine positive neurochemische Veränderung herbei und lindert bestehende Symptome.

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

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wird häufig 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 Behandlungsmöglichkeiten informiert. So sollen Ängste und Unsicherheiten abgebaut und eine Krankheits- bzw. Behandlungseinsicht vermittelt werden. Dann wird der Patient befähigt, Frühwarnsymptome zu erkennen und Strategien zu entwickeln, wie er darauf reagieren kann, um einen Rückfall zu vermeiden oder zumindest abzumildern. Weitere wichtige Themen der Therapie sind die Akzeptanz fortbestehender Symptome und der Medikamenteneinnahme, die Entwicklung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten sowie die Förderung der Lebensqualität. In der Regel werden für eine KVT 25-60 Sitzungen eingeplant. Die Anzahl der Sitzungen hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab.

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 im Umgang mit Psychosen hat.

Probesitzungen

Der Betroffene kann 2-4 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, Internist 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.

Antrag

Der Patient muss bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Dabei wird er in der Regel vom Psychotherapeuten unterstützt. Der Antrag geht zusammen mit einem anonymisierten Bericht (Umschlag mit einer Codenummer versehen) an die Krankenkasse des Patienten. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, eine Begründung der

Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der Therapie. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter weiter, der eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie abgibt (sog. Gutachterverfahren). Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über den Patienten.

Im Falle einer Ablehnung kann der Patient Widerspruch einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden.

Dauer

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



Praxistipps!

Die folgenden Tipps helfen bei der Therapeutensuche:

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen:** Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter www.kbv.de > Die KBV > Kassenärztliche Vereinigungen stehen die Internetadressen der KVen. Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.
- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen:** Unter www.kbv.de > Service > Service für Patienten > Arztsuche können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestellen der KV:** Die Terminservicestellen sind verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen betragen. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle kann unter www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen > Krankenversicherung > Terminservicestellen gefunden werden.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:** Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter www.bptk.de > (Landkarte rechts unten) Psychotherapeutensuche.
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informationen-Dienst:** Der Psychotherapie-Informationen-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter www.psychotherapiesuche.de oder Telefon: 030 209166330.
- Manche Psychotherapeuten stehen auch im **Telefonbuch** unter „Ärzte“ oder in den **Gelben Seiten** unter „Psychotherapie“ oder „Psychologie“.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung:** Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung, genehmigen. Die Krankenkasse 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 begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten. Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Es kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren

bestellt oder heruntergeladen werden.

- **Institutsambulanzen** können und sollen bei der Suche nach einem Psychotherapeuten helfen.

Soziotherapie

Soziotherapeutische Maßnahmen beziehen sich auf das soziale Umfeld des Betroffenen und zielen darauf ab, vorhandene soziale Fähigkeiten des Betroffenen zu fördern und die Verstärkung sozialer Probleme zu verhindern.

Soziotherapie unterstützt vorrangig Patienten, die krankheitsbedingt in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bestreitung des Lebensunterhalts, Freizeitgestaltung und soziale Beziehungen beeinträchtigt sind. Der Betroffene soll gefördert werden, sein Leben wieder aktiv zu gestalten.

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

Ziele

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

Dauer

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

Pro Verordnung dürfen maximal 30 Einheiten ausgestellt werden.

Vor der ersten Verordnung können bis zu 5 Probestunden verschrieben werden, um die Therapiefähigkeit des Patienten abzuklären. Diese Probestunden können 2 Mal im Jahr stattfinden.

Verordnung

Eine Soziotherapie dürfen nur bestimmte Ärzte und Einrichtungen verordnen:

- Nervenärzte und Psychiater, die von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind eine Soziotherapie zu verordnen. Der Antrag wird dann bei der Krankenkasse eingereicht und bei entsprechender Diagnose genehmigt.
- Institutsambulanzen an einschlägigen Kliniken und dort tätige Ärzte.
- Krankenhausärzte oder Ärzte in Rehakliniken für die ersten 7 Tage nach Entlassung.
- Wenn ein Arzt nicht selbst verordnen kann, kann er den Patienten überweisen. Wenn er erkennt, dass der Patient aufgrund seiner psychischen Erkrankung diese Überweisung nicht wahrnehmen kann, kann er 5 Stunden Soziotherapie verordnen.



