

Depression & Soziales



©Maxim Malevich_fotohla.com

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Depression ist eine ernstzunehmende psychische Erkrankung mit vielen Gesichtern. Die Auswirkungen auf den Alltag und die Familie des Betroffenen sind vielfältig und stellen alle vor große Herausforderungen. Neben dem Wissen zu Diagnostik und Behandlung, können Informationen über finanzielle Hilfen und gesetzliche Regelungen den Umgang mit der Krankheit erleichtern.

Der Ratgeber „Depression & Soziales“ richtet sich in erster Linie an Betroffene und ihr Umfeld. Er informiert umfassend zu sozialrechtlichen Themen wie Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Rehabilitation oder Krankenversicherung und gibt praktische Tipps zum Leben mit Depression.

betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare Ratgeber „Depression & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Clemens Troche
Geschäftsführer betapharm

Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter www.betaCare.de.

Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter www.betapharm.de.

Inhalt

Vorwort	2
Depression	5
Ursachen	5
Symptome	6
Schweregrad, Formen und Komorbiditäten	7
Diagnostik	9
Behandlung	10
Leben mit Depression	23
Angehörige und Freunde	23
Gesunder Lebensstil	25
Urlaub	29
Autofahren	31
Arbeit	32
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	35
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	36
Krankengeld	38
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	45
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	47
Zuzahlungsregelungen	47
Zuzahlungsbefreiung	49
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	52
Rehabilitation	55
Überblick über Reha-Leistungen	55
Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	58
Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen	59
Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen	60
Stufenweise Wiedereingliederung	63
Berufliche Reha-Maßnahmen	65
Übergangsgeld	67
Haushaltshilfe	70
Behinderung	73
Grad der Behinderung bei Depressionen	74
Schwerbehindertenausweis	75
Nachteilsausgleiche	77
Erwerbsminderungsrente	79
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	81
Hilfe zum Lebensunterhalt	83

Gesetzliche Betreuung	85
Voraussetzungen	85
Auswahl des Betreuers	86
Umfang der Betreuung	87
Adressen	89
Impressum	91

Depression

Die Depression ist eine psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome darin bestehen, dass die Stimmung, das Interesse sowie der Antrieb krankhaft vermindert sind. Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild der Depression, sie reicht von leichten depressiven Verstimmungen bis hin zu schweren Verlaufsformen.

Als Auslöser wird eine Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Faktoren angenommen. Häufig verbunden mit einer Depression sind körperliche und zusätzliche psychische Beschwerden. Bei den meisten Patienten kann die Depression durch Medikamente und Psychotherapien erfolgreich behandelt oder geheilt werden.

Ursachen

Depressionen können viele Ursachen haben. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenkommen müssen, bevor eine depressive Erkrankung entsteht.

Folgende Faktoren können dazu beitragen, dass eine Depression ausgelöst wird:

- **Genetische Vorbelastung**

In Zwillingsstudien wurde nachgewiesen, dass eine genetische Vorbelastung das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen kann. Das heißt, wenn bereits depressive Erkrankungen in der Familie gehäuft auftraten oder erblich bedingt eine hohe seelische Anfälligkeit für psychische Krankheiten besteht.

- **Körperliche Erkrankungen**

Eine Depression kann Folge einer Krebserkrankung oder einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems sein.

- **Ungleichgewicht zwischen den Botenstoffen**

Depressive Menschen haben in der Regel einen Mangel an Serotonin und Noradrenalin. Das sind chemische Botenstoffe (Neurotransmitter), die elektrochemische Nervensignale von einer Nervenzelle an die andere übermitteln. Auf diese Weise werden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen gesteuert. Man geht davon aus, dass eine fehlerhafte Stressbewältigung bzw. Stressreaktion dieses Ungleichgewicht begünstigen kann.

- **Anhaltende seelische Belastungen**

Häufig sind das sehr belastende Lebensereignisse, z. B. der Verlust von nahestehenden Menschen, Scheidung, Einsamkeit, andauernde berufliche oder familiäre Überlastung, fehlende soziale Unterstützung, Gewalterfahrungen oder Arbeitslosigkeit.

- **Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit**

Auch der schädliche Gebrauch von Genussmitteln oder Medikamenten kann eine Depression hervorrufen.

- **Lichtmangel**

Zu wenig Licht wird als die Hauptursache der Winterdepression vermutet.

Symptome

Eine Depression kann sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern. Gemäß der 10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) müssen für die Diagnose Depression mindestens 2 Hauptsymptome und mindestens 2 Zusatzsymptome über 2 Wochen auftreten. Nicht zu verwechseln ist eine krankhafte Depression mit vorübergehenden Phasen gesunder Trauer, da diese eine normale körperliche Reaktion auf einen Schicksalsschlag darstellt und nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt.

Hauptsymptome

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

- **Depressive, gedrückte Stimmung**

Eine depressive, gedrückte Stimmung kann sich in Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung äußern. Auch ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“, das bedeutet, dass man sich weder über positive Ereignisse freuen noch Trauer empfinden kann, ist möglich. Das Gefühl, durch jede Anforderung, z. B. in sozialen Kontakten, überfordert zu sein, ist nicht selten. Zudem tritt häufig ein ausgeprägtes Morgentief auf.

- **Interessenverlust und Freudlosigkeit**

Es werden weniger Aktivitäten ausgeübt als früher. Der Interessenverlust kann alle Alltagsbereiche betreffen, z. B. Haushalt, Körperpflege, Berufstätigkeit, aber auch bisher als erfreulich und anregend empfundene Hobbys und Freizeitaktivitäten.

- **Verminderung des Antriebs mit erhöhter Müdigkeit und Aktivitätseinschränkung**

Die Betroffenen fühlen sich energielos und kaum mehr belastbar und sind bereits durch Alltagsaktivitäten, z. B. putzen, kochen, essen und sich waschen, erschöpft.

Zusatzsymptome

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

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Selbstmordneigung (Suizidalität), Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Viele Patienten klagen beim Arztbesuch zuerst über körperliche Beschwerden, die sich daraufhin als Symptome einer depressiven Störung erweisen, dazu zählen:

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

Schweregrad, Formen und Komorbiditäten

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild einer Depression. Oft geht eine Depression mit anderen psychischen Erkrankungen einher. Die Bandbreite reicht von leichten depressiven Gemütsschwankungen bis hin zu schweren Verlaufsformen, die mit Wahnvorstellungen und Suizidgedanken verbunden sein können. Depressive Störungen lassen sich nach Schweregrad, Verlauf und Dauer klassifizieren.

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

- **Leichte Depression:** 2 Hauptsymptome, 2 Zusatzsymptome
- **Mittelgradige Depression:** 2 Hauptsymptome, 3–4 Zusatzsymptome
- **Schwere Depression:** 3 Hauptsymptome, mehr als 4 Zusatzsymptome

Die Fachwelt spricht bei Depressionen auch von „affektiven Störungen“. Gemäß der ICD-10 werden Depressionen in folgende Kategorien eingeteilt:

- **Depressive Episode**
Als depressive Episode bezeichnet man eine einzelne depressive Phase, die mindestens 2 Wochen andauert. Hält eine Episode länger als 2 Jahre an, spricht man von einer **chronischen Depression**.

Schweregrad

Formen

- **Rezidivierende depressive Störungen**

Treten die depressiven Episoden wiederholt auf, spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung. Bei mehr als der Hälfte der Erst-erkrankungen kommt es im Laufe der Zeit zu einer erneuten Erkrankung (Rezidiv). Zwischen 2 depressiven Episoden können Jahre vergehen, sie können aber auch innerhalb eines kurzen Zeitraums gehäuft auftreten.

- **Dysthymia**

Die Dysthymia zählt zu den anhaltenden depressiven Störungen, welche durch eine mindestens 2 Jahre andauernde leichte depressive Verstimmung charakterisiert ist. Dysthymien beginnen bereits im Jugendalter und es kann zu einer Chronifizierung der Symptome kommen. In manchen Fällen kommt es zum zusätzlichen Auftreten einer depressiven Episode (Doppeldepression).

- **Rezidivierende kurze depressive Störungen**

Es handelt sich hierbei um eine depressive Episode, die weniger als 2 Wochen andauert. Meist dauert diese Episode nur wenige Tage, sie tritt aber häufig wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr auf.

- **Sonderformen der Depression**

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

Zusätzlich zu einer Depression treten häufig folgende verschiedene psychische Beschwerden, sog. Komorbiditäten, auf:

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

Diagnostik

Es ist nicht immer einfach eine Depression zu erkennen, da die Symptomatik vielfältig ist und die Betroffenen ihre Beschwerden nicht immer mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen. Zudem hat nicht jeder, der einzelne depressive Symptome aufweist, die Diagnose „Depression“ im Sinne einer Krankheit.

