

# Psychosen & Soziales



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*Erkrankungen der Psyche haben vielfältige Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen und deren Angehörigen. Informationen über finanzielle Hilfen, gesetzliche Regelungen und Anlaufstellen können den Umgang mit der Krankheit erleichtern.*

*Der Ratgeber „Psychosen & Soziales“ richtet sich an Betroffene und ihr Umfeld. Er informiert zu sozialrechtlich relevanten Themen wie Krankengeld, Erwerbsminderungsrente und Rehabilitation sowie zu kritischen rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit schweren psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus behandelt er alltägliche Themen wie Arbeiten oder Wohnen, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen immer auch eine therapeutische Dimension haben können.*

*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 „Psychosen & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.*

*Mit herzlichen Grüßen  
Ihre betapharm*

*Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de).*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter [www.betapharm.de](http://www.betapharm.de).*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Psychosen</b>	<b>5</b>
Formen psychotischer Störungen	5
Auftreten und Verlauf	7
Ursachen	7
Symptome	8
<b>Therapie</b>	<b>11</b>
Medikamentöse Behandlung	11
Andere somatische Therapieverfahren	12
Psychotherapie	12
Psychoedukation	16
Soziotherapie	18
Ergotherapie	21
Psychoseseminare	22
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	23
Institutsambulanz	24
Häusliche psychiatrische Krankenpflege	25
Weitere psychosoziale Therapieformen	28
Stationäre und teilstationäre Behandlung	28
Soteria	30
Offener Dialog	31
<b>Leben mit Psychosen</b>	<b>33</b>
Angehörige und Bezugspersonen	33
Kinder von Eltern mit Psychosen	35
Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene	37
Wohnen	39
Arbeit	42
Autofahren	46
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>49</b>
Zuzahlungsregelungen	49
Zuzahlungsbefreiung	51
Sonderregelung für chronisch Kranke	53
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>57</b>
Entgeltfortzahlung	57
Krankengeld	60
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	67

<b>Rehabilitation</b>	<b>71</b>
Allgemeines zur Reha	71
Medizinische Rehabilitation	75
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	79
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	80
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	81
Leistungen zur Teilhabe an Bildung	81
Leistungen zur sozialen Teilhabe	82
<b>Behinderung</b>	<b>83</b>
Grad der Behinderung bei Psychosen	84
Schwerbehindertenausweis	86
Nachteilsausgleiche	87
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>89</b>
Erwerbsminderungsrente	89
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	91
Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit	93
Hilfe zum Lebensunterhalt	94
<b>Rechtliche Aspekte</b>	<b>95</b>
Rechtliche Betreuung	95
Freiheitsentziehende Maßnahmen	99
Patientenvorsorge	101
<b>Adressen</b>	<b>103</b>
<b>Anhang</b>	<b>105</b>
<b>Übersicht:</b> GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	106
<b>Übersicht:</b> Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	108
<b>Impressum</b>	<b>111</b>

# Psychosen

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

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

## Formen psychotischer Störungen

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

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

Diese Einteilung findet sich im Diagnosekatalog „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ (ICD) von der Weltgesundheitsorganisation. Die in Klammern stehenden ICD-Codes sind weltweit anerkannt, um medizinische Diagnosen einheitlich zu benennen. Derzeit aktuell ist die Version ICD-10. Es gibt bereits eine neuere Version der ICD, die ICD-11. Sie gilt seit 01.01.2022, wird aber in Deutschland noch nicht verwendet, weil sie noch nicht vollständig übersetzt ist und die Systeme noch nicht darauf umgestellt sind.

### **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Schizophrenie)**

Sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder mit einem Schwerpunkt auf kognitiven Störungen bei Wahrnehmung und Denken. Einer Schizophrenie liegt **keine** gespaltene Persönlichkeit zugrunde, wie der Wortsinn („schizo“ = ich spalte, „phren“ = Geist) vermuten lässt.

### **Schizotype Störung**

Betroffene zeigen exzentrisches Verhalten, anormales Denken und anormale Stimmung und wirken schizophren, obwohl bei ihnen eindeutige schizophrene Symptome fehlen.

### **Wahnhaftige Störungen**

Ein Wahn ist das Symptom, das im Vordergrund steht. Bei einem Wahn interpretieren die Betroffenen ihre Umwelt falsch oder geben ihr eine falsche Bedeutung. Beim Wahn liegen inhaltliche Denkstörungen vor, während bei Halluzinationen die Wahrnehmung gestört ist.

### **Organische Psychosen**

Es gibt eine organische Ursache, z. B. Hirnschädigungen durch Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson oder einen Hirntumor.

### **Schizoaffective Psychosen**

Wechsel von Symptomen einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer Manie.

### **Affektive Psychosen**

Veränderungen der Realitätsverarbeitung im Zusammenhang mit eher affektiven Störungen von Stimmung und Antrieb in Richtung einer Depression oder Manie oder in beide Richtungen (= bipolare Störung).

## Auftreten und Verlauf

Der erste Ausbruch der Erkrankung findet meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr statt.

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

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

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

## Ursachen

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

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

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

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

Auch der regelmäßige Konsum von **Drogen** wie Cannabis oder LSD zählt zu den Risikofaktoren.

## Symptome

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

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

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

### Plussymptome

Zu den Plussymptomen zählen:

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

- **Formale Denkstörungen:** Der Ablauf der Gedanken ist gestört. Darunter fallen Verzerrungen des herkömmlichen Denkablaufs, Zerfahrenheit mit sprunghaften und unlogischen Gedankengängen oder Abbruch eines Gedankengangs ohne erkennbaren Grund. Der Patient erfindet häufig neue Begriffe und Wortkombinationen oder wiederholt permanent bestimmte Sätze oder Gedanken.

### Minussymptome

Zu den Minussymptomen zählen u. a.:

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

### Katatone Symptome

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



# Therapie

---

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

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

## Medikamentöse Behandlung

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

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

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

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

Zum Teil werden kurzfristig Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel) eingesetzt, wenn es zu großer Erregung, Angst und innerer Unruhe kommt.

Eine medikamentöse Therapie stellt keine Alternative zur Psychotherapie (siehe S. 12) dar, sondern muss immer in ein **Gesamtbehandlungskonzept** eingebettet sein.

## Andere somatische Therapieverfahren

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

- **Elektrokrampftherapie (EKT)**

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

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

- **Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)**

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

## Psychotherapie

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

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

## Kosten

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

## Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wird häufig die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt. Sie hat die höchste wissenschaftliche Evidenz, d.h. es ist am besten nachgewiesen, dass diese Therapieform hilfreich für Betroffene ist. Menschen mit Schizophrenie soll sie angeboten werden, egal in welcher Phase der Erkrankung sie sich befinden. In der Therapie wird zunächst gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis seiner Probleme erarbeitet und er wird über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert. So sollen Ängste und Unsicherheiten abgebaut und eine Krankheits- bzw. Behandlungseinsicht vermittelt werden. Dann wird der Patient befähigt, Frühwarnsymptome zu erkennen und Strategien zu entwickeln, wie er darauf reagieren kann, um einen Rückfall zu vermeiden oder zumindest abzumildern. Weitere wichtige Themen der Therapie sind die Akzeptanz fortbestehender Symptome und der Medikamenteneinnahme, die Entwicklung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten sowie die Förderung der Lebensqualität. In der Regel benötigt eine KVT 25 bis 60 Sitzungen. Die Anzahl der Sitzungen hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. In schweren Fällen können bis zu 80 Stunden von der Krankenkasse genehmigt werden.