Praxistipps!

Die folgenden Tipps helfen bei der Therapeutensuche. Erbringen können die Soziotherapie nur Soziotherapeuten, die bei der Krankenkasse zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben:

- Die Krankenkassen vermitteln Adressen der zugelassenen Soziotherapeuten.
- Der Berufsverband der Soziotherapeuten listet Adressen von aktiven Soziotherapeuten unter wp.soziotherapie.eu > Soziotherapeuten auf.
- Ähnliche Leistungen bieten aber mancherorts auch die Sozialpsychiatrischen Dienste (siehe S. 18) an, die zudem häufig die regionalen Soziotherapie-Angebote kennen.

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 im Einzelgespräch zwischen Therapeut und Patient bzw. Therapeut und Angehörigem 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 Information über die Erkrankung und ihre möglichen Folgen und Symptome Betroffene stark belastet.

Vorteil der Gruppe ist der gegenseitige Austausch unter den Betroffenen. So kann der Patient von den Erfahrungen anderer Patienten profitieren, daraus für sich 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 dessen Angehörige 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.

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

Psychoedukative Gruppen treffen sich 1-2 Mal wöchentlich. Die vermittelten Inhalte folgen einem festen Programm, sodass die Gruppen in der Regel fest sind, d.h.: Im Lauf einer Schulung kommen keine neuen Mitglieder hinzu. 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 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

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

Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen zur Verbesserung

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

Verordnung

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

Therapiebesuch zu Hause

Die Verordnung von Ergotherapie außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines Hausbesuchs, ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Der Arzt muss dann auf der Verordnung „Hausbesuch“ ankreuzen. Der Patient muss zusätzlich zur Zuzahlung (siehe S. 38) die Fahrtkosten übernehmen.



Wer hilft weiter?

Adressen von Ergotherapeuten vermittelt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. unter Telefon 07248 91810, per E-Mail an info@dve.info oder im Internet unter www.dve.info > Service > Ergotherapeutische Praxen, Suche.

Es gibt Ergotherapie-Praxen mit dem Schwerpunkt Psychiatrie. Darauf sollten Patienten mit Psychosen 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 sollen ihnen ihre Denkverzerrungen bewusst gemacht werden, damit das bisherige Problemlöseverhalten kritisch reflektiert und verändert werden kann.
- **CogPack**
Ein computergestütztes Trainingsprogramm mit 64 Tests und Übungen zur Verbesserung verschiedener kognitiver, sprachlicher, intellektueller und berufsnaher Fähigkeiten. Die Behandlung basiert auf der Theorie, dass Defizite in den genannten Bereichen die Anfälligkeit der Betroffenen für Psychosen erhöht und die Rückfallschwelle durch ein gezieltes Training gesenkt 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 ermöglicht Therapeuten einen wertschätzenden Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten.
- 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 Angehörigen hineinzuversetzen, 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-psychoseseminar.de > Adressen. Dort gibt es auch detaillierte Informationen zu Psychoseseminaren.

- Das Psychoedukationsportal für Betroffene & Angehörige www.psychose.de vermittelt ein umfangreiches Wissen über Psychosen und wurde zusammen mit Betroffenen, Angehörigen und Experten entwickelt.

Soteria

Soteria ist eine alternative stationäre Behandlungsform speziell für Patienten mit einer akuten psychotischen Krise.

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 milieutherapeutischer Ansatz verfolgt. Mit antipsychotischer Medikation wird zurückhaltend umgegangen.

Soteria erfolgt in kleinen heimartigen Häusern mit ca. 10 Bewohnern. 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 beeinflussen.

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.

Stationäre und teilstationäre Behandlung

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

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 Aufenthalts 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 zählen 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 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 (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.

Ambulante Beratung und Begleitung

Neben den im vorherigen Kapitel beschriebenen Behandlungsformen, gibt es noch zwei weitere Möglichkeiten zur ambulanten Beratung und Begleitung von Menschen mit Psychosen: Den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Psychiatrische Krankenpflege.

Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Der 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 SpDis 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 SpDis 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 Selbsthilfegruppen) und Beratung.

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

Wer hilft weiter?

Welcher SpDi 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 (siehe S. 11) 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. 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-Richtlinie“ gefunden werden. Die „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege“ stehen in § 4.

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. Ist die (Wieder-)Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Zweiter Arbeitsmarkt und Inklusionsfirmen

Auf dem zweiten Arbeitsmarkt gibt es eine große Vielfalt von Inklusionsfirmen, 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. 1-Euro-Jobs (= Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II). Sie geben den Beschäftigten 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 behinderte Menschen, Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz), Kirchen, Stiftungen oder Firmen.

Inklusionsfirmen 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.

Diese Unternehmen sind überwiegend im handwerklichen Bereich und im Dienstleistungssektor aktiv. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen gibt es in Deutschland über 600 Inklusionsfirmen in den verschiedensten Branchen: von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen. Die Inklusionsziele 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 Inklusionsfirmen findet man bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen im Internet 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 für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten für weniger als 20 Wochenarbeitsstunden und passen ihre Anforderungen mit folgenden Maßnahmen an die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Betroffenen an: Flexible Arbeitszeiten, Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, bei Bedarf viele Pausen, Rück-

sicht auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle, keine zeitliche Befristung der Beschäftigung (Loslösung von Bewilligungszeiträumen), kein Reha-Druck mit Zielvorgabe: Mitarbeiter können auch „einfach so“ bleiben.

Die Trägerschaft ist ebenso vielfältig wie oben genannt, zum Teil sind die Projekte an Inklusionsfirmen oder Tagesstätten angegliedert. Trotz der flexiblen Vorgaben müssen wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen erbracht werden. Kosten und Gehalt müssen erwirtschaftet werden, die Qualität der Arbeit muss stimmen und die Entlohnung ist abhängig von der Arbeitsleistung.

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. Tagesstätten sind nicht auf Verdienst ausgerichtet, sondern auf den Aufbau einer Tagesstruktur.

Typische Angebote und Hilfen einer Tagesstätte sind z.B. gemeinsames Mittagessen, Förderung sozialer Kontakte, Kreativkurse oder -arbeit mit Farben, Holz oder Ton, Musik, Förderung persönlicher Interessen, Anleitung bei Dingen des alltäglichen Lebens, kognitive Arbeit, Entspannung und Bewegung, Ausflüge und Ferienfreizeiten, aber auch Unterstützung bei Behörden- und Wohnungsangelegenheiten.

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

Wer hilft weiter?

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

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für eine vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Dazu zählen auch psychotische Störungen. 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

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

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden. **Ausnahmen** werden lediglich gemacht, wenn der Patient am betreffenden Tag nicht handlungs- oder geschäftsfähig (siehe S. 67) ist, z.B. bei einer akuten Psychose.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber

berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

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

Praxistipps!

- In einer Akutphase kann die Gefahr bestehen, dass der Betroffene der Arbeit fernbleibt, ohne beim Arzt eine Krankmeldung (= AU-Bescheinigung) zu besorgen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei einer akuten Psychose in der Regel die Krankheitseinsicht des Patienten fehlt. Angehörige können hier helfen, indem sie 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 S. 25).
- Wenn einem Arbeitnehmer gekündigt wird, endet die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse. Er muss sich dann rechtzeitig um seinen Krankenversicherungsschutz kümmern.

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. Erfolgt die Erkrankung während der Arbeit, beginnt die Entgeltfortzahlung ab dem nächsten Tag.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung 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
- Mutmaßliche Provisionen

- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen

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



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** die Zeit überbrückt.
- 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“.



Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht. Gesetzlich versicherte Patienten mit Psychosen, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse. Bei den Angehörigen des Betroffenen ist, besonders in der Akutphase einer Psychose, eine erhöhte Wachsamkeit beim Auslaufen des Krankengelds und der damit verbundenen Gefahr des Verlusts des Krankenversicherungsschutzes erforderlich

Voraussetzungen

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit
- 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**.