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

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

Ob es sich tatsächlich um eine Depression mit Krankheitswert handelt, muss der Arzt oder Psychotherapeut in einem ausführlichen Gespräch herausfinden. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Krankheitsgeschichte des Patienten, einer möglichen Suizidalität oder Medikamenteneinnahme sowie dem Ausschluss von anderen seelischen Erkrankungen wie Demenz.

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

Beispiele für solche Fragebögen sind:

- Der „Zwei-Fragen-Test“ soll eine schnelle Erfassung einer depressiven Störung ermöglichen. Werden die zwei Fragen mit „Ja“ beantwortet, muss nach weiteren Haupt- und Zusatzsymptomen gefragt werden.
Die beiden Fragen lauten:
 - Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
 - Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Ein weiteres Testinstrument ist die **Allgemeine Depressionsskala (ADS)**, welche mit Hilfe von verschiedenen Fragen die Präsenz und Dauer der folgenden Beeinträchtigungen erfragt:
Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verunsicherung, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Selbstabwertung, Angst, Weinen, Rückzug, motorische Hemmung und körperliche Beschwerden.
- Ein international anerkanntes Testverfahren zur ersten Aufdeckung von Symptomen depressiver Verstimmungen ist der **WHO-5-Fragebogen**. Dieser soll mit Hilfe von 5 verschiedenen Fragen das allgemeine Wohlbefinden bzw. die allgemeine Lebensqualität erfassen.

Befragung zum Gesundheitszustand (Anamnese)

Körperliche Untersuchung

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

Behandlung

Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit und die Unfähigkeit, aktiv zu sein, nicht willentlich beeinflussen. Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen, damit geklärt wird, ob eine Behandlung hilfreich wäre.

Die meisten Depressionen können durch eine Behandlung mit Medikamenten und einer Psychotherapie geheilt werden. Bei sehr schweren Depressionen kann auch ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erforderlich sein.

Behandlungs- notwendigkeit

Verschiedenen Schätzungen zufolge wird nur etwa die Hälfte der Depressionen richtig diagnostiziert und angemessen behandelt. Eine Ursache dafür ist, dass psychische Erkrankungen in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer stigmatisiert sind und nicht als „richtige“ Erkrankungen anerkannt werden. Das führt unter anderem dazu, dass Patienten bevorzugt körperliche Symptome schildern.

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

Ein weiteres Problem ist, dass die Verfügbarkeit von Fachärzten/Psychotherapeuten regional sehr unterschiedlich ist.

Die Krankheit wird mit verschiedenen Therapieansätzen behandelt. Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den am besten behandelbaren psychischen Erkrankungen zählen.



Der Faktencheck Gesundheit Depression der Bertelsmann Stiftung bietet online Informationen und Entscheidungshilfen auf dem Weg zur angemessenen Behandlung: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de>.

Die **medikamentöse** Behandlung wird in der Regel bei mittelgradigen und schweren Depressionen empfohlen. Medikamente, die gegen Depressionen wirken, werden **Antidepressiva** genannt. Allen Antidepressiva ist gemeinsam, dass sie chemisch in den Hirnstoffwechsel eingreifen und vor allem die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, die in engem Zusammenhang mit der Depression stehen, beeinflussen. Die Medikamente unterscheiden sich im Wesentlichen darin, an welcher Stelle sie im Hirnstoffwechsel ansetzen und welche Nebenwirkungen sie haben. Antidepressiva sind keine Beruhigungsmittel, sie machen nicht abhängig.

Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit zwischen Betroffenenem und behandelndem Arzt ermöglicht die Auswahl des richtigen Medikaments und aller weiteren Therapieschritte. Besonders am Anfang der Therapie wird der Arzt mehrmals nachfragen, wie das Medikament anschlägt, welche Nebenwirkungen auftreten und was sich in Bezug auf Schlaf, Antrieb etc. verändert.

Folgende Substanzklassen werden bei depressiven Erkrankungen eingesetzt:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)**
SSRI hemmen die Wiederaufnahme des Botenstoffs Serotonin in die Nervenendigungen (Präsynapse) und erhöhen dadurch die Konzentration von Serotonin im Spalt zwischen 2 Nervenzellen (Synaptischer Spalt).
Beispiele sind Escitalopram, Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin.
- **Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)**
Die Wirkungsweise ist ähnlich wie bei den SSRI. Neben dem Botenstoff Serotonin wird hier auch die Konzentration von Noradrenalin erhöht.
Beispiele sind Venlafaxin und Duloxetin.
- **Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)**
Auch TZA wirken ähnlich wie SSRI. Da TZA nicht gezielt (nicht selektiv) auf Serotonin und Noradrenalin wirken, sondern auch die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe blockieren, werden sie auch Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer genannt. Damit erzeugen sie auch mehr Nebenwirkungen. Beispiele sind Amitriptylin, Desipramin oder Doxepin.
- **Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)**
Die Monoaminoxidase (MAO) ist ein Eiweißstoff (Enzym), der den Abbau von Serotonin und Noradrenalin bewirkt. MAO-Hemmer verhindern, dass dieses Enzym wirksam werden kann. Diese Botenstoffe werden dann weniger stark abgebaut. Beispiele sind Moclobemid oder Tranylcypromin.
- **Alpha-2-Rezeptorantagonisten**
Alpha-2-Antagonisten verhindern, dass Stoffe, die die Bildung von Serotonin und Noradrenalin hemmen, wirksam werden können. Sie verstärken daher auf indirektem Weg die Wirkung der Botenstoffe. Beispiele sind Mianserin oder Mirtazapin.

- **Selektive Noradrenalin–Dopamin–Wiederaufnahmeemmer (Bupropion)**
Der Wirkstoff Bupropion hemmt die Rückaufnahme der Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin. Dadurch wird die Konzentration dieser Botenstoffe in bestimmten Hirnregionen erhöht.
- **Melatonin–Rezeptor–Agonist und Serotonin–5–HT2C–Rezeptor–Antagonist (Agomelatin)**
Der Wirkstoff Agomelatin ahmt die Wirkung des Hormons Melatonin nach, welches für den Tag–Nacht–Rhythmus verantwortlich ist. Melatonin hat schlaffördernde Eigenschaften. Melatonin–Rezeptor–Agonisten binden Melatonin an Melatonin–Rezeptoren.
- **Lithium**
Lithium ist ein in der Natur vorkommendes Salz, das die Wirkung von Antidepressiva verstärkt. Es gehört nicht direkt zu den Antidepressiva, sondern zu jenen Medikamenten, die die Stimmung stabilisieren.
- **Johanniskraut**
Für Johanniskraut gibt es Studienhinweise zur Wirksamkeit bei leichter und mittelschwerer Depression. Johanniskrautpräparate sind in Apotheken frei erhältlich. Da Johanniskraut die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen kann, sollte die Einnahme mit dem Arzt besprochen werden.

Allgemeine Hinweise zur Einnahme von Antidepressiva:

- Für die **Auswahl** des Antidepressivums gibt es keine einheitliche Regel, da es nicht möglich ist, verlässlich vorauszusagen, ob und wann ein bestimmter Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum ansprechen wird. Nicht selten sind mehrere Anläufe notwendig bis das individuell passende Medikament gefunden wird.
- Bei der Einnahme von Antidepressiva sollte mit einer **niedrigen „Anfangsdosis“** begonnen werden und erst bei fehlender Besserung eine höhere Dosis genommen werden.
- Da die Nebenwirkungen oftmals vor der gewünschten Wirkung auftreten und sich auch die Symptome zunächst verstärken, muss die erste Zeit zunächst überwunden werden, bis eine Besserung eintritt. Die Wirkung der Antidepressiva setzt erst **nach ca. 1–3 Wochen** ein.
- Antidepressiva verschaffen meist eine Linderung der Symptome und können auch zu einer Heilung der Krankheit führen. Dazu müssen sie jedoch **regelmäßig und über einen längeren Zeitraum** eingenommen werden. Antidepressiva sollen **mindestens 4–9 Monate nach Besserung der Symptomatik** weiter eingenommen werden. Bei rezidivierenden Episoden wird eine Einnahme von mindestens 2 Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen.
- Eine Therapie mit Antidepressiva sollte **nicht abrupt**, sondern schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen beendet werden. Auch die Dosis sollte nicht verändert werden, selbst wenn es zu einer Besserung kommt. Es besteht sonst die Gefahr eines Rückfalls.

Erwachsene Patienten müssen für viele Medikamente **Zuzahlungen** in Höhe von 10% des Abgabepreises bezahlen, mindestens 5 € und höchstens 10 € (umgangssprachlich oft als „Rezeptgebühr“ bezeichnet). Manche Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Näheres auf S. 49.