## Therapeutenwahl

Therapeuten können entweder **Psychologen** („psychologischer Psychotherapeut“) oder **Mediziner** („ärztlicher Psychotherapeut“) sein. Für eine Psychotherapie ist **keine** Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine **Kassenzulassung** haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Da die Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Psychotherapie eine zentrale Rolle spielt, ist die Auswahl des passenden Therapeuten sehr wichtig. Es ist daher möglich bei einem Therapeuten 2–4 Probestunden (**probatorische Sitzungen**) zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z. B. Hausarzt, Internist oder Neurologe, aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch. Seit dem 01.10.2021 gibt es auch probatorische Sitzungen in Gruppen.

## Dauer

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

## Psychotherapeutische Sprechstunde

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

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

## Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

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

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen.

## Therapeutensuche

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen – Patientenservice**  
Unter [www.116117.de](http://www.116117.de) können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestelle der KV**  
Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Themen A–Z > T > Terminservicestellen.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer**  
Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer finden Sie unter [www.wege-zur-psychotherapie.org](http://www.wege-zur-psychotherapie.org) > Psychotherapeutensuche.
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst**  
Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter:  
[www.psychotherapiesuche.de](http://www.psychotherapiesuche.de) oder Telefon 030 209166330.
- **Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e.V.**  
Tipps zur Therapeutensuche finden Sie unter [www.therapie.de](http://www.therapie.de) > Fragen & Antworten > Tipps erfolgreiche Therapeutensuche.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung**  
Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
  - Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
  - Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit.
  - Der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten (Kostenerstattung). Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde...“. Es kann unter [www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de](http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de) > Patienten > Faltblätter & Broschüren > Kostenerstattung bestellt oder heruntergeladen werden.

## Praxistipps!

### Antragsverfahren

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

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

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

### Psychoedukation

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

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

## Formen und Anbieter

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

Angehörige fungieren oft als „Unterstützer“ und können im gegenseitigen Austausch ungünstige Verhaltensmuster erkennen und auflösen. Für Akutpatienten bei denen das Denken und/oder die Konzentration nicht ausreichend gut funktioniert, ist eine Psychoedukation manchmal überfordernd, und daher nicht zu empfehlen.

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

## Kosten

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

Über Angebote für Psychoedukationen informieren Psychiater und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste (siehe S. 23), Institutsambulanzen, Kliniken oder Selbsthilfegruppen.

 Wer hilft weiter?

## Soziotherapie

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen in der Regel ärztliche und psychotherapeutische Hilfe. Diese Hilfe in Anspruch zu nehmen fällt ihnen jedoch oft schwer. Soziotherapie kann sie dabei unterstützen.

### Ziele

Bei Soziotherapie geht es vor allem um die

- Einsicht in die Notwendigkeit medizinischer/psychotherapeutischer Leistungen,
- Motivation und Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Leistungen,
- Organisation und Koordination der notwendigen Maßnahmen und deren zeitliche Planung,
- therapiegerechte, selbstständige Einnahme von Medikamenten und
- Förderung der Kontaktfähigkeit und sozialen Kompetenz.

### Leistungsinhalt

Folgende Leistungen werden in der Regel vom Soziotherapeuten erbracht:

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

## Voraussetzungen

Für die Verordnung von Soziotherapie müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

## Indikation

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

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

Die Verordnung von Soziotherapie ist zudem nur möglich, wenn der Betroffene die notwendigen ärztlichen oder therapeutischen Maßnahmen **nicht** selbstständig in Anspruch nehmen kann.

Das ist in der Regel der Fall, wenn mindestens eine der folgenden Einschränkungen in einem erheblichen Ausmaß vorliegt:

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

## Verordnung

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

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

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

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

Maßnahmen der Soziotherapie und der psychiatrischen Krankenpflege (siehe S. 25) können in der Regel nur **nacheinander**, nicht zeitlich nebeneinander verordnet werden. Eine **Ausnahme** ist, wenn die Maßnahmen sich aufgrund ihrer jeweiligen Zielsetzung ergänzen. Diese Abgrenzung gegeneinander ist dann sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan darzulegen.

## Dauer

Eine Soziotherapie umfasst **120 Stunden** innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall. Eine Therapieeinheit umfasst 60 Minuten. „Krankheitsfall“ ist das Krankheitsgeschehen, das eine einheitliche medizinische Ursache hat, z. B. eine nicht ausgeheilte psychische Erkrankung, die immer wieder zu Hilfebedürftigkeit führt. Die Stunden können in kleinere Einheiten aufgeteilt werden.

In besonderen Fällen können auch Gruppentherapiestunden à 90 Minuten stattfinden. Pro Verordnung dürfen maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

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

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

## Zuzahlung

Volljährige Versicherte müssen eine Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 51.

## Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Soziotherapie eine Richtlinie erstellt. Diese können Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Soziotherapie-Richtlinie* herunterladen.

Erbringen können die Soziotherapie nur Soziotherapeuten, die bei der Krankenkasse zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben.

- Die Krankenkassen vermitteln Adressen der zugelassenen Soziotherapeuten.
- Der Berufsverband der Soziotherapeuten bietet eine Liste von Adressen unter: [www.soziotherapie.eu](http://www.soziotherapie.eu) > *Soziotherapeuten finden*.
- Teilweise bieten Sozialpsychiatrische Dienste ähnliche Unterstützungsleistungen wie Soziotherapeuten bzw. kennen die Soziotherapeuten vor Ort.

 Wer hilft weiter?

## Ergotherapie

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

Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen zur Verbesserung

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

## Verordnung und Zuzahlung

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

Erwachsene zahlen 10% der Kosten plus 10 € je Verordnung zu. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres auf S. 51.

## Therapiebesuch zu Hause

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

### Praxistipp!

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

### Wer hilft weiter?

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

## Psychoseseminare

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

Im Psychoseseminar können Betroffene, Angehörige, Fachleute und Interessierte Erfahrungen austauschen, Vorurteile abbauen und neue Erkenntnisse gewinnen. Betroffene sind Experten in eigener Sache, Angehörige haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und professionell Tätige verfügen über das nötige Fachwissen. Diese Kompetenzen sollen durch den gemeinsamen Austausch (sog. Trialog) genutzt werden. Der Trialog ist durch einen Austausch auf Augenhöhe mit gegenseitigem Respekt gekennzeichnet.

Es handelt sich nicht um eine therapeutische Methode, sondern soll dazu beitragen, dass Erkrankte mehr einbezogen werden, um voneinander zu lernen und die Behandlungsmethoden verbessern zu können.

Informationen und Termine eines Psychoseseminars finden Sie unter:  
[www.trialog-psychoseseminar.de](http://www.trialog-psychoseseminar.de).

## Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

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

### Aufgaben

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

- **Beratung und Begleitung:** Betroffene und deren Angehörige können sich schnell und unkompliziert beraten lassen und ihre Schwierigkeiten schildern. Der SpDi hält auch Kontakt zu Menschen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung stark zurückziehen und wenig oder keine sozialen Kontakte haben. Auch Hausbesuche sind möglich, wenn der Betroffene damit einverstanden ist.
- **Planung und Koordination von Hilfen im Einzelfall:** Der SpDi plant und koordiniert alle notwendigen Hilfen. Zudem motiviert und unterstützt er den Betroffenen dabei, die Hilfen auch in Anspruch zu nehmen.
- **Notfallhilfen:** Betroffene werden in psychischen und sozialen Ausnahme- und Notfallsituationen (z. B. bei Suizidgedanken, drohender Wohnungslosigkeit) unterstützt.
- **Vor- und Nachsorge:** Um beginnende (Wieder-)Erkrankungen aufzufangen, vermittelt der SpDi frühzeitig ärztliche Hilfe und den Kontakt zu Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor Ort. Auch nach Krisen und/oder stationären Behandlungen betreut der SpDi die Betroffenen, bis diese sich in ihrem Leben wieder gefestigt haben.
- **Vernetzung und Steuerung:** Der SpDi fördert die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen vor Ort. Zudem plant er, welcher Bedarf wie gedeckt werden kann und verbessert die örtlichen Versorgungsmöglichkeiten.