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 53)

- 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
- Versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung). **Ausnahme:** Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind

Selbstständige

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**.

Beginn des Anspruchs

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



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. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.
- maximal 103,25 € täglich.

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

Bemessungszeitraum

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

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 103,25 €** täglich betragen.

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

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue

Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

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



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). 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 bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 33) umwandelt.



Praxistipps!

- Wichtig ist, dass der Betroffene alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält. Nur sehr selten wird es gelingen, eine abgelaufene Frist mit dem Hinweis auf eine akute psychotische Episode zu verlängern.
- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 31).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tage der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger rechnen dann direkt miteinander ab. Das Krankengeld wird in diesem Fall nicht vom Versicherten zurückgefordert. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger.

War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, muss der Betroffene folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 33) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation 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. 53) 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.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch **nicht** seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen.

Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.

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.

Für Menschen, die ab 2018 **erstmalig** Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit soll schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben werden. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

Diese Erhöhung gilt **nicht** für Menschen, die bereits vor 2018 den Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben.

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.

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



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 mit Psychosen, 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 unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente
oder
dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente),
oder
Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen
und
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt.
und
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

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 Mehrbedarfzuschlag, 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 psychotische Patienten, 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. 33).

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). Sozialhilfeleistungen müssen immer beim Sozialamt beantragt werden.

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 der Therapie von Psychosen sind aufgrund eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes verschiedene medizinische Leistungen erforderlich. Volljährige Patienten müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen, wie Medikamente und soziotherapeutische Betreuung, Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Ergotherapie (siehe S. 14). 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. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

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. 11).

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 die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 55). Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. 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 dem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein **Freibetrag** abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

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 (Elterngeld-Plus) 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, Landesblindengeld
- 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): 5.481 €
----- minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
----- davon 2 % = Belastungsgrenze: 193,26 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € 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 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Betroffene 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 Menschen

Wiederkehrende psychotische Ausbrüche haben meist regelmäßige Besuche beim Arzt sowie eine vermehrte Einnahme von Medikamenten zur Folge. Für chronisch kranke Psychose-Patienten gilt daher eine reduzierte Belastungsgrenze. Diese ist bereits erreicht, 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 ein 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 Gebärmutterhals-, Brust- oder Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, 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 von Menschen mit Psychosen zielt auf die **Gesundung und/oder den Erhalt** von wichtigen Alltagsfunktionen wie soziale Kontakte, eigene Lebensführung oder berufliche Aktivität ab. Die Auswahl von Reha-Maßnahmen ist fallbezogen und muss sich immer am Patienten und dessen individuellen Bedürfnissen orientieren. Eine positive Prognose hängt davon ab, zu welchem Zeitpunkt eine geeignete Behandlung begonnen wird und in welchem Kontext diese stehen soll. Wichtig ist hier der Typ der Psychose, z.B. fordert eine organische Erkrankung ein anderes Reha-Konzept als eine psychische.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass 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 zählt z.B. die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 50).
- **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. 53), Haushaltshilfe (siehe S. 55), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe zählen Unterstützungsleistungen wie die Elternassistenz oder Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Beseitigung von Stolperfallen). Ebenso erhalten Betroffene Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

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, und wenn die versi-

cherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische und Berufliche Rehabilitationsleistungen erfüllt sind.

- **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.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Fall einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger **unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit** zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und

Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.integrationsaemter.de > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.

Wer hilft weiter?

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

Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

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

Die RPK ist besonders für jüngere Menschen geeignet, die an einer schweren Psychose leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben stark beeinträchtigt sind. Für den psychotischen Patienten wird, orientiert an seinem persönlichen Bedarf, ein Hilfeplan erstellt.

Besonders soziotherapeutische, berufsfördernde und stabilisierende Maßnahmen stehen neben einer medizinisch-psychiatrischen Therapie im Fokus. Durch die enge Verzahnung aller dieser Leistungen kann auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit sehr individuell eingegangen werden.

Praxistipp!

Angebote und Einrichtungen der RPK sind regional unterschiedlich. 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 > Standorte 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 > unten „Downloads“ kostenlos heruntergeladen werden.

Leistungen der Medizinischen Rehabilitation

Eine Medizinische Rehabilitation umfasst etablierte psychiatrische Therapiemodule wie Psychoedukation, Psychotherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und/oder Kreativtherapie. Diese Therapien können auch im Vorfeld der Reha-Maßnahme beginnen, um die folgende psychische Rehabilitation zu stützen. Für Betroffene mit einer Schizophrenie stehen zudem spezielle rehabilitative Ansätze zur Verfügung, die das „Ich“ stärken und helfen können, das Leben wieder zu strukturieren.

Leistungen

Die Medizinische Reha 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

Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen

Für ambulante Reha-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen gibt es spezielle Rahmenempfehlungen. Vereinfacht besagen sie, dass eine ambulante Reha dann übernommen wird, wenn einerseits eine psychiatrische und/oder medikamentöse Behandlung zu wenig intensiv ist, andererseits der Psychose-Patient aber stabil und aktiv genug ist, eine tägliche Therapie durchzuhalten.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Betroffene wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4-6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

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

Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Psychose-Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt. Ein stationärer Aufenthalt kann dem Betroffenen helfen „zurück ins Leben“ zu finden und seinen Alltag besser zu bewältigen.

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Antrag

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Erkennt dieser die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie verordnen: mit Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“, das er an die Krankenkasse schickt.

Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Es ist sinnvoll dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Betroffene eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

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.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Psychose-Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.



Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Volljährige 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. 38).

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem 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 1.219 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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



Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Stationäre und ambulante Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer stationären oder ambulanten Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 55) gewährt werden.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Patienten mit einer Psychose 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 Betroffene 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 zuständig. 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 vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit vor
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer (siehe S. 57) 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. 53) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 31). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



Praxistipp!

Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient zusammen den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden psychotischen Störung kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten 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. Eine Berufliche Reha ist meist ein längerer Prozess und hat neben der Eignungsprüfung für einen Beruf die Reintegration des Psychose-Patienten in den ersten Arbeitsmarkt im Fokus.

Im Rahmen der beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z.B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder selbstständigen Tätigkeit

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 Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- **Berufsfindung und Arbeitserprobung.**
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen.**
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**, soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen.
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung ansonsten ge-

fährdet wäre.

- **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.
- **Wohnungshilfen**, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsorts erforderlich sind.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten geleistet, z.B.: Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- Bis zu 4 Wochen, maximal 3 Monaten in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
- Bis zu 2 Jahren im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Übernahme weiterer Kosten

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

Die Rehaträger können Berufliche Rehaleistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. 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 Behinderungen.

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.



Praxistipp!

Zum 1.1.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. anderen Leistungsanbietern eine Alternative zu den WfbM geschaffen. Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind. Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der „Unabhängigen Teilhabeberatung“ nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z.B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen. Näheres unter www.teilhabeberatung.de.



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherung. 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 von Patienten mit psychotischen Störungen 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

- Bei Erhalt von Leistungen zur Prävention
- Bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge
- Während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird

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

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 Behinderungen.
- Menschen mit Behinderungen, 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.

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 Übergangsgeld 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.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträger und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Beruflicher Reha, Krankenhausbehandlung, Entbindung, Schwangerschaftsbeschwerden, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Vorsorgeleistungen 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.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ zu erhalten.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und der 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 Verschwägerte 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. 39).

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Eine schwere psychotische Erkrankung kann dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. Nachteilsausgleiche.

Definition

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50.

Gleichstellung

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

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

Der Antrag 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 bei Psychosen

Der GdB ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines gesundheitlichen Problems. Der GdB wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

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

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

GdB und GdS haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Sie werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal), während der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezogen ist. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

Gemäß den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen richtet sich die Zuordnung des GdB bei schizophrenen und affektiven Psychosen 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.

Schwerbehindertenausweis

Bei schweren Psychosen, zu denen auch die Schizophrenien zählen, richtet sich der GdB/GdS nach der Dauer der Akutphasen und nach dem Maß der sozialen Einschränkungen. Es ist in jedem einzelnen Fall abzuwägen, ob die Anerkennung als schwerbehindert eine Stigmatisierung und/oder Belastung darstellt, die für den Patienten zusätzliche Probleme bereiten kann, oder ob die Anerkennung hilfreich ist, weil dadurch Leistungen in Anspruch genommen werden können, die nur schwerbehinderten Menschen offenstehen, z.B. in Zusammenhang mit der beruflichen Integration. Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Psychose-Patienten. 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 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 Behinderungen soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

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

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können Sie im Internet downloaden unter www.betanet.de > Suchbegriff: Nachteilsausgleiche.
- Näheres 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 Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911-006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen **Servicestellen** (www.reha-servicestellen.de) sowie die **Unabhängige Teilhabeberatung** unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Angehörige und Bezugspersonen

Bei psychotischen Störungen sind die Angehörigen in besonderer Weise mitbetroffen. Die Diagnose stellt eine Belastung für das ganze familiäre Umfeld dar. Gleichzeitig ist die soziale Unterstützung der Familie eine wichtige Komponente für die Gesundung des Betroffenen. Es ist ratsam, dass auch die Angehörigen professionelle Hilfe, wie der Besuch von Psychoseseminaren und Selbsthilfe, für sich in Anspruch nehmen.

Wenn ein Familienmitglied an einer Psychose leidet, ist die Unterstützung von Angehörigen und Bezugspersonen grundsätzlich in allen Phasen der Erkrankung wichtig. Da die Realitätswahrnehmung des Betroffenen sich krankhaft verschiebt, benötigt der Patient umso mehr den gewohnten sozialen Kontakt.

Umgang mit dem Betroffenen

Wichtig ist, dass ein Angehöriger mit psychotischen Störungen weiterhin und ganz bewusst in Familienangelegenheiten einbezogen sein sollte. Selbst wenn sich dieser aufgrund seiner Krankheit merkwürdig verhält, also z.B. Stimmen hört oder sich verfolgt fühlt. Es ist sehr wichtig, dass der Betroffene seine Meinung zu Themen äußert, die für ihn von Belang sind. Aussagen wie „das bildest du dir nur ein“ oder Schuldzuweisungen sollten gegenüber dem Betroffenen vermieden werden, da in seinen Augen diese Erlebnisse real sind. Versucht werden sollte für den Betroffenen da zu sein und ihm zuzuhören. Wichtig ist auch der regelmäßige Kontakt zu dem zuständigen Arzt.

Hilfreich für den Betroffenen 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 Unterstützungsbereiche sind Hygiene und Aufgaben im Haushalt. Ziel muss sein, trotz der Psychose eine weitgehende Selbstständigkeit zu erhalten und eine Tagesstruktur wiederzuerlangen.

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.

Achtsamkeit auf sich selbst

Die eigenen Interessen und Gewohnheiten der Angehörigen sollten aber nicht völlig aufgegeben werden. Eine übertriebene Rücksichtnahme kann die Orientierung für alle erschweren und dazu führen, dass diese bald ihrerseits überfordert sind. Die besondere Schutzbedürftigkeit des Betroffenen darf keine Selbstaufgabe der Angehörigen zur Folge haben. Angehörige sind oft versucht, dem Betroffenen alles abzunehmen. Dies kann jedoch die Minussymptomatik (z.B. verminderte Aufmerksamkeit, Sprachverarmung, Gemütsverflachung oder Interessenschwund, siehe S. 7) verstärken.

Unterstützung bieten Selbsthilfegruppen für Angehörige, in denen diese sich austauschen, ihre Probleme erörtern und gemeinsam nach besseren Bewältigungsstrategien suchen können. Dadurch werden Angehörige entlastet und finden mehr Ruhe und Gelassenheit im Umgang mit dem Patienten.

Wer hilft weiter?

Adressen vermitteln der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker und andere Selbsthilfeverbände (siehe S. 75).

Eine Sonderform der Selbsthilfe sind „trialogische“ Informations-, Aufklärungs- und Austauschprojekte. Daran sind drei Gruppen beteiligt: Angehörige, Fachleute von Berufs wegen und Psychose-Erfahrene (siehe S. 15). Adressen finden sich z.B. bei www.trialog-psychoseseminar.de.

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).

Wohnen

Einen Rückzugsraum zu haben, in eine soziale Gemeinschaft eingebunden zu sein, alltägliche Pflichten wie Putzen oder Kochen sowie eine Tagesstruktur zu haben und Selbstständigkeit zu gewinnen – das sind für 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 (siehe S. 18) 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 bereitstellen 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 behinderte Menschen oder Inklusionsfirmen (siehe S. 21) 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: In einem 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** (siehe S. 16).

- **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 heimumabhängigen 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. 16) gewährleistet sein. Dem Betroffenen sollte ermöglicht werden, eine Balance zwischen Rückzug und Teilnahme am Familienleben zu finden. Dazu sollten ihm räumliche Rückzugsmöglichkeiten gegeben werden.

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. Dieser Zuschuss wird entweder als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung gewährt. 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), und Leistungen, bei denen bereits Kosten für Miete und Heizung im Rahmen der Sozialhilfe berücksichtigt und abgedeckt worden sind.

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:

- Bei einem GdB von 100
- Bei GdB mindestens 50 und Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege/Kurzzeitpflege



Praxistipps!

- 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.
- Familien, die Wohngeld erhalten, haben für ihre Kinder Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe, das sog. Bildungspaket. Darunter fallen z.B. die tatsächlichen Kosten für eintägige und mehrtägige Kita- und Schulausflüge, ein Zuschuss von 100 € im Jahr für den persönlichen Schulbedarf oder ein Zuschuss für die Mittagsverpflegung in Kindertagesstätte oder Schule. Nähere Informationen unter www.familien-wegweiser.de > Familienthemen A-Z > Stichwort „Bildung und Teilhabe“ oder www.bmas.de > Suchwort „Bildungspaket“.
- Zum 1.1.2016 wurde das Wohngeld erhöht. Die Auswirkungen sind individuell und regional sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt gibt es eine Erhöhung um 36 %. Ein Zweipersonenhaushalt erhält durchschnittlich 186 €.



Wer hilft weiter?

Der Antrag auf Wohngeld erfolgt bei der örtlichen Wohngeldstelle, die zudem weitere Auskünfte erteilt. Hier können auch die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden. Die Stadt- oder Gemeindeverwaltung des Wohnorts nennt die zuständige Stelle bzw. das zuständige Amt für Wohngeld.

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.

Aufgabenkreise

Aufgabenkreise des Betreuers können u.a. sein:

- Vermögenssorge
 - Alltägliche finanzielle Angelegenheiten, z.B. Mietzahlungen, Begleichung laufender Rechnungen
 - Verwaltung von Vermögen und laufendem Einkommen
 - Antragstellung auf öffentliche Leistungen, wie z.B. Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialhilfe, Renten und andere Sozialleistungen
- 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)

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
- Unterbringung des Betreuten gegen seinen Willen in einer geschlossenen Einrichtung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente

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 Sachverständigen Gutachten 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 ehrenamtliche 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 belegenden 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, Gesundheitsangelegenheiten, 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.
- Nähere Informationen zur Betreuungsverfügung sowie zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bietet der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Informationen zur Betreuungsverfügung geben auch Hausärzte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.



Wer hilft weiter?

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

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

Freiheitsentziehende Maßnahmen

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

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

Unterbringung im Notfall

Die zwangsweise Einweisung zur medizinischen Behandlung in die geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses wird als „Unterbringung“ bezeichnet. Diese ist nur im Notfall zulässig, wenn der Patient sich selbst und/oder andere erheblich gefährdet. Oft ist ein Mensch in einer akuten Psychose 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 (siehe S. 18) 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.



Praxistipps!

- Manche Versicherungsgesellschaften schränken ihre Leistungen ein, wenn es um psychische Erkrankungen geht. Das kann z.B. Versicherungen bei Berufsunfähigkeit oder Reiserücktritt betreffen. Es ist zu empfehlen, die Versicherungsverträge komplett durchzulesen, auch das Kleingedruckte.
- 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 bei Psychosen

Die meisten Menschen wollen selbstständig und mobil sein und deshalb Autofahren. Ob ein Betroffener nach einer schweren psychotischen Krankheitsphase wieder am Straßenverkehr teilnehmen kann ist abhängig von Art und Prognose des Grundleidens.

In der Akutphase einer Psychose darf kein Fahrzeug geführt werden, da die Realitätswahrnehmung des Betroffenen so stark beeinträchtigt ist, dass seine Einschätzung über eine normale Verkehrssituation gestört ist. Nach dem Abklingen der akuten Symptome ist das Führen eines Fahrzeugs unter Umständen wieder möglich:

- **Organisch-psychische Störungen**

Ein Fahrzeug darf wieder geführt werden, wenn das Grundleiden eine positive Beurteilung zulässt und weder Restsymptome noch ein relevantes chronisches, hirnorganisches Psychosyndrom vorliegen. In der Regel sind regelmäßige Nachuntersuchungen erforderlich. Die Zeitabstände legt der Gutachter fest.

- **Schizophrene Psychosen**

Ein Fahrzeug darf wieder geführt werden, wenn keine Störungen (z.B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Bei mehreren psychotischen Episoden sind regelmäßige Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie durchzuführen. **Aber:** Die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen, z.B. in Bussen, sowie das Führen von LKWs ist in der Regel nicht mehr gegeben.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

Der Patient muss grundsätzlich wissen, dass er für die Fahrtüchtigkeit selbst verantwortlich ist. Er muss sich kritisch beobachten, bevor er ein Fahrzeug steuert. Im Zweifel sollte er das Auto lieber stehen lassen. Gerade Psychopharmaka, die eine dämpfende Wirkung haben (z.B. Antipsychotika), können die Reaktionszeit verlängern und somit die Fahrtauglichkeit einschränken.

Autofahrer, die Psychopharmaka einnehmen, sollten auf jeden Fall mit ihrem Arzt besprechen, ob sie mit den verordneten Medikamenten fahrtauglich sind. Auch die Beipackzettel der Medikamente enthalten gegebenenfalls entsprechende Hinweise.



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

- Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU) durchführen.
- Zur persönlichen Beratung kann man sich auch an einen Verkehrspsychologen wenden. Adressen

und Informationen findet man beim Bundesverband Niedergelassener Verkehrspsychologen unter www.bnv.de oder beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Verkehrspsychologie, unter www.bdp-verkehr.de.

Adressen

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wittener Str. 87, 44789 Bochum

Telefon: 0234 68705552 (Mo + Do 10–13 Uhr; Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Vorausverfügungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung)

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

www.bpe-online.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Oppelner Str. 130, 53119 Bonn

Telefon: 0228 71002400

Fax: 0228 71002429

E-Mail: bak@psychiatrie.de

www.bak.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richartzstr. 12, 50667 Köln

Telefon: 0221 27793870

Fax: 0221 27793877

E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

www.dvvp.org

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

Telefon: 0221 511002

Fax: 0221 529903

E-Mail: dgsp@netcologne.de

www.dgsp-ev.de

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Oppelner Str. 130, 53119 Bonn

Telefon: 0228 676740/41

Fax: 0228 676742

E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

www.apk-ev.de

Irre menschlich Hamburg e.V.

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Telefon: 040 741059259

Fax: 040 741055455

E-Mail: info@irremenschlich.de

www.irremenschlich.de

Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS)

Ringstr. 14, 85529 Haar
Telefon: 089 45623788
E-Mail: roswitha.hurtz@kbo.de
www.soteria-netzwerk.de

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

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

Kompetenznetz Schizophrenie

Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Telefon: 0211 9222770
Fax: 0211 9222780
E-Mail: info@kompetenznetz-schizophrenie.de
www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitender Redakteur

Max Glaser

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2018

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.

6. vollständig überarbeitete Auflage, März 2018