Zuzahlung

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 sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig kann sie helfen, Ursachen und/oder Auslösern für Depressionen auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu entschärfen. Für den Erfolg einer Therapie ist es besonders wichtig, dass der Patient ernsthaft dazu bereit ist, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen und an deren Bewältigung aktiv mitzuarbeiten.

Psychotherapie

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen im Sinne einer Krankenbehandlung. Psychotherapie ist vor allem bei leichten und mittelschweren Depressionen eine erfolgreiche Behandlungsmethode. Für eine Psychotherapie ist eine Überweisung durch einen Arzt nicht erforderlich.

Es ist möglich, 2–4 **Probestunden** (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Probatorische Sitzungen

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

Für einen Laien ist die Vielfalt der ärztlichen Begrifflichkeiten verwirrend. Nachfolgend eine Kurzübersicht – wobei immer bedacht werden muss, dass die individuelle Erfahrung und Schwerpunktlegung der Ärzte und Therapeuten sehr wichtig ist:

Fachärzte und Psychotherapeuten

- **Neurologe**
Ein studierter Mediziner mit Facharztausbildung Nerven und Gehirn, eher physisch, naturwissenschaftlich orientiert.
- **Psychiater**
Ein studierter Mediziner mit Facharztausbildung Psyche, also Verhalten, Gefühle, Seelisches.

- **Nervenarzt**
Ein studierter Mediziner mit beiden eben genannten Facharztausbildungen, Neurologie und Psychiatrie.
- **Psychotherapeut**
Ein studierter Mediziner oder Psychologe mit einer mehrjährigen Zusatzausbildung als Psychotherapeut.
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**
Ein studierter Mediziner, Psychologe oder (Sozial-)Pädagoge mit einer mehrjährigen Zusatzausbildung als Psychotherapeut.
- **Psychologe**
Ein Wissenschaftler oder Fachmann, der Psychologie studiert hat und nicht automatisch therapieren darf.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die **psychotherapeutische Sprechstunde** bietet einen **schnellen Zugang** zu einem Psychotherapeuten und dient der Abklärung, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen, Kinder und Jugendliche höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Voraussetzung für eine weitere Therapie ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Eine **psychotherapeutische Akutbehandlung** findet im Anschluss an eine Sprechstunde statt. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen 2 probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

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

- **Analytische Psychotherapie (Psychoanalyse)**
Psychoanalytisch begründete Verfahren gehen davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der Psychoanalyse ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens, in den Bereichen, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalytischen Therapie entwickelt. Ziel ist es, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.
- **Verhaltenstherapie**
Verhaltenstherapeutische Verfahren arbeiten über das bewusste Denken, Fühlen und Handeln, um Erkenntnisse und Veränderungen zu erreichen. Dieses Verfahren geht davon aus, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Sie setzen in der Gegenwart an, um die Zukunft zu beeinflussen. Die **kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** ist das am besten untersuchte Verfahren für eine Depression. In dieser Therapie wird Patienten beigebracht negative Denkweisen wie z. B. „alle anderen sind klüger als ich“ zu verändern. Dies soll positiver auf die aktuelle Stimmung und das künftige Verhalten wirken.

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

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.

Dauer

Der Umfang einer Psychotherapie ist abhängig vom jeweiligen Verfahren:

- **Kurzzeittherapie**
Bis zu 12 Stunden.
- **Analytische Psychotherapie**
Bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 300 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis 80, in besonderen Fällen bis 150 Doppelstunden.

- **Verhaltenstherapie**
60, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, als Einzel- oder Gruppentherapie.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
60, in besonderen Fällen bis 100 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis 60, in besonderen Fällen bis 80 Doppelstunden.
- **Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen**
Bis 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- **Analytisch und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern**
70, in besonderen Fällen bis 150 Stunden. Bei Gruppenbehandlung bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.
- **Analytisch und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Jugendlichen**
90, in besonderen Fällen bis 180 Stunden. Bei Gruppenbehandlungen bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.

Einzel- und Gruppentherapie können bei Erwachsenen auch kombiniert werden.

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

Suche des Psychotherapeuten

Psychotherapeuten können z. B. unter folgenden Adressen gesucht werden:

- **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 > 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 dauern. 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/service/therapeutensuche.html.
- **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“.

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.

Antragsverfahren



Praxistipps!

- Es gibt von der Verbraucherzentrale (Bundesverband) einen kostenpflichtigen Ratgeber „Psychotherapie“. Dieser kann unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de > Stichwort „Psychotherapie“ bestellt werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Psychotherapie sog. Psychotherapie-Richtlinien erstellt. Download unter www.g-ba.de > Richtlinien > Psychotherapie-Richtlinie.
- Ein kostenloses und anonymes psychologisches Erstgespräch bietet das Online-Portal www.mentavio.com. Patienten haben dort zudem die Möglichkeit eine regelmäßige psychologische Beratung kostenpflichtig zu erhalten.
- **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.

Weitere Therapieansätze sind:

- **Elektrokrampftherapie (EKT)**

Die Elektrokrampftherapie, auch elektrokonvulsive Therapie genannt, ist ein Verfahren, bei dem durch kurze Stromimpulse auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst wird. Der Strom wird über Elektroden, die außen am Kopf angebracht werden, übertragen. Der Eingriff wird unter Kurznarkose durchgeführt. Während der Akutbehandlung wird der Eingriff etwa 2 bis 3 Mal pro Woche vorgenommen (ca. 10 Einzelbehandlungen). In der Regel tritt nach 2 bis 4 Wochen eine Besserung ein. Da die Rückfallrate hoch ist, sollte sich an die Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen. Die Behandlungen erfolgen dann viel seltener, ca. 1 Mal pro Woche oder Monat.

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

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

- **Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)**

Bei der Wachtherapie darf der Patient eine ganze Nacht (vollständiger Schlafentzug) bzw. nur die zweite Nachthälfte (teilweiser Schlafentzug) sowie den darauf folgenden Tag nicht schlafen. Der Schlafmangel kann dazu führen, dass die Müdigkeit am Folgebend so groß ist, dass die Patienten eine ganze Nacht durchschlafen. Das kann den Effekt haben, dass sie morgens ausgeruht und frisch erwachen und die Depression durchbrochen wird. Der Schlafmangel bewirkt eine schnelle, jedoch nur **kurzfristige** Besserung (ca. 1–2 Tage) der depressiven Symptome. Bei einer langen depressiven Phase kann dies jedoch einen Lichtblick bedeuten.

Wachtherapie sollte nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt und nur **ergänzend** zur medikamentösen und/oder Psychotherapie eingesetzt werden. In der Regel wird die Wachtherapie stationär durchgeführt.

- **Lichttherapie**

Da Lichtmangel als Ursache der Winterdepression (SAD) vermutet wird, kann zur Unterstützung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung eine Behandlung mit künstlichem Licht eingesetzt werden. Bei der Lichttherapie sitzt der Patient ca. 80 cm entfernt vor einer hellen, weißen Lichtquelle eines speziellen Lichttherapiegeräts, bei dem alle UV-Strahlen herausgefiltert werden. Die Lichttherapie erfolgt möglichst sofort nach dem Aufstehen für 30 bis 40 Minuten. Dies bewirkt über die Reizung der Netzhaut und des Sehnervs eine vermehrte Ausschüttung von Serotonin. Die Behandlung dauert mehrere Tage bis Wochen, erste Effekte sind in der Regel nach 4 Tagen spürbar. Wenn der Patient die Lichttherapie gut verträgt, kann sie auch den ganzen Winter über durchgeführt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.

- **Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (TMS)**

Bei der TMS werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen Gehirnhälften angeregt. Dabei sollen bestimmte Hirnareale stimuliert und andere wiederum gehemmt werden. TMS wird nur eingesetzt, wenn eine medikamentöse Behandlung keine Wirkung zeigt. In Deutschland wird diese Therapie noch wenig angeboten, da noch nicht genug Studienergebnisse über deren Wirksamkeit vorliegen.

Sonstige Unterstützungsangebote sind:

- **Ergotherapie**

Sie kann bei schweren Depressionen eingesetzt werden und unterstützt Patienten bei alltäglichen Erledigungen. Ergotherapie wird immer begleitend zu anderen Therapien eingesetzt, oft während einer stationären oder ambulanten Behandlung. Die Verordnung im ambulanten Bereich richtet sich nach den Heilmittelrichtlinien. Diese können beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter www.g-ba.de > Richtlinien > Heilmittel-Richtlinie heruntergeladen werden.

Ergotherapie gilt sozialrechtlich als Heilmittel und muss verordnet werden. Erwachsene Patienten zahlen 10% der Kosten plus 10 € je Verordnung. Eine Zuzahlungsbefreiung ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe S. 49).