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

**Gegen den Willen** eines Betroffenen kann der SpDi nur tätig werden, wenn eine **Selbst- oder Fremdgefährdung** vorliegt. .

## Organisation

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

## Kosten

Die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste ist für die Hilfesuchenden kostenlos.

### Praxistipp!

Ansprechpartner regionaler SpDi-Netzwerke finden Sie beim Bundesweiten Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste unter:  
[www.sozialpsychiatrische-dienste.de](http://www.sozialpsychiatrische-dienste.de) > Regionale Netzwerke.

### Wer hilft weiter?

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

## Institutsambulanz

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

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

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

## Häusliche psychiatrische Krankenpflege

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

Psychiatrische Krankenpflege ist eine Sonderform der häuslichen Krankenpflege, d. h. ein Patient wird zu Hause von Fachpersonal versorgt.

### Ziele

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege dient

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

### Voraussetzungen

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

**Folgende Voraussetzungen müssen für die Verordnung psychiatrischer Krankenpflege gegeben sein:**

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

## Verordnung

Die ärztliche Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege erfolgt durch

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

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

## Dauer

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

Zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) und um einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen (Unterstützungspflege), besteht ein Anspruch auf bis zu 4 Wochen psychiatrische Krankenpflege, in begründeten Ausnahmefällen auch länger.

Nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Inanspruchnahme im Rahmen des Entlassmanagements für bis zu 7 Tage möglich.

## Zuzahlung

Volljährige Versicherte zahlen 10% der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres ab S. 51.

## Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d. h. sie stellen die Pflegekraft.

**Ausnahme:** Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine usw. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt worden sein.

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

- die Krankenkasse keine Kraft stellen kann, z. B. wenn die Kapazität der von der Krankenkasse eingestellten Pflegekräfte erschöpft ist,
- die selbst beschaffte Pflegekraft geringere Kosten verursacht,
- der Betroffene aus nachvollziehbaren Gründen nur eine bestimmte selbst ausgewählte Pflegeperson akzeptiert. Diese Person muss geeignet sein, pflegerische Dienste zu erbringen, was allerdings nicht notwendigerweise eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzt.

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

## Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie* heruntergeladen werden.

Die „Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege“ stehen in § 4 der Richtlinie.

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

## Weitere psychosoziale Therapieformen

Folgende psychosoziale Behandlungsformen sind bei Psychosen ebenfalls von Bedeutung:

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

## Stationäre und teilstationäre Behandlung

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

Wird ein Elternteil stationär untergebracht, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe genehmigt werden.

### Psychiatrische Klinik

Im Krisenfall (Akutphase) kann die Behandlung von Psychose-Patienten in psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen von Kliniken erfolgen.

Eine stationäre Behandlung hat immer das Ziel, die aktuelle Krise zu bewältigen und den Betroffenen zu stabilisieren. Dieses Ziel wird in einem Behandlungsplan beschrieben, der in Akut-, Stabilisierungs- und Remissionsphase gegliedert ist.

Ziele sind die Schaffung einer therapeutischen Beziehung, das Aufheben oder Abklingen der Krankheitssymptome, das Verhindern einer Selbst- oder Fremdgefährdung und andere.

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

### **Kosten und Zuzahlung**

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

Volljährige Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung von 10 € pro Tag leisten. Diese Zuzahlung ist auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag. Näheres zu Zuzahlungen der Krankenversicherung und den Voraussetzungen einer Zuzahlungsbefreiung ab S. 51.

### **Tageskliniken**

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

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

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

## Soteria

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

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

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

Soteria legt zudem großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen.

Derzeit gibt es nur wenige Soteria-Einrichtungen in Deutschland, z. B. in Zwiefalten, München, Köln und Leipzig. In manchen psychiatrischen Kliniken werden Elemente des Soteria-Konzepts angewandt. Adressen und weitere Informationen unter [www.soteria-netzwerk.de](http://www.soteria-netzwerk.de).

## Offener Dialog

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

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

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





# Leben mit Psychosen

**Psychotische Erkrankungen wirken sich auf viele Lebensbereiche der Betroffenen aus. Einige Patienten haben Schwierigkeiten ihren Alltag zu bewältigen und benötigen in bestimmten Bereichen Unterstützung.**

## Angehörige und Bezugspersonen

**Bei psychotischen Störungen sind die Angehörigen in besonderer Weise mit betroffen. Sie müssen Rücksicht auf ihre eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten nehmen und sich im täglichen, herausfordernden Umgang mit dem Betroffenen üben.**

Die Familie merkt oft bald, dass mit dem Angehörigen etwas nicht stimmt, doch als Ursachen werden eher eine Sinneswandlung oder eine vorübergehende Krise angenommen. Bis zur Diagnosestellung können Jahre vergehen – und zwischenzeitlich brechen Freundschaften auseinander und manchmal sogar die Familie.

Für den Betroffenen kann die Erkrankung plötzlich kommen. Denken und Fühlen, Wahrnehmung von Körper und Umfeld sind gestört und führen unmerklich dazu, dass gewohnte Lebensbahnen verlassen werden. Es kann zum Verlust des Arbeitsplatzes kommen, zum Abbruch eines Studiums, zu Auseinandersetzungen mit und Trennungen von Freunden, Verwandten oder Lebenspartnern. Rückzug aus dem gewohnten Umfeld und fehlende soziale Kontakte sind die Folgen. Das wirkt auf das gesamte Familiensystem ein, z. B. sehen sich Eltern mit der Situation konfrontiert, ihr volljähriges Kind wieder in ihrem Haushalt aufnehmen zu müssen oder der einstige Hauptverdiener einer Familie ist nun arbeitslos.

Deshalb ist es ratsam, dass auch die Angehörigen **professionelle Hilfe** für sich in Anspruch nehmen. Der Patient sollte davon wissen, damit er nicht das Gefühl bekommt, dass hinter seinem Rücken gehandelt wird.

## Anhaltspunkte zum Umgang mit Psychose-Patienten

Nachfolgend Anhaltspunkte für Angehörige zum Umgang mit Psychose-Patienten. Sie sind der „Blauen Broschüre“ entnommen: „Es ist normal, verschieden zu sein! Verständnis und Behandlung von Psychosen.“

Erstellt im Dialog von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten/Wissenschaftlern in der AG der Psychoseseminare (Hrsg.). Download der Broschüre unter [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de) > *Download* > *Mediathek* > *Druck*.

### Orientierung

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

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

### **Entwicklung**

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

### **Dabeisein**

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

### **Kontakt**

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

### **Grenzen des Verstehens**

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

## Selbsthilfe, Beratung, Austausch

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

Adressen vermittelt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen unter [www.bapk.de](http://www.bapk.de) und andere Selbsthilfeverbände (Adressen siehe S. 103).



Wer hilft weiter?

## Kinder von Eltern mit Psychosen

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

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

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

**Betroffene Kinder haben oft mit folgenden Schwierigkeiten zu kämpfen:**

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

## Gesteigertes Erkrankungsrisiko

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

### Risiko für Schizophrenie ...

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

Außerdem haben Kinder von Eltern mit Psychosen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen im Allgemeinen. Weil zwischen dem Grad der Verwandtschaft und den erhöhten Risiken Zusammenhänge festgestellt wurden, ist davon auszugehen, dass genetische Ursachen beteiligt sind.