- **Soziotherapie**

Hierbei handelt es sich um eine ambulante Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen schwer depressive Menschen wieder mehr Selbstständigkeit, wie z.B. die therapiegerechte Einnahme von Medikamenten, die eigenständige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie soziale Kompetenz. Adressen von Soziotherapeuten können bei den Krankenkassen erfragt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Soziotherapie eine sog. Soziotherapie-Richtlinie erstellt. Diese kann beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter www.g-ba.de > Richtlinien > Soziotherapie-Richtlinien heruntergeladen werden.

*Sonstige
Unterstützungs-
angebote*

Versicherte müssen eine Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag. Näheres auf S. 47.

- **Häusliche psychiatrische Krankenpflege**

Diese soll Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Behandlungsabbrüchen vorzubeugen. Durch die Pflege von Fachkräften vor Ort soll das Umfeld in die Behandlung miteinbezogen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege eine Richtlinie erstellt. Diese können unter www.g-ba.de > Richtlinien > Häusliche Krankenpflege-Richtlinie heruntergeladen werden. Die Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege stehen in § 4 der Richtlinie.

Patienten mit Depressionen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres auf S. 47.

- **Angebote zur Selbsthilfe**

Gerade depressive Patienten ziehen sich oft aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Selbsthilfegruppen können dabei helfen wieder am aktiven Leben teilzunehmen. Darüber hinaus wird Unterstützung zur Selbsthilfe auch für Angehörige angeboten. Essentiell bei Selbsthilfegruppen ist der Austausch mit anderen Betroffenen, die sich gegenseitig Halt, Mut, Motivation, Unterstützung und Informationen über die Krankheit geben. Die Gruppen sind in der Regel **anonym** und **offen**, so dass auch neue und ängstliche Mitglieder einen leichten Zugang finden. Ein Verzeichnis für die Suche nach Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe findet sich unter www.nakos.de > Informationen > Basiswissen > Selbsthilfegruppe finden.

Im Krisenfall, insbesondere bei akuter Suizidgefährdung oder wenn bei schweren Depressionen lange Zeit keine Besserung eintritt, kann eine **Behandlung in psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen von Kliniken** notwendig werden. Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität muss die Krankenhauseinweisung mit Zustimmung des Betreuungsgerichts auch gegen den Willen des Patienten erwogen werden. Die stationäre Behandlung soll den Patienten schützen und ihn stabilisieren.

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

Die Krankenhausbehandlung wird von der Krankenkasse und in manchen Fällen auch vom Sozialhilfeträger getragen. Erwachsene Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung 10 € pro Tag zuzahlen.



Praxistipps!

- Damit auch im Krisenfall die behandelnden Ärzte über die aktuelle Medikation, Behandlungsvereinbarungen, weitere Erkrankungen sowie über spezielle Behandlungswünsche des Patienten informiert sind, bietet der Psychiatrie Verlag einen sog. **Krisenpass** an. Dieser kann unter www.psychiatrie-verlag.de/service/nuetzliche-materialien-zum-download.html kostenlos heruntergeladen werden.
- Für die Behandlung von Depressionen gibt es anerkannte Nationale Versorgungsleitlinien (NVL):
 - Die **Patientenleitlinie** „Depression“ ist unter www.awmf.org > Suchbegriff „Unipolare Depression“ > Patientenleitlinie zu finden.
 - Die Leitlinie für **Fachleute** findet sich unter www.awmf.org > Suchbegriff „Unipolare Depression“ > Langfassung.



Leben mit Depression

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

Angehörige und Freunde

Depressionen belasten nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Personen im Umfeld, insbesondere enge Bezugspersonen. Ein zentrales Problem ist das „Nicht-Wissen“ und „Nicht-Verstehen“ der Verhaltensweisen des Betroffenen. Der Umgang mit depressiven Menschen erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Geduld.

Folgende Hinweise können für Angehörige hilfreich sein:

- Für depressive Menschen sind oft die einfachsten Aufgaben des täglichen Lebens eine große Herausforderung. Die Antriebsarmut, gepaart mit häufig auftretenden Schlafstörungen, machen es dem Betroffenen sehr schwer eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Angehörige können hier bei der **Einhaltung einer Tagesstruktur unterstützen**. Für Betroffene ist es wichtig z. B. morgens zu einer angemessenen Uhrzeit aufzustehen und sich dann nicht gleich wieder ins Bett zurückzuziehen. Es kann sinnvoll sein, zusammen mit dem depressiven Angehörigen, einen konkreten Plan für den Tagesablauf zu schreiben, kleine Aufgaben wie duschen, einkaufen, aufräumen oder spazieren gehen mit konkreter Uhrzeit zu versehen und ihn dabei zu unterstützen, sich an den Plan zu halten. Dabei ist wichtig, dass die Aufgaben überschaubar sind und jeder kleine Schritt als Erfolg verbucht wird.
- Mitleid, gut gemeinte Ratschläge, Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sind nicht hilfreich und können die Situation noch verschlimmern. Es ist wichtig dem Betroffenen und seiner Situation wertfrei entgegen zu treten und ihm mit Geduld und Zuwendung zu begegnen. **Appelle an den Willen sind nicht empfehlenswert**, denn die Betroffenen leiden an einer Erkrankung – das hat nichts mit fehlender Willensstärke zu tun!
- Äußern depressive Menschen **Selbsttötungsgedanken**, muss dies sehr ernst genommen werden. Äußerst wichtig ist eine schnelle Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt. Betroffene sollten ihre Gedanken ebenfalls ernst nehmen und sich Hilfe suchen. Auch wenn die Situation aussichtslos erscheint: **eine Depression ist behandelbar!**
- Die **Antriebslosigkeit** kann bei manchen Betroffenen dazu führen, dass sie z. B. ihre Post nicht mehr öffnen oder mit Zahlungen in Verzug geraten. Hier sollten Angehörige Unterstützung bieten. Droht der Verlust der Wohnung, z. B. durch Zwangsräumung, ist dringend professionelle Hilfe gefragt. Hier hilft der Sozialpsychiatrische Dienst.

- Häufig spüren Erkrankte die Belastung ihrer Bezugspersonen, was zu **Schuldgefühlen** und noch stärkerem sozialen Rückzug führen kann. Viele gut gemeinte Bemühungen von Angehörigen führen nicht gleich zu einem sichtbaren Erfolg. Spürt der Betroffene, dass ein Helfer solche „Erfolgs-erwartungen“ hegt, besteht die Gefahr, dass er sich noch schlechter fühlt, wenn er den Erwartungen nicht gerecht werden kann. Die Folgen können Rückzug und Verweigerungsverhalten sein, was wiederum **Ärger** beim Helfer auslöst. Für dieses Dilemma gibt es keine pauschale Lösung, sondern nur das **Bemühen um gegenseitiges Verständnis** und eine offene Kommunikation.
- Benötigt ein depressiver Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine **Haushalts-hilfe** (siehe S. 70) beantragt werden. Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z.B. eine ambulante Familienpflege, eine Tagespflege (Betreuung durch eine Tagesmutter) oder eine sozialpädagogische Familienhilfe in Frage kommen.
- Bei allen Bemühungen ist es aber auch wichtig, dass **Angehörige auf ihre eigenen Grenzen achten** und sich nicht überfordern. Auszeiten und der Austausch mit anderen Angehörigen können Entlastung bieten.

Wer hilft weiter?

- Eine Schlüsselrolle in der Beratung und Begleitung von Menschen mit Depressionen sowie deren Angehörigen nehmen häufig die **Sozial-psychiatrischen Dienste (SpDi)** ein. Es gibt sie nahezu überall, meist sind sie an die lokalen Gesundheitsämter angegliedert, zum Teil sind die Träger auch Wohlfahrtsverbände. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind eine gute Anlaufstelle bei der Suche nach hilfreichen Adressen.
- Auch **Selbsthilfegruppen** oder **Beratungsstellen für Angehörige von psychisch kranken Menschen** können Hilfestellung geben.
 - Eine bundesweite Anlaufstelle ist der Bundesverband der Angehörigen erkrankter Menschen (BApK). Näheres unter www.bapk.de.
 - Anlaufstellen für Krisen findet man auch bei der Deutschen Depressionshilfe unter www.deutsche-depressionshilfe.de > Depression: Infos u. Hilfe > Wo finde ich Hilfe?
 - Informationen und Projekte für Kinder depressiver Mütter und Väter bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern unter www.bag-kipe.de.
- **Familienberatungsstellen** oder eine **Paar- oder Familientherapie** können bei familiären Belastungen sinnvoll sein.
- Bei Krisen kann auch die **Telefonseelsorge**, Telefon 0800 1110111 oder 0800 1110222, www.telefonseelsorge.de kostenlose Unterstützung bieten.

Betroffene und Angehörige sollten sich bewusst machen, dass im **Sozialrecht** Formalitäten wie Anträge und Fristen schwerwiegende Auswirkungen auf mögliche (finanzielle) Leistungen und den Versicherungsschutz haben können.