Aber auch die psychosozialen Belastungen, die in Familien mit Eltern die Psychosen haben häufiger vorkommen, bedeuten für die Kinder ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen. Auch gehen Eltern mit Psychosen oft anders mit ihren Kindern um. Sie können mit der Erziehung und Betreuung überfordert sein. Außerdem können sie nicht immer die Vorbildrolle einnehmen, die Eltern für ihre Kinder haben sollten. Kinder können auch unter den Konflikten leiden, die durch die Psychose entstehen. Genaueres dazu unter [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) > Archiv > Suchbegriff: „Mattejat Kinder psychisch kranker Eltern Übersichtsarbeit“.

## Präventive Maßnahmen

Es gibt das Vorurteil, betroffene Kinder könnten genetischen Risiken nicht entkommen. Psychosoziale Einflüsse werden oft im Vergleich zur genetischen Anfälligkeit als weniger wichtig eingeschätzt.

Tatsächlich gilt jedoch: Gerade bei Menschen, die erblich bedingt besonders verletzlich sind, sind die **Umwelteinflüsse besonders wichtig**. Positiv wie auch negativ haben sie eine starke Wirkung.

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

Für Kinder von Eltern mit Psychosen gilt es psychosoziale Belastungen zu vermindern und Schutzfaktoren zu schaffen bzw. zu verstärken.

**Konkrete wirksame Präventionsmaßnahmen sind:**

- Gute Behandlung der Psychosen des Elternteils
- Psychoedukation (siehe S. 16) für die ganze Familie inklusive Ermutigung mit den Problemen nach außen hin offen umzugehen
- Therapeutische und sozialpädagogische Hilfen für die ganze Familie
- Gute Zusammenarbeit aller beteiligten Fachleute (auch mit den Lehrkräften der Kinder)

- Allgemeiner Sozialdienst des örtlichen Jugendamts
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern, [www.bag-kipe.de](http://www.bag-kipe.de)
- Förderkreis KIPKEL e.V. Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern, [www.kipkel.de](http://www.kipkel.de)

## Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene

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

### Gewohnte Umgebung und vertraute Menschen

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

### Keine Vergleiche und eigene Maßstäbe

Psychosepatienten sollten sich nicht überfordern und zu viel von sich erwarten. Während einer depressiven Phase sollten sie sich z. B. nicht unter Druck setzen, alle Aufgaben des täglichen Lebens bewältigen zu können. Sinnvoller ist es, dass sie verständnisvoll mit sich umgehen und auf jede gemeisterte Aufgabe stolz sind. Auch ein Vergleich mit anderen Menschen ist nicht hilfreich, denn jeder geht mit den täglichen Herausforderungen anders um. Dies sollten Betroffene stets im Kopf behalten, wenn sie dazu neigen, sich im Vergleich mit anderen schlecht zu fühlen.

### Professionelle Hilfe

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

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

### **Frühe Anzeichen erkennen**

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

### **Krisenplan**

Zu einer Psychotherapie bei Psychosen gehört das Erstellen eines Krisenplans zur Rückfallprophylaxe. Ein Krisenplan sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen und professionellen Helfern vom Betroffenen erstellt werden. In ihm ist bereits vorgeplant, was bei der Person individuelle Frühwarnzeichen für einen psychotischen Schub sind und was dann zu tun ist. Der Krisenplan kann auch helfen, mit Belastungen gut umzugehen und einer Verschlechterung der Gesundheit ggf. vorbeugen. Betroffene können durch den Krisenplan ohne darüber nachdenken zu müssen richtig reagieren, auch wenn das Denken und Planen gerade schwer fällt oder nicht möglich ist.

### **Gesunder Lebensstil und Achtsamkeit**

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

### **Soziale Kontakte**

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

---

## Wohnen

Einen Rückzugsraum zu haben, in eine soziale Gemeinschaft eingebunden zu sein, alltägliche Pflichten wie Putzen oder Kochen sowie eine Tagesstruktur zu haben und Selbstständigkeit zu gewinnen – das sind für Menschen mit Psychosen oft zentrale Herausforderungen.

Der Wohnsituation kommt deswegen große Bedeutung zu, sowohl in der ersten Zeit nach einem Klinikaufenthalt als auch als langfristige Lebensfrage. Neben dem Wohnen im bisherigen Familienumfeld gibt es verschiedenste geförderte und begleitete Wohnformen. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die einzelnen Möglichkeiten.

## Betreute Wohnformen

Bei betreuten Wohnformen stehen dem Bewohner Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Pfleger zur Seite. Die fachliche Ausrichtung ist je nach Konzept unterschiedlich. Im Idealfall kommen die Betreuer aus verschiedenen Berufsgruppen und arbeiten eng zusammen. Die Betreuung richtet sich immer nach dem individuellen Bedarf und unterscheidet sich deshalb ebenfalls sehr stark, sowohl was die Themen und Ziele angeht als auch in der Intensität. **Wichtig ist**, dass es verbindliche Absprachen gibt, gemeinsam festgelegte Betreuungsziele und ein Hilfsnetz im Hintergrund, mit dem jederzeit auf Veränderungen und Krisen reagiert werden kann.

Die Betreuungsangebote umfassen z. B.

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

## Träger

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

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

## **Wohnformen**

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

### **Betreutes Einzelwohnen**

Dabei erfolgt die Unterstützung in der eigenen Wohnung. In der Regel besucht ein Betreuer den Klienten mehrmals in der Woche zu Hause zu fest ausgemachten Terminen. Nachts erfolgt keine Betreuung. Betreutes Einzelwohnen kommt insbesondere für Menschen in Frage, die schon relativ gut mit ihrer Erkrankung umgehen und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung zu leben.

### **Appartementwohnen**

Dies ist eine Zwischenform zwischen betreutem Einzelwohnen und einer Wohngruppe. Jeder Appartementbewohner ist eigenständig, hat ein eigenes Bad und eine kleine Küche, wohnt aber in einem Appartementhaus mit anderen Betroffenen. Gemeinschaftseinrichtungen ermöglichen soziale Kontakte, aber es ist auch der völlige Rückzug möglich. Betreuer und Therapeuten haben separate Räume.

### **(Therapeutische) Wohngemeinschaft**

In einer Wohngemeinschaft (WG) wohnen mehrere Betroffene zusammen. Jeder hat ein Zimmer für sich. Bad, Küche, Wohn- und Esszimmer werden gemeinschaftlich genutzt. Bei therapeutischen WGs (TWG) liegt der Schwerpunkt auf der therapeutischen Behandlung. In anderen Wohngemeinschaften geht es vorwiegend um die praktische Unterstützung im Alltag. In jedem Fall soll die Selbstständigkeit der Bewohner gefördert werden: Durch die Tagesstruktur, das Wechselspiel von sozialem Miteinander und Rückzug in das eigene Zimmer sowie die Übernahme von Pflichten in der Gemeinschaft. In der Regel ist ein Zimmer oder Büro in der WG für die therapeutischen Begleiter reserviert. Diese sind je nach Bedarf und Konzept zeitweise oder ganztags oder auch über Nacht vor Ort.

### **Wohngruppe**

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

### **Langzeitwohnprojekte**

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

## Soteria

Eine besondere Form der Wohngemeinschaft sind Soteria-Häuser (siehe S. 30).

## Wohnheim

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

---

Nähere Informationen zu betreuten Wohnformen für psychisch kranke Menschen gibt es beim Psychiatrienetz unter [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de) > *Gemeindepsychiatrie* > *Alltagshilfen*.

Auf der Suche nach betreutem Wohnen helfen der Sozialdienst in der Klinik, der ambulante Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 23) sowie alle Träger mit entsprechenden Angeboten – das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine.

## Wohnen in der Familie

Ob das Zusammenleben mit der Familie möglich und sinnvoll ist, sollte gut überlegt und bewusst entschieden werden. Je nach Alter und Störungsbild kann das Familienleben eine erstrebenswerte Wohnform sein, weil die vertraute Umgebung und die Angehörigen Sicherheit und Geborgenheit geben. Aber ebenso kann eine familienunabhängige Wohnform Selbstständigkeit und Entwicklung erst ermöglichen.

Kommt ein Patient nach einem Klinikaufenthalt (wieder) nach Hause, sollte eine ambulante Nachsorge durch ärztliche Behandlung, Beratungsstellen, Ambulanzen und/oder Tagesstätten für psychisch kranke Menschen (siehe S. 44) gewährleistet sein. Dem Betroffenen sollte ermöglicht werden, eine Balance zwischen Rückzug und Teilnahme am Familienleben zu finden. Dazu sollten ihm räumliche Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

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



Wer hilft weiter?

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

## Arbeit

Bei einer chronifizierten Psychose kommt es zu bleibenden bzw. immer wiederkehrenden Beeinträchtigungen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Ist die (Wieder-)Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Arbeitslosigkeit kann ein zusätzlicher Risikofaktor für eine erneute Akutphase sein. Einer Berufstätigkeit ist daher nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus vielen weiteren Gründen eine hohe Priorität einzuräumen. Ist die (Wieder-) Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, können alternative Beschäftigungsmöglichkeiten in Frage kommen.

### Bedeutung von Arbeit

#### *Arbeit...*

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

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

## 1-€-Jobs

Sog. 1-€-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II“) können Menschen mit Psychosen die Gelegenheit geben, die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen und so wieder in das Berufsleben zu finden. Die tatsächliche Mehraufwandsentschädigung liegt meist etwas höher als 1 € pro Stunde. Während einer solchen Arbeitsgelegenheit erhalten die Teilnehmenden an diesen Maßnahmen **Bürgergeld** (früher: Arbeitslosengeld II, Hartz IV) und dazu die Mehraufwandsentschädigung. Voraussetzungen dafür sind Erwerbsfähigkeit (keine oder nur teilweise Erwerbsminderung) und Hilfebedürftigkeit (kein oder nur geringes Einkommen und Vermögen), Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Bürgergeld > Einkommen und Vermögen“.

## Beschäftigungsmöglichkeiten trotz voller Erwerbsminderung

Einige Psychosen-Patienten können weiterhin auf dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Hat der Patient jedoch kein Arbeitsverhältnis (mehr) und hat der normale Bewerbungsweg keine Aussicht auf Erfolg, sind alternative Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem sog. **besonderen Arbeitsmarkt**, auch zweiter Arbeitsmarkt genannt, möglich. Damit werden alle vom Staat geförderten Arbeitsverhältnisse bezeichnet.

Wenn ein Mensch wegen seiner Psychosen nicht mehr oder nur noch weniger als 3 Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann, gilt er als voll erwerbsgemindert. Das bedeutet jedoch nicht, dass er nur noch unter 3 Stunden oder gar nicht arbeiten kann, sondern dass Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen besteht. Diese ermöglichen eine Tätigkeit auf dem besonderen Arbeitsmarkt.

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

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

## Zuverdienstprojekte

Das Problem bei den meisten bisher genannten Arbeitsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Menschen mit Psychosen. Hilfreich sind hier sog. Zuverdienstprojekte für Menschen mit psychischen Störungen.

Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten für weniger als 20 Wochenarbeitsstunden und passen ihre Anforderungen mit folgenden Maßnahmen an die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Betroffenen an:

- Flexible Arbeitszeiten
- Flexible Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, bei Bedarf viele Pausen
- Rücksicht auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle
- Keine zeitliche Befristung der Beschäftigung (Loslösung von Bewilligungszeiträumen)
- Kein Reha-Druck mit Zielvorgabe

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

Weitere Informationen zu Zuverdienstprojekten gibt es beim Projekt Zuverdienst unter <https://mehrzuverdienst.de>.

Adressen von Anbietern einiger Zuverdienstprojekte können auch bei Rehadat unter [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) > Adressen > Arbeit & Beschäftigung > Zuverdienst- & Beschäftigungsangebote gefunden werden.

### Tagesstätten für Menschen mit psychischen Krankheiten

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

**Typische Angebote und Hilfen einer Tagesstätte sind:**

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

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

In der Regel stellen sie dann an die sozialen Fähigkeiten der Mitglieder höhere Anforderungen und fordern eine etwas höhere Verbindlichkeit, z. B. durch die Übernahme von Pflichten zu bestimmten Zeiten.

Nähere Informationen zu Tagesstätten für psychisch kranke Menschen gibt das Psychiatrienetz unter [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de) > *Gemeindepsychiatrie* > *Alltagshilfen* > *Tagesstätten/Kontakt-/Beratungsstellen*.

### **Mögliche Träger, Partner und Geldgeber**

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

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

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

Auf der Suche nach geeigneten Arbeitsmöglichkeiten helfen der Sozialdienst in der Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 23), alle Träger mit entsprechenden Angeboten, das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine, sowie mögliche Kostenträger, z. B. Integrationsamt oder Agentur für Arbeit.

 **Wer hilft weiter?**

## Autofahren

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

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

Nach dem Abklingen der akuten Symptome ist die Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs unter Umständen wieder gegeben:

- **Organisch-psychische Störungen:**

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

- **Affektive Psychosen:**

Wenn eine schwere Depression mit wahnhaften oder stuporösen (erstarrenden) Symptomen einhergeht, eine akute Suizidalität besteht sowie bei allen manischen Phasen, sind die psychischen Fähigkeiten so herabgesetzt, dass kein Fahrzeug geführt werden darf. Wenn die relevanten Symptome abgeklungen sind und **nicht mit ihrem Wiederauftreten zu rechnen ist**, kann die Fahrtüchtigkeit wieder vorhanden sein. Dies muss durch regelmäßige Kontrollen bei einem Facharzt für Psychiatrie nachgewiesen werden.

- **Schizophrene Psychosen:**

Ein Fahrzeug darf wieder geführt werden, wenn keine Störungen (z. B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen.

Bei mehreren psychotischen Episoden sind regelmäßige Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie durchzuführen.

**Aber:** Die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen, z. B. in Bussen, sowie das Führen von LKWs ist in der Regel nicht mehr gegeben.

## Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

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

Der Download der „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter [www.bast.de](http://www.bast.de) > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* > *zum Download*. Die Hinweise zur Kraftfahreignung bei Psychosen stehen in Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“ ab S. 69.

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





# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

**Patienten mit Psychosen benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten.**

Zuzahlungen stellen für viele Menschen eine finanzielle Belastung dar. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

## Zuzahlungsregelungen

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

### Arzneimittel

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

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

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

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

Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

### Festbeträge

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

## Praxistipps!



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

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

### Verbandmittel

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

### Heilmittel

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

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

### Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, wie z. B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

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

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

### Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

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

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

### Soziotherapie

Soziotherapie (siehe S. 18) ist die ambulante Betreuung psychisch schwer kranker Menschen.

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

## Haushaltshilfe

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

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

## Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

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

## Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

## Fahrtkosten

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

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

## Zuzahlungsbefreiung

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

### Erreichen der Belastungsgrenze

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

### Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

**Einnahmen** zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

**Nicht zu den Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld, Kindergeld.

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) > Themen > Leistungen > Zuzahlungen bei Leistungen heruntergeladen werden.

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

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

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

### Freibetrag

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

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

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

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

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

### **Berechnungsbeispiel**

#### **Ehepaar mit 2 Kindern:**

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

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

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

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

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

## **Sonderregelung für chronisch Kranke**

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

### **Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:**

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

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

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

### Vorsorge

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

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

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

### Richtlinie

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

### Praxistipps!



- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) sowie von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat /6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Die zuständige Krankenkasse.

 Wer hilft weiter?



# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Psychosen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgebende sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

## Definition „Arbeitsunfähigkeit“

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

## Entgeltfortzahlung

Arbeitnehmende mit Psychosen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Sie haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgebenden.

Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

## Voraussetzungen

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

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

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

## Pflichten von Arbeitnehmenden

### Arbeitnehmende unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgebende die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.  
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgebenden. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung, dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.  
Arbeitgebende können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmende im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmenden ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

## Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht schon an diesem Tag ein Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 60.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn die beschäftigte Person mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.  
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

## Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

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

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

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

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



Wer hilft weiter?

## Krankengeld

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

### Voraussetzungen

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

Weitere Voraussetzungen sind:

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

### Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (siehe S. 80) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)

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

## Krankengeld für Selbstständige

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

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

## Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmenden erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 57).

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

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

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

## Höhe

### Das Krankengeld beträgt

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

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

## Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

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

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

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

## Berechnung in besonderen Fällen

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

## Höchstbetrag

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

## Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen.

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

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

Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pflegeversicherung.“

### Berechnungsbeispiel

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

#### Monatlich brutto 3.000 €

3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €  
davon 70% = 70 €

#### Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €  
davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,3%  
(Krankgeldempfänger mit Kind) = 47,36 €

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

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

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 60) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

### Ruhen des Anspruchs

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

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

### **Der Anspruch auf Krankengeld ruht z. B.:**

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt.  
Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist.  
Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der die arbeitnehmende Person dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahl-erklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.

### **Ausschluss des Krankengelds**

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

### **Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen**

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

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

### **Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer**

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

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

## Praxistipps!



- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
  - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
  - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 68.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

## Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

## Arbeitslosengeld trotz Krankheit

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

### Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

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

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

## Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

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

**Hinweis:** Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgebende die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt nicht bei Arbeitslosigkeit, d. h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 01.01.2024 geplant.

## Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld **kein** Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung, Näheres siehe S. 68.

## Höhe des Krankengelds

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

## Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 65) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

### Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 89) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

### Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

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

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

## Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

### Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

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

### Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres zum Bürgergeld auf S. 93.

### Bezug von Krankengeld bei Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende

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

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

 **Wer hilft weiter?**



# Rehabilitation

---

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

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

## Allgemeines zur Reha

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

## Überblick über Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Darum werden Reha-Leistungen auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

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

## **Kostenträger**

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

### **Krankenkassen**

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

### **Rentenversicherungsträger**

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

### **Unfallversicherungsträger**

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

### **Agenturen für Arbeit**

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

### **Eingliederungshilfe-Träger**

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

### **Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)**

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

### **Unfallversicherungsträger**

Bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

## Sicherung des Lebensunterhalts

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

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

## Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.

Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

## Fristen für die Träger

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

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

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragseingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche.

### **Ausnahmen:**

- Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
- **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**

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

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

**Praxistipp!**



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

- **Ein Gerichtsverfahren:**

- Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
- Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
- Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang für die ersten beiden Instanzen des Sozialgerichts
- Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe

- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**

Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher darüber**.

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

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

## Medizinische Rehabilitation

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

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

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



## Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

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

## Ambulante und stationäre medizinische Reha

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

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

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.

Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

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



- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson, die z. B. einen nahen Angehörigen pflegt, stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 01.01.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.
- Adressen von Rehakliniken finden Sie unter [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de).

### Allgemeine Voraussetzungen

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

### Dauer

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

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

### Zuzahlungen

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

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

### Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.359 €** liegt

### Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.

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

### **Stufenweise Wiedereingliederung**

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

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



## Voraussetzungen

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

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

**Menschen mit Schwerbehinderung** und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann.

Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

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

## Dauer

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

## Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit: Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 57)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds: ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 67)

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 81) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 80). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

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

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

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

## Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

Die „Rehabilitation psychisch kranker Menschen“, kurz RPK, vereint **medizinische und berufliche Reha-Leistungen und bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen eine individuelle und wohnortnahe Unterstützung.**

In der Regel verfügen RPK-Einrichtungen über 10–50 Plätze und bieten die Reha-Maßnahmen ambulant und/oder stationär an.

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

Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. unter: [www.bagrpk.de](http://www.bagrpk.de) > Standorte gesucht werden.



## Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z. B. durch:
  - Arbeitsassistenz
  - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung, z. B. im Rahmen des Budgets für Ausbildung oder unterstützter Beschäftigung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangs-, Berufsbildungs- oder Arbeitsbereich
- Alternativen zur WfbM:
  - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z. B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
  - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
  - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30% bis in der Regel höchstens 50% schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

## Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

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

Folgende Reha-Leistungen sind z. B. möglich:

- **Lohnersatzleistungen:** z. B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- **Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:** Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- **Reisekosten:** Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- **Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:** Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- **Schulungen:** Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige
- **Sozialmedizinische Nachsorge:** für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- **Kraftfahrzeughilfe**
- **Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha,** z. B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- **Sonstige Leistungen,** die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können

## Leistungen zur Teilhabe an Bildung

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

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

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

Typische Leistungen sind:

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

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

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

## Leistungen zur sozialen Teilhabe

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

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

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

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

Zuständige Träger können sein:

- **Träger der Kinder- und Jugendhilfe:**  
bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr, ggf. auch bei jungen Volljährigen
- **Träger der Eingliederungshilfe:**  
Nur, wenn kein anderer Träger zuständig ist; Leistungen der sozialen Teilhabe sind nachrangig gegenüber den anderen Leistungen der Eingliederungshilfe

# Behinderung

Psychosen 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 bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

## Definition „Behinderung“

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

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

*Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“*

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

## Gleichstellung

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

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

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

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

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Die Gleichstellung kann auch online unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

## **Grad der Behinderung bei Psychosen**

**Bei schweren Psychosen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden.**

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Bei der Bemessung des GdS bzw. GdB geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen.

Bei mehreren Beeinträchtigungen werden für jede Beeinträchtigung einzelne Werte angegeben. Für die Bemessung des Gesamt-GdB bzw. GdS werden diese Werte aber nicht addiert oder sonst irgendwie miteinander verrechnet. Stattdessen kommt es dafür immer auf alle Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit an. Es muss berücksichtigt werden, wie sie sich gegenseitig beeinflussen und welche Auswirkungen es auf die Teilhabe des Menschen in der Gesellschaft gibt.

Nachfolgend die Anhaltswerte für schizophrene und affektive Psychosen:

GdB	
<p><b>Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose</b> im floriden Stadium<sup>1</sup> je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten.</p>	<b>50–100</b>
<p><sup>1</sup> Florides Stadium wird die Phase genannt, in der die eigentlichen psychotischen Symptome auftreten.</p>	
<p><b>Schizophrener Residualzustand<sup>2</sup></b> (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen</p>	
<p><sup>2</sup> Residualzustand nennt man nachhaltige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit nach einer Krankheit, hier nach psychotischen Schüben. Mit Vitalitätseinbußen werden Einschränkungen von Lebenskraft und Lebensfreude bezeichnet. Affektive Nivellierung ist die Verflachung der Gefühle.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten</li> </ul>	<b>10–20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten</li> </ul>	<b>30–40</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten</li> </ul>	<b>50–70</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten</li> </ul>	<b>80–100</b>
<p><b>Affektive Psychose</b> mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung</li> </ul>	<b>30–50</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer</li> </ul>	<b>60–100</b>
<p><b>Heilungsbewährung</b> Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist im Allgemeinen eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind</li> </ul>	<b>50</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sonst</li> </ul>	<b>30</b>

**Ausnahme:** Eine Heilungsbewährung braucht **nicht** abgewartet zu werden, wenn eine monopolar (ohne manische Phasen) verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

Verschlechtert sich nach der Feststellung des GdB der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, kann beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

## Schwerbehindertenausweis

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

### Antrag

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

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

**Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:**

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

### Gültigkeitsdauer

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

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

## Merkzeichen

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

Folgende Merkzeichen können aufgrund einer psychotischen Erkrankung in Frage kommen:

- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig

## Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 105.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

 **Praxistipps!**

 **Wer hilft weiter?**



# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für eine Erwerbsminderung. Als erwerbsgemindert gilt, wer wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt aufnehmen kann.

Verschiedene Leistungen, z. B. eine Rente wegen Erwerbsminderung, Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) können den Lebensunterhalt bei Erwerbsminderung sichern.

## Definition „Erwerbsminderung“

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

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

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

## Erwerbsminderungsrente

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

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Reha wiederhergestellt werden kann. Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine Aussicht auf Besserung, prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

## Voraussetzungen

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

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

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

## Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird.

Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40% auf die Rente angerechnet.

Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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

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

## Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten heruntergeladen werden.

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

Praxistipp!



Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Die Rentenversicherungsträger vermitteln Beratungsstellen vor Ort. Sie erteilen Auskünfte und nehmen individuelle Rentenberechnungen vor.



## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

### Voraussetzungen

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

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

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

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



Das Sozialamt darf Ihnen die Sozialhilfe nicht mit Verweis auf einen möglichen Anspruch auf Wohngeld verweigern für Bewilligungszeiträume, die den 31.12.2022 einschließen oder in der Zeit vom 01.01.2023–30.06.2023 beginnen. Weisen Sie ggf. das Sozialamt auf § 131 SGB XII hin.

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ist das auch für alle anderen Bewilligungszeiträume nicht zulässig. Sollte das Sozialamt Sie trotzdem auf einen Wohngeldantrag verweisen, verweisen Sie auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 06.07.2021, Az: B 8 SO 2/20 R. Sie finden es unter [www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de) > Suchbegriff: B 8 SO 2/20 R > Entscheidung 23.03.2021 und können dem Sozialamt einen Ausdruck der Entscheidung mitbringen.

## Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

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

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

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

## **Dauer**

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

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

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

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

## **Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit**

**Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen.**

Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und teilweiser Erwerbsminderungsrente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat.

Weitere Informationen zum Bürgergeld, z. B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

## Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 92) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Wer hilft weiter? 

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

# Rechtliche Aspekte

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

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

In der Akutphase einer Psychose sind Patienten in der Regel **geschäftsunfähig**. Geschäftsfähigkeit bedeutet, dass man **Rechtsgeschäfte vornehmen darf**. Ob jemand geschäftsfähig ist oder nicht, hat jedoch nichts damit zu tun, ob dieser unter rechtlicher Betreuung steht oder nicht.

## Rechtliche Betreuung

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

Rechtliche Betreuung ist keine Entmündigung und macht nicht geschäftsunfähig. Sie ist keine pflegerische Betreuung und keine Betreuung im Sinne einer Beaufsichtigung, sondern eine Vertretung bei Rechtsgeschäften.

Das Betreuungsrecht wurde zum 01.01.2023 umfassend reformiert.

## Anregung eines Betreuungsverfahrens

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

Es genügt ein formloses Schreiben an das zuständige Betreuungsgericht (beim Amtsgericht). Darin wird die Situation der betreuungsbedürftigen Person geschildert und vermerkt, dass eine Betreuung eingerichtet werden sollte. Das Betreuungsgericht kann auch ein Formular zur Anregung einer Betreuung zusenden.

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

## Voraussetzung

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

- **Krankheit oder Behinderung**, aufgrund der die **eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr wahrgenommen werden können**.
- **Erforderlichkeit** der Betreuung: Eine Betreuung ist **nicht** erforderlich, wenn die betreffende Person z. B.
  - jemanden bevollmächtigt (siehe S. 101) und/oder
  - Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bekommt und durch Assistenzleistungen bei der Regelung ihrer Angelegenheiten unterstützt wird und/oder
  - Hilfe durch Familienangehörige, Bekannte bzw. soziale Dienste erhält.
- **Nicht gegen den freien Willen** eines Menschen, auch dann, wenn die Betreuung objektiv für diesen von Vorteil wäre.

Ist der Wille z. B. während einer akuten Psychose nicht (mehr) frei, muss unter Umständen eine Betreuung **gegen den sog. natürlichen Willen** eines Menschen eingerichtet werden. Der **natürliche Wille** ist das, was die Person im durch die Krankheit und/oder Behinderung beeinflussten Zustand will. Der **freie Wille** ist das, was eine Person will, die einsichtsfähig ist und nach ihren Einsichten handeln kann.

## Aufgabenbereiche und Aufgabenkreise des Betreuers

Der **Aufgabenkreis** eines Betreuers umfasst ein oder mehrere **Aufgabenbereiche**. Ein Aufgabenbereich darf nur angeordnet werden, **wenn und soweit dies erforderlich** ist.

Wenn ein Betroffener sich z. B. nur um Behördenangelegenheiten nicht mehr selbst kümmern kann, darf für ihn die Betreuung deshalb nicht auch in allen anderen Bereichen angeordnet werden. In seinem Aufgabenkreis kann der Betreuer den Betreuten **gerichtlich und außergerichtlich vertreten**.

Einige Entscheidungen darf der Betreuer **nur treffen**, wenn sie vom Betreuungsgericht als Aufgabenbereich **ausdrücklich** angeordnet worden sind:

- Eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung des Betreuten und andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie z. B. Fixierung mit einem Bettgurt oder Gabe ruhigstellender Medikamente
- Auslandsaufenthalte
- Umgang, z. B. mit Freunden oder Familienangehörigen
- Entscheidungen über Telekommunikation und elektronische Kommunikation
- Entscheidungen über das Entgegennehmen, Öffnen und Anhalten der Post des Betreuten

Die Aufgabenbereiche sind gesetzlich **nicht** definiert. Vielmehr geht es bei der Bestellung eines Betreuers darum, **ob** und **in welchem Umfang** eine Betreuung **notwendig** ist. Das Betreuungsgericht ordnet nur die Aufgabenbereiche an, in denen der Betreute bedürftig ist und die er nicht ohne eine rechtliche Betreuung ausüben kann.

In der Praxis werden am meisten einer oder mehrere der folgenden Aufgabenbereiche angeordnet:

- **Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit:** In der Regel wird der Aufgabenbereich jedoch nur eingeschränkt angeordnet, z. B. auf die Entscheidung über eine bestimmte medizinische Behandlung. Die Einwilligung des Betreuers in ärztliche Maßnahmen, bei denen die Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt oder einen schweren, länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muss in der Regel vom Betreuungsbericht genehmigt werden.
- **Vermögenssorge:** Dieser Bereich kann z. B. angeordnet werden, wenn sich jemand aufgrund einer psychischen Erkrankung immer mehr verschuldet.
- **Wohnungs- und Mietangelegenheiten:** Bei bestimmten Entscheidungen, z. B. Kündigung des Mietverhältnisses des Betreuten, muss der Betreuer die Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen.
- **Aufenthaltsbestimmung:** Dieser Bereich umfasst den Wohnsitz und den tatsächlichen Aufenthalt des Betreuten. Die Wünsche des Betreuten, z. B. in einer eigenen Wohnung zu leben, müssen so lange berücksichtigt werden, wie sie dessen Wohl nicht gefährden. Über eine freiheitsentziehende Unterbringung können Betreuer nur entscheiden, wenn der Aufgabenbereich „Freiheitsentziehung“ ausdrücklich angeordnet wurde.
- **Post- und Fernmeldeverkehr:** Das Annehmen, Öffnen und Anhalten der Post wird als Aufgabenbereich nur angeordnet, wenn dies notwendig ist, damit der Betreuer seine Aufgabe zum Wohl des Betreuten erfüllen kann.
- **Behörden- und Ämtervertretung**
- **Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten**

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

Ist dies nicht möglich, muss der sog. **mutmaßliche Wille** ermittelt werden, z. B. weil die betreute Person wegen Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Gefahr für ihre Person oder ihr Vermögen entweder nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann. Der mutmaßliche Wille muss aufgrund konkreter Anhaltspunkte ermittelt werden. Berücksichtigt werden müssen insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen. Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der betreuten Person müssen – außer in besonderen untypischen Ausnahmefällen – die Gelegenheit bekommen, sich dazu zu äußern.