Nur sehr selten wird es gelingen, bei Behörden und Versicherungen eine abgelaufene Frist mit dem Hinweis auf eine depressive Episode zu verlängern. Eine besondere Wachsamkeit ist hier z. B. beim Auslaufen des Krankengelds (siehe S. 41) und der damit verbundenen Gefahr des Verlusts des Krankenversicherungsschutzes erforderlich. Patienten mit Depressionen brauchen deswegen umso mehr Hilfe – wenn möglich in Form von Hilfe zur Selbsthilfe. Insbesondere in depressiven Episoden müssen aber auch wachsame Berater und Angehörige entsprechende Briefe und Fristen ernst nehmen und sofort darauf reagieren.

Gesunder Lebensstil

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

So schwer es depressiven Menschen auch fällt, sie sollten versuchen, möglichst **körperlich aktiv** zu sein. Sportliche Betätigung steigert das psychische Wohlbefinden durch die Ausschüttung körpereigener Stoffe wie Serotonin, Endorphin und Dopamin. In vielen Forschungen der letzten Jahre konnte nachgewiesen werden, dass körperliche Aktivitäten leichte bis mittelschwere Depressionen lindern können. Besonders Ausdauersportarten wie Walken, Joggen, Schwimmen oder Radfahren haben eine antidepressive Wirkung.

Sport soll gut tun und Spaß machen. Leistungsdruck kann dagegen zu Versagensgefühlen und Stress führen. Die erste große Hürde ist das Aufraffen, was schon gesunden Menschen oft schwer fällt. Daher ist es wichtig, sich nicht zu überfordern und mit kleinen Schritten zu beginnen. **Jede Bewegung ist besser als keine!** Jede körperliche Aktivität, und sei es auch nur ein kleiner Spaziergang, kann als Erfolg betrachtet werden. Vor allem Bewegung bei Tageslicht hat einen großen Effekt. Dabei muss nicht die Sonne scheinen – das UV-Licht wirkt auch bei bewölktem Wetter.

Angehörige können, in Absprache mit dem Patienten, als Erinnerung oder Begleitung dienen. Wird Sport in der Gruppe ausgeübt, entstehen dadurch auch soziale Kontakte. Zudem können sich die Teilnehmer einer Gruppe gegenseitig motivieren und der verabredete Zeitpunkt hilft, sich „aufzuraffen“. Für manche Menschen mit Depressionen ist es auch hilfreich, sich zum gemeinsamen Sporttermin abholen zu lassen.

Ernährung

Depressionen können nicht durch eine Ernährungsumstellung verhindert oder geheilt werden. Trotzdem ist eine gesunde und ausgewogene Ernährung empfehlenswert, um das Wohlbefinden zu steigern.

Zudem gibt es einzelne Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Konsum bestimmter Nahrungsmittel und dem Auftreten von Depressionen zeigen:

- **Tryptophan** ist für die Bildung von Serotonin von Bedeutung. Enthalten ist Tryptophan z.B. in Bananen, Weintrauben, Äpfeln und Pflaumen – allerdings nur in verschwindend geringen Mengen. Andere Lebensmittel, wie z. B. die Kakaobohne (Schokolade), enthalten Tryptophan, aber auch nur in winzigen Mengen, die keine heilende Wirkung haben.
- Ebenso in der Diskussion ist die **Eicosapentaensäure (EPA), eine Omega-3-Fettsäure**, die stimmungsaufhellend wirken soll. Die Wirkweise ist jedoch nicht geklärt. Vermutet wird ein Zusammenhang zwischen Fettsäure und Serotonin: Zu wenig Serotonin wird häufig gleichzeitig mit zu wenig Omega-3-Fettsäure beobachtet.
- Ein hoher Konsum von **Fisch und Meeresfrüchten** sowie stärkehaltigem Wurzelgemüse wie Kartoffeln soll das Depressionsrisiko mindern.
- Der Verzehr von **raffiniertem Zucker und Milchprodukten** soll hingegen das Auftreten einer Depression fördern und sollte daher eher vermieden werden.

Ernährung und Antidepressiva

Depressionen können mit Antidepressiva behandelt werden. Diese Medikamente können Nebenwirkungen haben, z. B. sorgen manche für Übelkeit oder Appetitlosigkeit und in der Folge für eine Gewichtsabnahme, andere dagegen für eine Gewichtszunahme. Dies sollte schon bei der Auswahl des Medikaments berücksichtigt werden. Wenn die möglichen Nebenwirkungen tatsächlich eintreten, sollte mit dem Arzt besprochen werden, wie man am besten damit umgeht. Bei einer Gewichtszunahme sollte eine Diät nur in Absprache mit dem Arzt erfolgen, da Antidepressiva bei schlechtem Ernährungszustand in ihrer Wirkung beeinträchtigt werden können.



Praxistipp!

Viele Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten für eine individuelle Ernährungsberatung.

Schlaf

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

Damit sind bestimmte Gewohnheiten gemeint, die für einen gesunden Schlaf förderlich sind:

- **Regelmäßige Aufsteh- und Zubettgehzeiten**
Die Zeiten sollten max. 30 Min. abweichen, um den biologischen Rhythmus zu unterstützen. Dabei ist vor allem eine regelmäßige Aufstehzeit (auch am Wochenende oder im Urlaub) wichtig, da sie den „Ankerpunkt“ des Bio-rhythmus bildet.
- **Tagsüber keine Nickerchen**
Diese können Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht zur Folge haben. Wer auf einen Kurzschlaf nicht verzichten möchte, sollte ihn auf keinen Fall nach 15 Uhr machen und durch einen Wecker nach 20 Minuten wieder beenden.
- **Bettliegezeiten reduzieren**
Nicht länger im Bett liegen, als die Anzahl der Stunden, die durchschnittlich pro Nacht in der letzten Woche geschlafen wurde. Zu lange Bettliegezeiten tragen deutlich zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung bei.
- **3 Stunden vor dem Schlafen keinen Alkohol**
Alkohol verhilft zwar zu einem leichteren Einschlafen, beeinträchtigt aber gravierend die Schlafqualität und führt gerade in der zweiten Nachthälfte oft zu Durchschlafproblemen. Bereits relativ geringe Mengen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Schlaferholbarkeit. Daher sollte man nicht häufiger als 1–2 Mal pro Woche am Abend Alkohol trinken – nach Möglichkeit mit genügend Abstand (pro Glas etwa eine Stunde) zum Zubettgehen.
- **4–8 Stunden vor dem Zubettgehen keinen Kaffee**
Die schlafschädigende Wirkung von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken, wie grünem Tee und Cola, kann 8–14 Stunden anhalten. Am Besten wäre ein Verzicht auf Koffein für 4 Wochen und anschließend ein Konsum von nicht mehr als 3 Tassen Kaffee am Tag und dies nur vor 10 Uhr vormittags.
- **Nach 19 Uhr nicht mehr Rauchen**
Nikotin wirkt sich ähnlich negativ auf den Schlaf aus wie Koffein. Insbesondere die Wechselwirkung von Nikotin und Alkohol wirkt schlafstörend. Langfristig wird der Schlaf auch durch die vom Rauchen eingeschränkte Funktion der Lunge beeinträchtigt.
- **3 Stunden vor dem Zubettgehen keine größeren Mengen essen und/oder trinken**
Ein voller Magen oder eine volle Blase kann den Schlaf stören.
- **Nach 18 Uhr keine körperliche Überanstrengung**
Starke körperliche Belastung regt ähnlich wie Kaffee und Nikotin das Sympathische Nervensystem an, das für Aktivität und Stress zuständig ist. Es braucht mehrere Stunden bis die Aktivität des Sympathischen Nervensystems wieder abflaut. Umgekehrt können Menschen, die tagsüber kaum einer körperlichen Betätigung nachgehen, durch regelmäßiges körperliches Training ihren Schlaf verbessern.

- **Schlaffördernde Umgebung**

Nach Möglichkeit sollte das Schlafzimmer nur zum Schlafen genutzt werden nicht gleichzeitig als Arbeits- oder Fernsehzimmer. Zudem sollte es die richtige Temperatur haben (nicht zu warm) sowie dunkel und leise sein.

- **„Pufferzone“ zwischen Alltag und Schlaf**

Wenn sich der Schlaf unmittelbar an den normalen Alltag (z. B. der Planung für den kommenden Tag, Arbeit, anstrengende Gespräche) anschließen soll, sind häufig Einschlafprobleme die Folge. 2 Stunden vor dem Zubettgehen sollten solche Aktivitäten nach Möglichkeit abgeschlossen und der Rest der Zeit der Erholung gewidmet sein. Wenn über Aufgaben des nächsten Tages gegrübelt wird, ist es oft hilfreich diese rechtzeitig am Abend z. B. in einem Tagebuch aufzuschreiben und „abzulegen“.