## Einwilligungsvorbehalt

Das Betreuungsgericht kann anordnen, dass Erklärungen der betreuten Person der Einwilligung des Betreuers bedürfen, um rechtswirksam zu werden. Voraussetzung ist die Erforderlichkeit, eine erhebliche Gefahr für die Person oder ihr Vermögen abzuwenden. Es gibt jedoch **Ausnahmen**, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können, z. B. Eheschließung, Erstellen eines Testaments sowie Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags.

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

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

## Zustimmung des Betreuungsgerichts

Bei weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten muss der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts einholen. Dies ist z. B. bei gefährlichen ärztlichen Eingriffen oder freiheitsentziehenden Maßnahmen (siehe S. 99) der Fall. In eine Zwangsbehandlung darf ohne Zustimmung des Betreuungsgerichts weder eine bevollmächtigte Person noch ein rechtlicher Betreuer einwilligen. Eine ärztliche Zwangsbehandlung kann in Eilfällen, wenn die Gerichtsentscheidung nicht abgewartet werden kann, ohne Einwilligung stattfinden.

### Praxistipps!



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

### Wer hilft weiter?



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

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

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

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

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

### Unterbringung im Notfall

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

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

Das Verfahren zur zwangsweisen Unterbringung von psychisch kranken Menschen ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. In jedem Fall ist für eine solche Unterbringung das Betreuungsgericht zuständig.

### Mechanische Maßnahmen

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

## Sedierende Medikamente

Auch sedierende (ruhigstellende) Medikamente zählen zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen. Sedierende Medikamente bewirken eine Verlangsamung auf körperlicher und geistiger Ebene und können bis zu Apathie und Dauerschläfrigkeit führen. Der Arzt darf solche Psychopharmaka nur zum Zweck der Heilung oder Linderung bei Krankheitszuständen (z. B. akute Angstzustände, Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnen.

Werden sedierende Medikamente jedoch dauerhaft über Wochen zum Zweck der Ruhigstellung verordnet, ist dies eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreift. Eine solche Medikamentengabe muss vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

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

## Rechte bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

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

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

Auch wenn ein Verfahrenspfleger bestellt wurde, können Betroffene noch selbst ihre Rechte vertreten und z. B. **eigene Anträge** ans Gericht stellen. Betroffene müssen sich also nicht damit abfinden, wenn sie mit der Arbeit des Verfahrenspflegers nicht einverstanden sind.

Die Bestellung eines Verfahrenspflegers soll unterbleiben oder aufgehoben werden, wenn die Interessen des Betroffenen von einem Rechtsanwalt oder einem anderen geeigneten Verfahrensbevollmächtigten vertreten werden. Suchen sich Betroffene also selbst einen Rechtsanwalt im Betreuungsverfahren darf nur ausnahmsweise trotzdem ein Verfahrenspfleger bestellt werden.

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

## Patientenvorsorge

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

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

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

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

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.





# Adressen

---

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

**Bpe – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.**

Herner Straße 406, 44807 Bochum  
Telefon 0234 6405102 oder 68705552  
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de  
[www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)

**BAPK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.**

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn  
Telefon 0228 71002400  
Beratung für Angehörige (SeeleFon): 0228 71002424  
Telefax 0228 710024-29  
E-Mail: kontakt@bapk.de  
[www.bapk.de](http://www.bapk.de)

**Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.**

Richartzstraße 12, 50667 Köln  
Telefon 0221 27793870  
Telefax 0221 27793877  
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de  
[www.dvgp.org](http://www.dvgp.org)

**DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln  
Telefon 0221 511002  
Telefax 0221 529903  
E-Mail: info@dgsp-ev.de  
[www.dgsp-ev.de](http://www.dgsp-ev.de)

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

Sitz in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité  
im St. Hedwig-Krankenhaus  
Große Hamburger Straße 5–11, 10115 Berlin  
Telefon 030 23112108  
Telefax 030 23112151  
E-Mail: kontakt@dtgpp.de  
[www.dtgpp.de](http://www.dtgpp.de)

**APK – Aktion Psychisch Kranke e.V.**

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn  
Telefon 0228 676740 oder 0228 676741  
Telefax 0228 676742  
E-Mail: [apk-bonn@netcologne.de](mailto:apk-bonn@netcologne.de)  
[www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

**Irre menschlich Hamburg e.V.**

Martinstraße 52, 20246 Hamburg  
Telefon 040 741059259  
Telefax 040 741055455  
E-Mail: [info@irremenschlich.de](mailto:info@irremenschlich.de)  
[www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)

**IAS – Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria**

Dr. Daniel Nischk  
Zentrum für Psychiatrie Reichenau,  
Feursteinstraße 55, 78479 Reichenau  
Telefon 07531 9778761  
Email: [d.nischk@zfp-reichenau.de](mailto:d.nischk@zfp-reichenau.de)  
[www.soteria-netzwerk.de](http://www.soteria-netzwerk.de)

**Aktionsbündnis Seelische Gesundheit**

Reinhardtstraße 29, 10117 Berlin  
Telefon 030 240477220  
E-Mail: [koordination@seelischegesundheit.net](mailto:koordination@seelischegesundheit.net)  
[www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net)

**Psychenet – Netz psychische Gesundheit**

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

**Psychiatrienetz**

Ursulaplatz 1, 50668 Köln  
Kostenlose Expertenberatung unter [www.psychiatrie.de/beratung.html](http://www.psychiatrie.de/beratung.html)  
[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

# Anhang

---

## GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB. Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

20	50
Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)
	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz)	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
30/40	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Bei <b>Merkzeichen G</b> und <b>aG</b> wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die <b>tatsächlichen</b> Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Pflegepersonen können <b>unabhängig vom GdB</b> einen <b>Pflegepauschbetrag</b> bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
<b>70</b>			Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		
<b>Wahlweise</b> bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z. T. auch bei niedrigerem GdB
Bei <b>Merkzeichen G</b> behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

## Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> <li>im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX)</li> </ul>	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)</li> </ul>	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> <li>Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe</li> <li>Ermäßigung bei <b>GdB 60</b> allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)</li> </ul>
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

G	GI	H	RF
<b>erheblich gebehindert</b>	<b>gehörlos</b>	<b>hilflos</b>	<b>Ermäßigung des Rundfunkbeitrags</b>
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Ab <b>GdB 70</b> behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei <b>GdB von mind. 90</b> : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfs-erhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	<b>TBI</b>
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	<b>taubblind</b>
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
			Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern



## 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

**Leitende Redakteurin:** Maria Kästle

**Redaktionsteam:** Janina Del Giudice, Claudia Gottstein, Luisa Milazzo, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

### Layout und Satz

Manuela Mahl

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

### Alle Rechte vorbehalten

© 2023

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

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

11. Auflage, Juli 2023