- **Regelmäßiges Zubettgehritual**

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

- **Nachts nichts essen**

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

- **Kein helles Licht bei nächtlichem Aufstehen**

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

- **Nachts nicht auf die Uhr schauen**

Der Blick zur Uhr löst meist direkt entsprechende gedankliche („3 Uhr: Die Nacht kann ich mal wieder vergessen“) und körperliche (Anspannung, Erregung) Reaktionen aus und raubt den letzten Rest an Unbefangenheit gegenüber dem Schlaf. Am besten den Wecker so drehen, dass man die Uhrzeit gar nicht erst sehen kann.

- **30 Minuten Tageslicht am Morgen**

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

Urlaub

Während schwerer Depressionen ist es nicht ratsam in den Urlaub zu fahren. Durch die Krankheit fühlen sich viele Menschen bereits vom Alltag überfordert. Eine fremde Umgebung und die Erwartungen, die eine Urlaubsreise mit sich bringen, können den Druck „funktionieren zu müssen“, und die Angst zu versagen, zusätzlich verstärken.

Geht es den Betroffenen wieder besser, kann sich ein Ortswechsel hingegen positiv auf die Verfassung auswirken. Den Mut aufzubringen, die eigenen vier Wände zu verlassen und sich für neue Erfahrungen zu öffnen, kann Betroffenen ein neues Selbstwertgefühl und Stolz auf das eigene Verhalten vermitteln. Dabei sollten aber die eigenen Grenzen beachtet und eine Überforderung vermieden werden, um Rückschläge zu verhindern.

Wichtig für einen gelungenen Urlaub ist, dass die verordneten **Medikamente** weiterhin gewissenhaft eingenommen werden.

Medikamente

Es empfiehlt sich folgende Hinweise zu beachten:

- Es sollten mehr Medikamente als die für die Urlaubszeit notwendige Menge mitgenommen werden, denn die Reisedauer kann sich aus unvorhergesehenen Gründen verlängern.
- Medikamente sollten verteilt aufbewahrt werden, damit die Versorgung auch dann noch gesichert ist, wenn ein Gepäckstück verloren geht oder gestohlen wird, z.B. einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer oder einen Teil im Hotelzimmer und den anderen im Safe.
- Im Falle von Nachfragen von Zollbehörden sollten Patienten sicherheitshalber ein Informationsblatt zu den Medikamenten in der Landessprache mit sich führen. Auch die Telefonnummern der behandelnden Ärzte sollten im Urlaub immer griffbereit sein.

Depressionen können dazu führen, dass eine gebuchte Reise abgesagt werden muss. Wer dieses finanzielle Risiko nicht selbst tragen will, sollte eine **Reiserücktrittsversicherung** abschließen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass psychische bzw. bereits bestehende Erkrankungen in den Versicherungsbedingungen als Rücktrittsgrund anerkannt werden.

Versicherungen

Bei Reisen innerhalb der EU sollte unbedingt die **Europäische Krankenversichertenkarte** (EHIC-Karte) mitgenommen werden. Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behandlungen anfallen würden. In Ländern außerhalb der EU gilt nur ein stark eingeschränkter Versicherungsschutz.

Für etwa 10 € im Jahr kann bereits eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** abgeschlossen werden.

Anbieter sind z. B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs.

Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen sind erhältlich bei den Krankenkassen oder der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Pennefeldsweg 12 c, 53177 Bonn, Telefon 0228 9530-0, Fax 0228 9530-600 post@dvka.de, www.dvka.de.

Autofahren

Bei depressiven Patienten kann die Fahrtauglichkeit, z. B. durch Einnahme von Antidepressiva, im Straßenverkehr vorübergehend eingeschränkt sein. Autofahren darf deshalb nur, wer sicherstellen kann, dass er andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährdet.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen legen fest, dass bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergeht, „die für das Kraftfahren notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt sind, dass ein ernsthaftes Risiko des verkehrswidrigen Verhaltens besteht“.

Ein Fahrzeug darf erst wieder geführt werden, wenn

- die relevanten Symptome einer sehr schweren Depression und die manische Phase abgeklungen sind und nicht mit einem Wiederauftreten gerechnet werden muss (ggf. unter medikamentöser Behandlung). Auswirkungen von Antidepressiva sind aber zu berücksichtigen, insbesondere in den ersten Tagen nach rascher Dosissteigerung.
- nicht mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen kurz hintereinander eingetreten waren, weil dann die Prognose, auch wenn im Moment keine Störungen nachweisbar sind, unsicher ist. Erst wenn, z. B. durch vorbeugende Medikamente, die Krankheitsaktivität geringer geworden ist und mit keinem schweren Verlauf mehr gerechnet werden muss, ist das Autofahren wieder möglich. Dies muss ein Facharzt für Psychiatrie regelmäßig psychiatrisch kontrollieren und bestätigen.

Die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen, z. B. in Bussen, sowie das Führen von LKWs wird nur bei völliger Symptommfreiheit gegeben. Allerdings ist nach mehreren schweren depressiven oder manischen Phasen die Erlaubnis, Personen zu befördern oder schwere Kraftwägen zu führen, erloschen.

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. Tranquilizer), können die Reaktionszeit verlängern und somit die Fahrtauglichkeit einschränken. Autofahrer, die Psychopharmaka einnehmen, sollten auf jedem Fall mit ihrem Arzt besprechen, ob sie mit den verordneten Medikamenten fahrtauglich sind. Auch die Beipackzettel der Medikamente enthalten gegebenenfalls entsprechende Hinweise.

*Dauerbehandlung
mit Arzneimitteln*

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.

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.

Arbeit

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden depressiven Störung kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Ist die Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Zweiter Arbeitsmarkt und Integrations- projekte

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

Für die Beschäftigten handelt es sich zum Teil auch um sog. Ein-Euro-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II“). Sie geben den 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 Menschen mit Behinderung, 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 und -projekte 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.

Das Problem bei vielen, auch geförderten, Arbeits- und Eingliederungsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Menschen mit Depressionen. Hilfreich sind hier sog. **Zuverdienstprojekte** für Menschen mit psychischen 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, flexible Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, bei Bedarf viele Pausen, Rücksicht auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle, keine zeitliche Befristung der Beschäftigung (Loslösung von Bewilligungszeiträumen), kein Reha-Druck mit Zielvorgabe: Mitarbeiter können auch „einfach so“ bleiben.

Die Trägerschaft ist ebenso vielfältig wie oben genannt, zum Teil sind die Projekte an Inklusionsfirmen (siehe oben) 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.

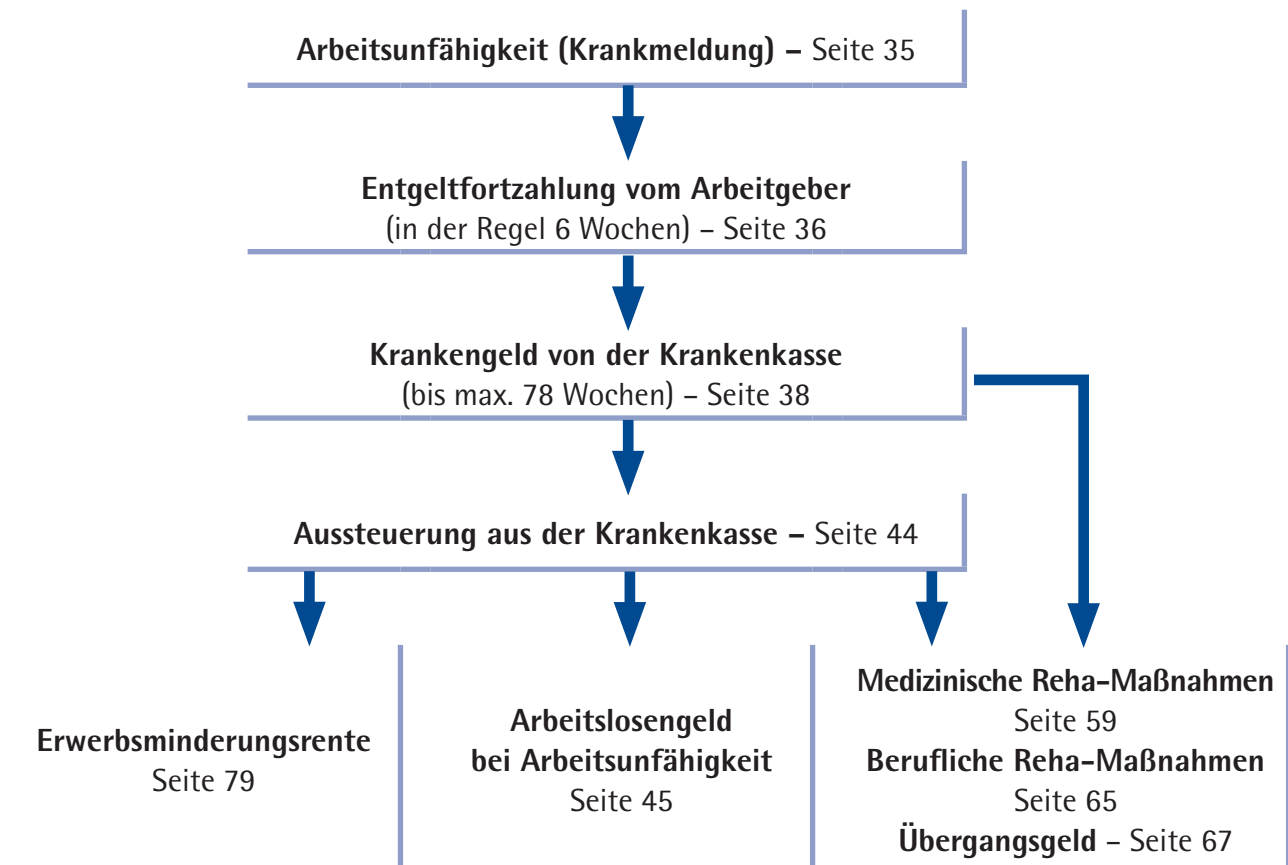
Häufig sind an Tagesstätten Beratungsangebote angegliedert, die bei sozialrechtlichen Fragen helfen oder bei der Suche nach Reha-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten. Bisweilen machen sie auch selbst solche Angebote.

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.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Aufgrund der Häufigkeit von depressiven Erkrankungen sind Betroffene besonders auf die Absicherung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber angewiesen. Betroffene haben in der Regel 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

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

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

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.

*Zweifel am
Krankenstand*

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.

Dauer

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.

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Aufwendungsersatz, 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 von 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 Depressionen die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

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

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 67).
- 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, 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, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).
Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

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**.

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 der Arzt ein neues Attest ausstellen. 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 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich 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,- € : 30 für Kalendertag = 100 €

davon 70% = 70 €

Monatlich netto 1.800 €

1.800 : 30 für Kalendertag = 60 €

davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08%
(Krankengeldempfanger mit Kind) = 47,48 €

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.

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 folgende 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.

Dauer

Erneuter Anspruch auf Krankengeld

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 das Krankengeld 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 der 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. 79) umwandelt.



Praxistipps!

- Wichtig ist, dass der Depressionspatient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält. Nur sehr selten wird es gelingen, eine abgelaufene Frist mit dem Hinweis auf eine depressive 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. 45).

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.

Ausschluss des Krankengeldes

Kürzung des Krankengeldes

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.

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 Krankengeldes durch Höchstbezug- dauer

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

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

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.

- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt dann die Agentur für Arbeit.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn der Depressionspatient 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.

Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, muss der Depressionspatient 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. 79) 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.

Voraussetzungen

Dauer

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

Höhe

Die **Höhe** des Arbeitslosengeldes 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-Arbeitslosengeldes **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 67) 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.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten, 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.

Zuzahlungen

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Ergotherapie (S. 19).

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 Depressionspatient 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. 19).

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. 70).

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 zu 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 Patient mit Depressionen 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, so dass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

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.

Berechnung der Belastungsgrenze

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 (ElterngeldPlus) 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, soweit 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 Bundesversorgungsgesetz (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 hinausgehenden Zuzahlungen.

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 gezahlt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

*Belastungsgrenze
bei Empfängern
von Sozialleistungen*



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

Eine chronische Depression bedeutet meist regelmäßige Besuche beim Arzt und je nach Schwere der Erkrankung eine vermehrte Einnahme von Medikamenten. Für chronisch depressive Menschen in Dauerbehandlung 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 01.01.2008 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 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.

- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

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



Rehabilitation

Die Rehabilitation hat das Ziel, die berufliche Leistungsfähigkeit des depressiven Patienten wiederherzustellen, die Wahrscheinlichkeit einer späteren Wiedererkrankung zu vermindern sowie den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern. Der Beginn einer Reha sollte vom Arzt und Patienten dann in Erwägung gezogen werden, wenn sich die depressiven Symptome in Häufigkeit und Intensität über einen längeren Zeitraum steigern.

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 Betroffene 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. 63).

- **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. 67), Haushaltshilfe (siehe S. 70), 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 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 diese durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen 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.

Zuständigkeits- erklärung

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 Elemente der stationären und ambulanten Reha kombiniert werden.

RPK ist besonders für Menschen geeignet, die an einer schweren Depression leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben beeinträchtigt sind. Für den Reha-Teilnehmer wird, orientiert an seinem persönlichen Bedarf, ein Hilfeplan erstellt. 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.

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 normale Psycho- und Arzneimitteltherapie zu wenig intensiv ist, andererseits der Depressionspatient 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 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- 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.

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

Voraussetzungen

Dauer

Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Depressionspatient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt. Ein stationärer Aufenthalt kann zusätzlich helfen eine heilende Distanz zum gewohnten Leben und bestehenden Konflikten zu schaffen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- 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 Depressionspatient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

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

Wartezeit zwischen den Rehamaßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Rehamaßnahmen, 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 Rehamaßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

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 Depressionspatient 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 zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 47.

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 1.219,00 €	Keine
ab 1.219,00 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827,00 €	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. 70) gewährt werden.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Depressionspatienten 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 krank geschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d. h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer (siehe S. 73) 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.

Voraussetzungen

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. 38), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 67) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 45). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dies angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden depressiven 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.

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 in 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.
- Arbeitsassistentz, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- 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 wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe soweit eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.
- Wohnungshilfen, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

- **Berufliche Bildung**

Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.

Leistungen

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 vor Beginn der Schulpflicht geleistet, z. B.:

- Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.
- Maßnahmen, die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

- **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 Reha-Leistungen 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 01.01.2018 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 Depressionspatienten 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 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.

Voraussetzungen

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 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 Übergangsgeldes 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.

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, das 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 01.01.2016 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.

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. Haushaltshilfekräfte 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 Verschwägerter 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 Verdienstaufschlags** 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.

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. 49).

Wer hilft weiter?

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

Leistungsumfang

Zuzahlung

Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer
esen



Behinderung

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

Definition Behinderung

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 6 Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung 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.

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.

Gleichstellung

Grad der Behinderung bei Depressionen

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. 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 Depressionen nach folgender Tabelle:

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



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen **Servicestellen** 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.

Schwerbehindertenausweis

Bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen kann bei längerer Dauer (mehr als 6 Monate) vom Versorgungsamt ein GdB bzw. GdS festgestellt werden. Es ist in jedem einzelnen Fall abzuwägen, ob die Anerkennung einer Schwerbehinderung eine Stigmatisierung und/oder Belastung darstellt, die dem 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.

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

Antrag

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen 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 die entsprechenden 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 Behinderung 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 stehen im Internet unter www.betanet.de > Nachteilsausgleiche
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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



Erwerbsminderungsrente

Depressionspatienten, 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 erstmals 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.

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.

Voraussetzungen

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 02.01.1961 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 aus der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Hinzuverdienst

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

Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch 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 ggf. 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 Depressionen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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.

Voraussetzungen

Höhe

Die Höhe der Grundsicherung im Alter beträgt:

- 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 deren 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 oder bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit 01.07.2017 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 Aufenthaltsort 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 Depressionspatienten, 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. 81.

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

Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. Kenntnisgrundsatz). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.

Wer hilft weiter?

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

Gesetzliche Betreuung

Niedergeschlagene, gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit sowie Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten können zur Folge haben, dass Menschen mit Depressionen ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage sind, sich angemessen um ihre eigenen Angelegenheiten zu kümmern. Dann kann die Unterstützung durch nahe Angehörige oder neutrale Dritte erforderlich werden.

Voraussetzungen

Ist kein Angehöriger vorhanden, der sich z. B. im Rahmen einer Vorsorgevollmacht um die Angelegenheiten des depressiven Patienten kümmern kann, bestellt das Betreuungsgericht einen gesetzlichen Betreuer.

Voraussetzung für eine gesetzliche Betreuung ist, dass diese **erforderlich** ist. Zu den Angelegenheiten, die eine gesetzliche Betreuung erforderlich machen können, zählen z. B. die Begleichung von Rechnungen, die Antragstellung auf Sozialleistungen bei Behörden sowie Rechtsstreitigkeiten. Liegt bereits eine Vorsorgevollmacht vor, ist eine gesetzliche Betreuung in der Regel nicht mehr erforderlich.

Eine gesetzliche Betreuung muss **gerichtlich angeordnet** werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 87) möglich. Eine Betreuung darf nicht gegen den „freien Willen“ des Betroffenen angeordnet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Betreuung objektiv für den Betreuten von Vorteil wäre. Eine Zwangsbetreuung ist nur bei Geschäftsunfähigkeit möglich. Ob der Wille noch „frei“ ist, wird in der Regel von einem Sachverständigen festgestellt.



Wer hilft weiter?

Wer eine gesetzliche Betreuung anregen möchte oder weitere Informationen benötigt, kann sich an das Betreuungsgericht oder an die örtliche Betreuungsstelle wenden. Das Betreuungsgericht wird dann im Rahmen seiner Amtserhebungspflicht tätig.

Auswahl des Betreuers

Wer die erforderlichen Aufgabenkreise als gesetzlicher Betreuer übernehmen soll, entscheidet das Betreuungsgericht. Dabei müssen die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden.

Wer Betreuer werden und wie dieser die Betreuung wahrnehmen soll, kann in einer **Betreuungsverfügung** geregelt werden. Darin wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll.

Liegt **keine** Betreuungsverfügung vor, wählt das Betreuungsgericht von Amts wegen eine geeignete Person aus. Wenn das Gericht im Verwandten- und Bekanntenkreis niemanden findet, der diese Aufgabe ehrenamtlich übernehmen kann und will, sucht es einen berufsmäßigen Betreuer (Berufsbetreuer, Vereinsbetreuer oder Behördenbetreuer). Wenn es keine geeignete natürliche Person findet, kann es eine juristische Person (Betreuungsverein, Betreuungsbehörde) als Betreuer bestellen.



Praxistipps!

- Nähere Informationen zur Betreuungsverfügung sowie zu den weiteren Vorsorgedokumenten „Vorsorgevollmacht“ und „Patientenverfügung“ bietet der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“. Dieser kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html 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.

Umfang der Betreuung

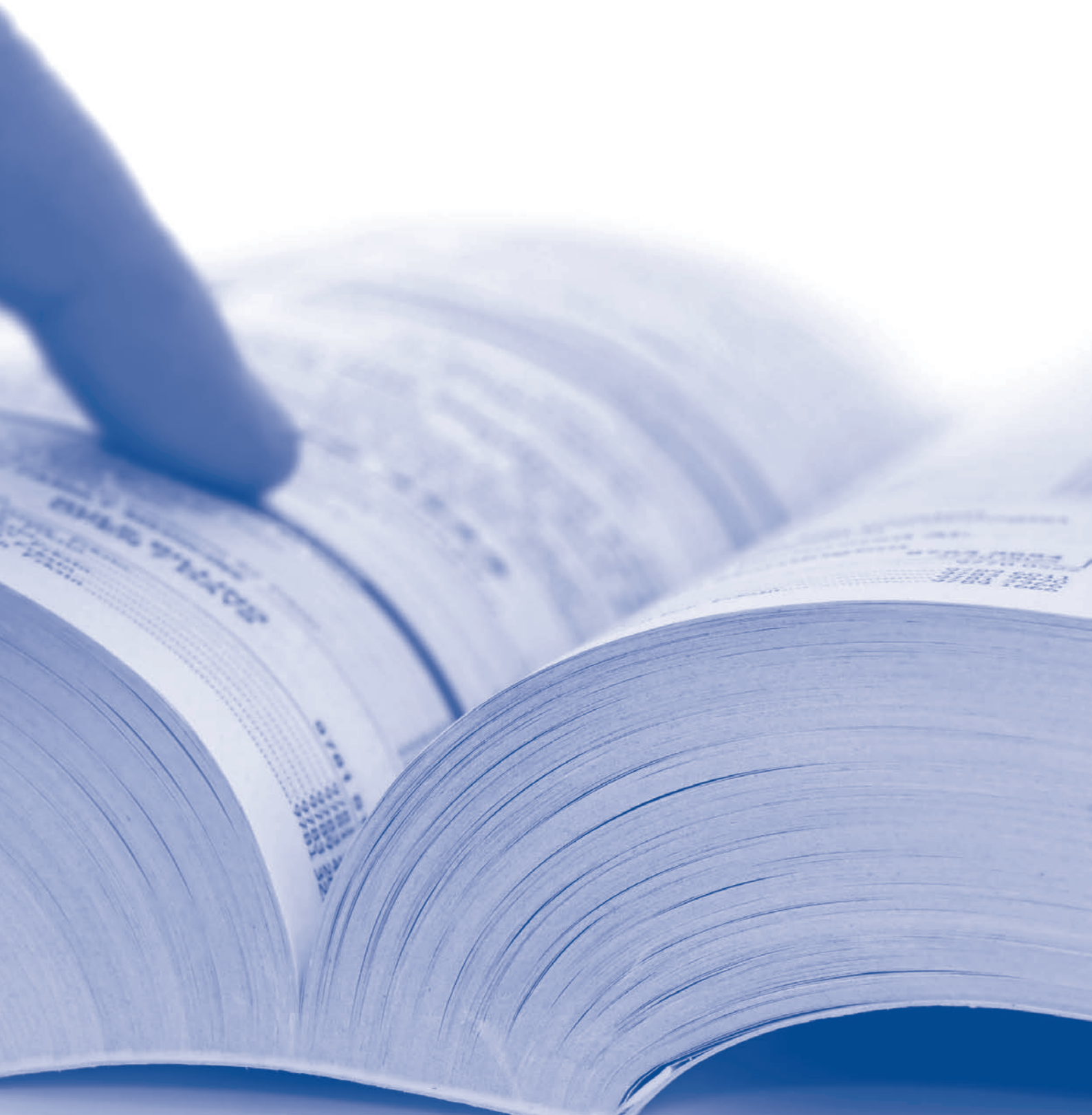
Betreuung kann für einzelne, mehrere oder auch alle sog. Aufgabenkreise angeordnet werden, wenn diese erforderlich sind. In seinem Aufgabenbereich vertritt der Betreuer den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich.

Folgende Aufgabenkreise können vom Betreuungsgericht beispielsweise festgelegt werden:

- **Vermögenssorge**
 - Alltägliche finanzielle Angelegenheiten, z. B. Mietzahlungen, Einholung von Forderungen, Regelung von Schulden, 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 Aufgabenkreis so zu besorgen, wie sie dessen Wohl entsprechen. Wichtige Entscheidungen, z. B. Umzug oder medizinische Behandlung, sollten vorher mit dem Betreuten besprochen werden. Über seine Tätigkeit muss der Betreuer vor dem Betreuungsgericht Rechenschaft ablegen. Er haftet für die Verletzung seiner Pflichten.

Bei weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten muss der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichtes einholen. Es handelt sich dabei um sog. genehmigungspflichtige Maßnahmen. Dies gilt z. B. bei **freiheitsentziehenden Maßnahmen**, bei denen die Bewegungsfreiheit des Betreuten gegen dessen Willen eingeschränkt wird. Dazu zählt z. B. die zwangsweise Einweisung zur medizinischen Behandlung. Diese ist nur im Notfall zulässig, wenn der Patient sich selbst und/oder andere erheblich gefährdet. In solchen Fällen kann eine Unterbringung gegen seinen Willen notwendig werden. Das Verfahren zur zwangsweisen Unterbringung von psychisch kranken Menschen ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt.



Adressen

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

Deutsche Depressionsliga

Postfach 1151
71405 Schwaikheim
Telefon 07144 7048950
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de
www.depressionsliga.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Semmelweisstraße 10
04103 Leipzig

Info-Telefon Depression:

0800 3344533 (Mo, Di, Do von 13–17 Uhr; Mi und Fr von 8.30–12.30 Uhr)

Telefon 0341 9724493
Fax 0341 9724599
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
Telefon 030 31018960
Fax 030 31018970
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 71002400
Fax 0228 71002429
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
www.bapk.de

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS)

Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main

Beratungstelefon: 0700 33344455

(Für Betroffene, Angehörige und professionelle Behandler,
12 ct/min aus dem Festnetz)

Telefon 0700 33344454

E-Mail info@dgbs.de

www.dgbs.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wittener Straße 87
44789 Bochum

Telefon 0234 68705552 (Mo und Do von 10–13 Uhr;

Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Voraussetzungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung)

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

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richartzstraße 12
50667 Köln

Telefon 0221 27793870

Fax 0221 27793877

E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

www.dvgrp.org

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie

Zeltinger Straße 9
50969 Köln

Telefon 0221 511002

Fax 0221 529903

E-Mail: dgsp@netcologne.de

www.dgsp-ev.de

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Telefon 0228 676740/41

Fax 0228 676742

E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

www.apk-ev.de

Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
service@betapharm.de
www.betapharm.de

Redaktion

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
Leitender Redakteur: Max Glaser
Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagel, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Manuela Mahl

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.

12. vollständig überarbeitete Auflage, April 2018

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychose & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm