

# Psychosen, Schizophrenie & Soziales



**beta Care**

*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, Schizophrenie & Soziales“ richtet sich an Betroffene und ihr Umfeld. Er informiert zu sozialrechtlich relevanten Themen wie Krankengeld, Erwerbsminderungsrente und Sozialhilfe 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, Schizophrenie & 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	5
Auftreten und Verlauf	6
Ursachen	6
Symptome	7
<b>Therapie</b>	<b>9</b>
Medikamentöse Behandlung	9
Andere somatische Therapieverfahren	10
Psychotherapie	11
Psychoedukation	15
Soziotherapie	16
Ergotherapie	19
Psychoseseminare	21
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	21
Institutsambulanz	22
Häusliche psychiatrische Krankenpflege	23
Weitere psychosoziale Therapieformen	25
Stationäre und teilstationäre Behandlung	26
Soteria	27
<b>Leben mit Psychosen</b>	<b>29</b>
Angehörige und Bezugspersonen	29
Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene	31
Wohnen	32
Arbeit	36
Autofahren bei Psychosen	39
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>41</b>
Zuzahlungsregelungen	41
Zuzahlungsbefreiung	43
Sonderregelung für chronisch Kranke	46
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>49</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	50
Krankengeld	52
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	60

<b>Rehabilitation</b>	<b>63</b>
Überblick über Reha-Leistungen	63
Kostenträger	64
Medizinische Rehabilitation	66
Ambulante Reha-Maßnahmen	68
Stationäre Reha-Maßnahmen	69
Reha-Antrag	69
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	72
Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)	74
Stufenweise Wiedereingliederung	75
Berufliche Reha-Maßnahmen	77
Übergangsgeld	80
Haushaltshilfe	83
<b>Behinderung</b>	<b>87</b>
Grad der Behinderung bei Psychosen	88
Schwerbehindertenausweis	90
Nachteilsausgleiche	91
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>93</b>
Erwerbsminderungsrente	93
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	96
Hilfe zum Lebensunterhalt	99
<b>Rechtliche Aspekte</b>	<b>101</b>
Gesetzliche Betreuung	101
Freiheitsentziehende Maßnahmen	103
<b>Adressen</b>	<b>105</b>
<b>Impressum</b>	<b>107</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 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.

## Formen

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

- **Organische Psychosen:**  
Es gibt eine organische Ursache, z. B. Hirnschädigungen durch Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson oder einen Hirntumor.
- **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis:**  
Sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder mit einem Schwerpunkt auf kognitiven Störungen bei Wahrnehmung und Denken.  
**Wichtig:** Einer Schizophrenie liegt keine gespaltene Persönlichkeit zugrunde, wie der Wortsinn („schizo“ = ich spalte, „phren“ = Geist) vermuten lässt.
- **Affektive Psychosen:**  
Veränderungen der Realitätsverarbeitung im Zusammenhang mit eher affektiven Störungen von Stimmung und Antrieb in Richtung einer Depression oder Manie oder in beide Richtungen (= bipolare Störung).
- **Schizoaffektive Psychosen:**  
Wechsel von Symptomen einer Schizophrenie, einer Depression und/oder einer Manie.

## Auftreten und Verlauf

Psychotische Störungen sind relativ häufig, etwa 1–2% der Bevölkerung erkranken einmal im Leben daran. Der erste Ausbruch der Erkrankung findet meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr statt. Der Verlauf psychotischer Störungen ist sehr unterschiedlich und hängt neben der diagnostizierten Störungsform auch vom Betroffenen, seinem Umfeld und den therapeutischen Maßnahmen ab.

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

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

## Ursachen

Mit Ausnahme der organischen Psychosen sind die Ursachen weitgehend unbekannt. Vermutet werden zum einen Störungen des Hirnstoffwechsels, zum anderen 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.

Die Erkrankung ist bei genetischer Veranlagung aber nicht unausweichlich. Es gibt einige schützende (protektive) Faktoren, wie eine gute soziale Einbindung und vielfältige Bewältigungsmöglichkeiten, die den Ausbruch einer Psychose verhindern können.

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

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

## Symptome

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

Nachfolgend eine Schilderung von Symptomen einer psychotischen Störung am Beispiel der Schizophrenie.

### Die Kernsymptome werden grob in 3 Kategorien eingeteilt:

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

### 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.

### Plussymptome

- **Halluzinationen:** Empfundene Sinneswahrnehmung, die auf keinen realen Sinnesreiz zurückzuführen ist. 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,
- Antriebslosigkeit,
- Spracharmut,
- Aufmerksamkeitsstörungen,
- Schlafstörungen,
- mangelnde Körperpflege und
- psychomotorische Verlangsamung.

### **Katatone Symptome**

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



# Therapie

---

Bei der Behandlung von Psychosen wird ein mehrdimensionaler Ansatz verfolgt, der aus medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen besteht. Notwendig ist ein individueller Gesamtbehandlungsplan unter Einbindung des Patienten, seiner Angehörigen und eines multiprofessionellen Betreuerteams, die in unterschiedlichen Behandlungsphasen zusammenwirken.

## Medikamentöse Behandlung

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

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

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

Eine medikamentöse Therapie stellt keine Alternative zur Psychotherapie (siehe S. 11) dar, sondern muss immer in ein **Gesamtbehandlungskonzept** eingebettet sein.

## Andere somatische Therapieverfahren

Wenn ein Psychose-Patient 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.

### **Elektrokrampf- therapie (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.

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

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

### **Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (TMS)**

Bei der **TMS** werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen Gehirnhälften angeregt. Dabei sollen bestimmte Hirnareale stimuliert, andere wiederum gehemmt werden. TMS wird nur eingesetzt, wenn andere Behandlungsmethoden keine Wirkung zeigen. In Deutschland wird TMS noch wenig angeboten, da bisher nicht genug Studienergebnisse über ihre Wirksamkeit vorliegen.

## 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. Der Patient muss zu Beginn der Psychotherapie einen gewissen Realitätsbezug aufweisen.

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 psychotherapeutische Verfahren übernimmt die Kasse die Kosten nur im Einzelfall.

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wird häufig die **kognitive Verhaltenstherapie** eingesetzt. In der Therapie wird zunächst gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis seiner Probleme erarbeitet und er wird über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert. So sollen Ängste und Unsicherheiten abgebaut und eine Krankheits- bzw. Behandlungseinsicht vermittelt werden. Zudem wird der Patient befähigt, Frühwarnsymptome zu erkennen und Strategien zu entwickeln, wie er darauf reagieren kann, um einen Rückfall zu vermeiden oder zumindest abzumildern. Weitere wichtige Themen der Therapie sind die Akzeptanz fortbestehender Symptome und der Medikamenteneinnahme, die Entwicklung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten sowie die Förderung der Lebensqualität. In der Regel werden für eine KVT 25–60 Sitzungen eingeplant. Die Anzahl der Sitzungen hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. In schweren Fällen können bis zu 80 Stunden von der Krankenkasse genehmigt werden.

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

### **Kosten**

### **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**

### **Therapeutenwahl**

### **Probatorische Sitzungen**

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

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. Der Arzt vermerkt das Ergebnis der Untersuchung in einem sog. Konsiliarbericht. Ist der behandelnde Therapeut ein ärztlicher Psychotherapeut, erübrigt sich ein solcher Arztbesuch.

### **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 Probestunden 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.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten).

Um eine Psychotherapie beantragen zu können, ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Es wurde eine bundesweit einheitliche **Terminservicestelle** eingerichtet, um Patienten zeitnah einen Termin bei einem (Fach-)Arzt oder Psychotherapeuten zu vermitteln. Die Wartezeit auf einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde darf nicht länger als 4 Wochen betragen, wobei kein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht. Informationen zur Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle siehe S. 13.

### **Psychotherapeutische Akutbehandlung**

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

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 12) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Die Wartezeit auf einen Termin für eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) maximal 2 Wochen betragen. Termine vermittelt die Terminservicestelle (Kontakt siehe unten).

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

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen:**

Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Länderebene bieten Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen. Unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Die KBV > Wer wir sind > Kassenärztliche Vereinigungen stehen die Internetadressen der KVen. Einige KVen haben eine sog. Koordinationsstelle Psychotherapie eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt.

- **Terminservicestelle:**

Die bundesweit einheitliche 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. Die Terminservicestelle ist unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 erreichbar.

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Bundesvereinigung – Patientenservice:**

Unter [www.116117.de](http://www.116117.de) können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch Psychotherapeuten vor Ort.

- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:**

Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) > Psychotherapeutensuche (rechte Seite).

- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst:**

Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter [www.psychotherapiesuche.de](http://www.psychotherapiesuche.de) und führt ein bundesweites Verzeichnis von Psychotherapeuten.

#### **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.

### **Antrag**

Der Patient muss zusammen mit seinem Therapeuten einen **Antrag** auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie bei seiner Krankenkasse 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.

### **Praxistipp!**

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.

## Psychoedukation

Die Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil der Psychosebehandlung und kann die Rückfallhäufigkeit deutlich reduzieren. Es handelt sich dabei um strukturierte Schulungen, in denen Psychose-Patienten 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.

Bei der Psychoedukation werden die Teilnehmer 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.

Psychoedukation kann sowohl in Einzelgesprächen zwischen Therapeut und Patient bzw. Therapeut und Angehörigem, als auch in Gruppen stattfinden. 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 mit psychotischen Symptomen oder starken Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ist eine Psychoedukation nicht geeignet. Betroffene sollten nur in ausreichend stabilisiertem Zustand an einer Psychoedukation teilnehmen, da das Risiko besteht, dass die Informationen über die Erkrankung und ihre möglichen Folgen und Symptome Betroffene stark belasten.

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

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 aber in der Regel eine Überweisung seines Arztes. Kliniken bieten Psychoedukation teilweise auch für Angehörige an – häufig kostenfrei. Psychoedukation im Rahmen einer Psychotherapie wird als Teil dieser Therapie abgerechnet.

### **Kosten**

### **Praxistipp!**

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

### **Wer hilft weiter?**

Über Angebote für Psychoedukationen informieren Psychiater und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste (siehe S. 21), Institutsambulanzen, Kliniken oder Selbsthilfegruppen.

## **Soziotherapie**

**Soziotherapeutische Maßnahmen leiten einen Psychose-Patienten zur selbstständigen Nutzung ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen an. Dadurch soll eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden.**

### **Ziel**

**Ziel** der Soziotherapie ist der Abbau psychosozialer Defizite, damit der Patient selbstständig und eigenverantwortlich medizinische Leistungen in Anspruch nehmen kann. Es geht vor allem um die Einsicht in die Notwendigkeit medizinischer Leistungen, Motivation und Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Leistungen, Organisation und Koordinierung 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 Soziotherapeut erbracht:**

- Erstellung eines Betreuungsplans
- Koordination und Begleitung bei der Umsetzung des Betreuungsplans in Form von aktiver Begleitung oder Hilfe zur Selbsthilfe
- Arbeit im sozialen Umfeld: Analyse der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation des Patienten
- Soziotherapeutische Dokumentation, d. h. der Soziotherapeut beschreibt die durchgeführten Maßnahmen (Art und Umfang), den Behandlungsverlauf und die bereits erreichten und noch verbleibenden Therapieziele
- Training, um Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer zu verbessern
- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung, z. B. Verhaltensänderungen, Tagesstruktur, planerisches Denken
- Anleitung, um die Krankheitswahrnehmung zu verbessern und Krisen frühzeitig zu erkennen
- Hilfe in Krisensituationen



**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 Behandlungsplan vorliegen, der die Elemente und Ziele der Soziotherapie beschreibt und zwischen dem verordnenden Arzt, dem Patienten sowie dem soziotherapeutischen Leistungserbringer abgestimmt ist.

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 in Verbindung mit Einschränkungen des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs sowie der 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.

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

- Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- Institutsambulanzen an einschlägigen Kliniken und dort tätige Ärzte.

- Krankenhausärzte oder Ärzte in Rehakliniken für die ersten 7 Tage nach Entlassung.
- Wenn ein Arzt nicht selbst verordnen kann, kann er den Patienten überweisen. Wenn er erkennt, dass der Patient aufgrund seiner psychischen Erkrankung diese Überweisung nicht wahrnehmen kann, kann er 5 Stunden Soziotherapie verordnen (Vordruck „Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gem. § 37a SGB V“), damit der Patient motiviert werden kann, die Überweisung wahrzunehmen.

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

Maßnahmen der Soziotherapie und der psychiatrischen Krankenpflege (siehe S. 23) können in der Regel nur nacheinander, nicht zeitlich nebeneinander verordnet werden.

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

### **Dauer**

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

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

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

### **Zuzahlung**

Versicherte ab 18 Jahren 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. 43.



### Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Soziotherapie eine Soziotherapie-Richtlinie erstellt. Die Richtlinien können unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Soziotherapie-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Soziotherapie kann nur von Soziotherapeuten, die bei der Krankenkasse zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben, erbracht werden.  
**Die folgenden Tipps helfen bei der Therapeutensuche:**
  - Die Krankenkassen vermitteln Adressen der zugelassenen Soziotherapeuten.
  - Der Berufsverband der Soziotherapeuten listet Adressen von aktiven Soziotherapeuten unter [www.soziotherapie.eu](http://www.soziotherapie.eu) > *Soziotherapeuten* auf.
  - Ähnliche Leistungen bieten mancherorts auch die Sozialpsychiatrischen Dienste (siehe S. 21) an, die zudem häufig die regionalen Soziotherapie-Angebote kennen.

## Ergotherapie

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

### Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen zur Verbesserung

- der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- der psychischen Stabilisierung, der Festigung des Selbstvertrauens 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. 43.

### **Therapiebesuch zu Hause**

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



#### **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 auf S. 28 aufgeführt.



#### **Wer hilft weiter?**

Adressen von Ergotherapeuten vermittelt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. unter Telefon 07248 91810, per E-Mail an [info@dve.info](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 bei der Ergotherapeutensuche achten.

## Psychoseseminare

Psychoseseminare richten sich an Betroffene, Angehörige und Therapeuten und dienen dem wechselseitigen Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Fortbildung. 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 lernen und die Behandlungsmethoden verbessern zu können.

Informationen und Termine eines Psychoseseminars findet man u. a. unter [www.trialog-psychoseseminar.de](http://www.trialog-psychoseseminar.de).

## Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und begleitet Menschen mit psychischen Erkrankungen und ist eine Anlaufstelle für die Vermittlung von Hilfsangeboten vor Ort. Sozialpsychiatrische Dienste gibt es nahezu überall. Meist sind sie an die lokalen Gesundheitsämter angegliedert, zum Teil sind auch Wohlfahrtsverbände die Träger.

Die Angebote und die Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste sind sehr unterschiedlich und variieren von Stadt zu Stadt. In der Regel arbeiten dort Ärzte und Sozialarbeiter, bisweilen auch Pflegekräfte oder Psychologen.

Hauptaufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste ist die Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen. Häufig werden sie bei Krisensituationen einbezogen, wenn es z. B. um die Begutachtung akut gefährdeter Patienten geht und um die Frage, ob sie stationär untergebracht werden sollen. Zudem halten sie Kontakt zu Menschen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung stark zurückziehen und wenig bis keine anderen sozialen Kontakte haben. Sie machen auch Hausbesuche bei Hilfesuchenden und bieten Kontaktmöglichkeiten, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen.

## Aufgaben

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind gut über regionale Hilfen, Angebote und Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen informiert, sodass sie immer eine gute Anlaufstelle bei der Suche nach entsprechenden Adressen sind. Bei Bedarf stellen sie den Kontakt zu den Diensten und Einrichtungen her und unterstützen Betroffene bei der Antragstellung, damit sie zeitnah Hilfeleistungen in Anspruch nehmen können.

### **Kosten**

Die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste ist für die Hilfesuchenden kostenlos.



### **Wer hilft weiter?**

Welcher Sozialpsychiatrische Dienst regional zuständig ist, kann beim Gesundheitsamt erfragt werden.

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

### 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 Leistungserbringer.

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

- Indikation nach den Absätzen 9 und 10 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Darunter fallen vor allem Patienten mit Psychosen oder Demenz.
- 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.
- Der Patient weist eine ausreichende Behandlungsfähigkeit auf und es ist zu erwarten, dass die Therapieziele erreicht werden können.

Die ärztliche **Verordnung** der psychiatrischen Krankenpflege erfolgt durch einen Vertragsarzt des Fachgebiets Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Auch 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.

## Ziele

## Voraussetzungen

## Verordnung

Zur Verordnung gehören der Verordnungsvordruck zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und ein vom Arzt erstellter Behandlungsplan. Dieser muss die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer) enthalten. Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege und der Soziotherapie (siehe S. 16) können in der Regel nur nacheinander, nicht zeitlich nebeneinander, verordnet werden.

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

#### **Dauer**

Psychiatrische Krankenpflege kann bis zu 4 Monate lang verordnet werden. Meist ist eine Erstverordnung für bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau üblich. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese erforderlich 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**

Versicherte ab 18 Jahren müssen eine **Zuzahlung** von 10% der kalendertäglichen Kosten der häuslichen Psychiatrischen Krankenpflege leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Überschreitung der Belastungsgrenze möglich, Näheres ab S. 43.

#### **Sachleistungserbringung**

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d. h. sie stellen die Pflegekraft. Wenn die **Sachleistungserbringung** nicht möglich ist, werden die Kosten für Pflegekräfte von Sozialstationen, Krankenpflegevereinen etc. übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit der Krankenkasse abgesprochen und von dieser genehmigt 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.



### Praxistipp!

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

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

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

Eine detaillierte Auflistung der Diagnosen zur Verordnung psychiatrischer Krankenpflege steht im Anhang der Richtlinie: „Verzeichnis verordnungsfähiger Leistungen“ unter Punkt 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 Problemlösestile 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.

### *Psychiatrische Klinik*

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

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

Die **Kosten** des stationären Aufenthalts übernimmt in den meisten Fällen die Krankenkasse. Patienten ab 18 Jahren 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. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet. Näheres zu Zuzahlungen der Krankenversicherung ab S. 41 und Voraussetzungen einer Zuzahlungsbefreiung ab S. 43.

**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 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. In manchen psychiatrischen Kliniken werden allerdings Elemente des Soteria-Konzepts angewendet.

Adressen und weitere Informationen bietet die Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria unter [www.soteria-netzwerk.de](http://www.soteria-netzwerk.de).



### **Praxistipps!**

- Beim Psychiatrienetz 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 [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de) > *Hilfreiche Materialien* > *Krisenpass*.
- Werden eine Mutter oder ein Vater stationär untergebracht, kann eine Haushaltshilfe (siehe S. 83) beantragt werden.

# Leben mit Psychosen

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

## Angehörige und Bezugspersonen

Bei psychotischen Störungen sind die Angehörigen in besonderer Weise mitbetroffen. Die Diagnose stellt eine Belastung für das ganze familiäre Umfeld dar. Gleichzeitig ist die soziale Unterstützung der Familie eine wichtige Komponente für die Genesung des Betroffenen.

Betroffenen mit Psychosen fehlen häufig Antrieb und Energie. Dies kann entweder in der Negativsymptomatik (z. B. verminderte Aufmerksamkeit, Sprachverarmung, Gemütsverflachung, Interessenschwund) begründet sein oder als Nebenwirkung der Antipsychotika auftreten. Es ist für den Patienten hilfreich, wenn er dabei **unterstützt** wird seinen Tag trotz der Antriebsschwäche so strukturiert und aktiv wie möglich zu gestalten. Dabei sollten kleine Schritte angestrebt werden, damit es leichter zu Erfolgserlebnissen kommt. Wichtige Bereiche, in denen Betroffene häufig Unterstützung brauchen, sind Hygiene und Körperpflege, Freizeitgestaltung sowie kleinere Aufgaben im Haushalt. Ziel sollte sein, trotz der Psychose eine weitgehende Selbstständigkeit zu erreichen sowie eine Tagesstruktur aufzubauen und zu erhalten. Ehrliche und positive Rückmeldungen sind im Umgang mit dem Patienten sehr wichtig.

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 einzubeziehen. 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.

*Unterstützung  
im Alltag*

*Orientierung*

### **Entwicklung**

Psychose-Patienten suchen manchmal Sicherheit in früheren Entwicklungsstufen. Das stellt Angehörige vor eine große Herausforderung: Einerseits sollten sie 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 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 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**

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

### **Selbsthilfe, Beratung, Austausch**

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



#### **Wer hilft weiter?**

Adressen vermittelt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen unter [www.bapk.de](http://www.bapk.de) und andere Selbsthilfeverbände (Adressen siehe S. 105).

## Selbstschutzmaßnahmen für Betroffene

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

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.

Psychose-Patienten 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.

Die Unterstützung durch einen **professionellen Helfer**, z. B. einem Psychiater oder Psychotherapeuten, ist für Psychose-Patienten 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.

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.

*Gewohnte Umgebung  
und vertraute  
Menschen*

*Keine Vergleiche und  
eigene Maßstäbe*

*Professionelle Hilfe*

*Frühe Anzeichen  
erkennen*

## **Gesunder Lebensstil und Achtsamkeit**

Nicht nur für Psychose-Patienten ist ein **gesunder Lebensstil** wichtig. Eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf und Bewegung an der frischen Luft kann 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 Psychose-Patienten häufig eine große Herausforderung. Um sich nicht zu überfordern, ist es besser, wenn sie sich auf wenige Kontakte beschränken, die zuverlässig sind und ihnen Halt geben. Es sollte eine Balance zwischen dem Bedürfnis nach Rückzug und dem Austausch und Kontakt mit anderen gefunden werden, die sich für den Betroffenen richtig anfühlt.

### **Praxistipp!**

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

## **Wohnen**

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

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

## **Betreute Wohnformen**

Bei **betreuten Wohnformen** stehen dem Bewohner Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Krankenpfleger 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

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 Allgemeine Sozialdienst oder Wohlfahrtsverbände. Auch an psychiatrische Akutkliniken, Wohnheime, Werkstätten für behinderte Menschen oder Inklusionsbetriebe sind teilweise Wohnmöglichkeiten angebunden.

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

*Träger*

### **Die oben genannten 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 stabil sind und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung leben zu können.

#### • **Appartementwohnen:**

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

*Wohnformen*

- **(Therapeutische) Wohngemeinschaft:**  
In einer Wohngemeinschaft (WG) wohnen mehrere Betroffene zusammen. Jeder hat ein Zimmer für sich. Bad, Wohn- und Esszimmer sowie die Küche 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 eine vorgegebene Tagesstruktur, dem Wechselspiel von sozialem Miteinander und Rückzug in das eigene Zimmer sowie der Übernahme von Pflichten in der Gemeinschaft.  
In der Regel ist ein Zimmer oder Büro in der WG für die therapeutischen Begleiter reserviert. Diese sind je nach Bedarf und Konzept zeitweise 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. 27).
- **Wohnheim:**  
In einem Wohnheim bewohnt der Bewohner sein Zimmer, alle anderen Einrichtungen sind Gemeinschaftseinrichtungen. Das Wohnen im Wohnheim 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 Wohnheim hin zur wohnheim-unabhängigen WG.

 **Praxistipp!**

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



### Wer hilft weiter?

Bei der Suche nach geeigneten betreuten Wohnformen hilft der Sozialdienst in der Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst (siehe S. 21) sowie alle Träger mit entsprechenden Angeboten. Das sind meist Wohlfahrtsverbände, aber auch Gemeinden und Vereine.

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. 38) 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 krankes Kind gilt das umso mehr. Für den jungen Erwachsenen ist die Loslösung aus dem Elternhaus ein großer Schritt, der mit einem Therapeuten sorgfältig geplant werden sollte. Der Umbruch kann sich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Stützend kann hier der Umzug in eine der oben aufgeführten betreuten Wohnformen wirken.

## Arbeit

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

### 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.

### Zweiter Arbeitsmarkt

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

Auf dem zweiten Arbeitsmarkt gibt es eine große Vielfalt von Projekten, die regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und meist von mehreren Kostenträgern gemeinsam getragen werden. Sie geben den Betroffenen die Möglichkeit über den öffentlichen und sozialen Sektor wieder im Berufsleben Fuß zu fassen.

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

Für die Beschäftigten handelt es sich zum Teil um sog. Ein-Euro-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandentschädigungen nach SGB II“). Sie geben den Beschäftigten die Möglichkeit die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen und so wieder in das Berufsleben zu finden.

**Inklusionsbetriebe** können zusammen mit mehreren auf S. 36 genannten Partnern betrieben werden, aber auch unabhängig agieren. Sie arbeiten wie ein normales Unternehmen und bieten ihre Leistungen an, sind aber gleichzeitig gemeinnützig und werden gefördert, weil sie einen besonderen Aufwand durch die Struktur ihrer Mitarbeiter haben. Überwiegend sind diese Unternehmen im handwerklichen und im Dienstleistungssektor aktiv. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen gibt es in Deutschland über 900 Inklusionsbetriebe in den verschiedensten Branchen: Von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen.

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

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



### Praxistipp!

Weitere Informationen über Inklusionsbetriebe und eine Liste mit entsprechenden Anbietern können bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen unter [www.bag-if.de](http://www.bag-if.de) gefunden werden.

Das Problem bei vielen, auch geförderten, Arbeits- und Eingliederungsmöglichkeiten ist, dass sie von einer kontinuierlichen Vollzeitbeschäftigung ausgehen. Das ist eine große Hürde für Patienten mit Psychosen. Hilfreich sind hier sog. **Zuverdienstprojekte** für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

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

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

Die Trägerschaft ist ebenso vielfältig wie auf S. 36 genannt, 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.

## **Tagesstätten für psychisch kranke Menschen**

### **Praxistipps!**

- 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) > *Arbeit/Beschäftigung* > *Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote* gefunden werden.

**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 in der Tagesstätte beginnen die Betroffenen eine Tagesstruktur aufzubauen und einfache Aufgaben zu übernehmen.

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

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

### **Praxistipp!**

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

### **Wer hilft weiter?**

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

## Autofahren bei Psychosen

Die meisten Menschen wollen selbstständig und mobil sein und deshalb Autofahren. Ob ein Betroffener nach einer schweren psychotischen Krankheitsphase wieder am Straßenverkehr teilnehmen kann, ist abhängig von Art und Prognose des Grundleidens. 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 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. Wenn mehrere psychotische Episoden aufgetreten sind, müssen regelmäßige Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie durchgeführt werden. **Aber:** Die Erlaubnis zur Beförderung von Fahrgästen, z. B. in Bussen, sowie das Führen von LKWs ist in der Regel nicht mehr gegeben.

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.

***Dauerbehandlung mit  
Arzneimitteln***

Der Patient muss grundsätzlich wissen, dass er für die Fahrtüchtigkeit selbst verantwortlich ist. Er muss sich kritisch beobachten, bevor er ein Fahrzeug steuert. Im Zweifel sollte er das Auto lieber stehen lassen. Gerade Psychopharmaka, die eine dämpfende Wirkung haben (z. B. Antipsychotika), können die Reaktionszeit verlängern und somit die Fahrtauglichkeit einschränken. Vor allem in den ersten Tagen nach einer Dosissteigerung sollten Betroffene kein Fahrzeug führen.

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

### **Praxistipp!**

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen können unter [www.bast.de](http://www.bast.de) > *Verhalten und Sicherheit* > *Fachthemen* > *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* > zum Download kostenlos heruntergeladen werden. Die Hinweise zur Kraftfahreignung bei Psychosen stehen in Kapitel 3.12 „Psychische Störungen“ ab S. 44.

### **Wer hilft weiter?**

- Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU) durchführen.
- Ein Verkehrspsychologe kann eine persönliche Beratung durchführen. Adressen und Informationen gibt es 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

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

## Zuzahlungsregelungen

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

### Arzneimittel

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

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

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden. 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 der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Betroffene somit die Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

### Verbandmittel

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

### **Heilmittel**

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

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

### **Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankheitsbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z. B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle).

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

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

### **Häusliche Krankenpflege**

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird. Für Psychose-Patienten gibt es eine spezialisierte Form, die häusliche psychiatrische Krankenpflege (siehe S. 23).

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

### **Soziotherapie**

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen (siehe S. 16).

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

### **Haushaltshilfe**

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 83).

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

### **Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung**

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

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

### **Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation**

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

### **Fahrtkosten**

Zuzahlung: 10% der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten),

mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

## Zuzahlungsbefreiung

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

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

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

### Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebenspartnerschaft.

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

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.733 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.812 €.

## Berechnung des Bruttoeinkommens

### Freibetrag

**Hinweis:** 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 die beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

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

**Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:**

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

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Bei **Empfängern** von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (432 € im Monat/ 5.184 € im Jahr) als monatliches Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt somit 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

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

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

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der o. g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

### Berechnungsbeispiel

*Ehepaar mit 2 Kindern:*

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

**minus** Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €

**minus** Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)

**ergibt:** 8.643 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €

*Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.*

**Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen**

**Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung**

### **Praxistipp!**

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

## **Sonderregelung für chronisch Kranke**

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

### **Voraussetzungen**

**Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:**

- **Schwerwiegend chronisch krank**  
Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:
  - Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3 oder höher.
  - Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
  - Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen, gelten ebenfalls als schwerwiegend chronisch erkrankt.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

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

**Bei den Vorsorgeuntersuchungen gelten bestimmte Altersgrenzen:**

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen.
- mit schweren geistigen Behinderungen.
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Psychose-Patienten müssen diese Pflicht daher nicht erfüllen.

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen, wenn sich Arzt und Patient gemeinsam über die weitere Therapie verständigt haben.

Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

**Ausgenommen von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind:**

- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren,
- Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2,
- Versicherte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent.

## *Richtlinie*

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

### **Wer hilft weiter?**

Die zuständigen Krankenkassen.

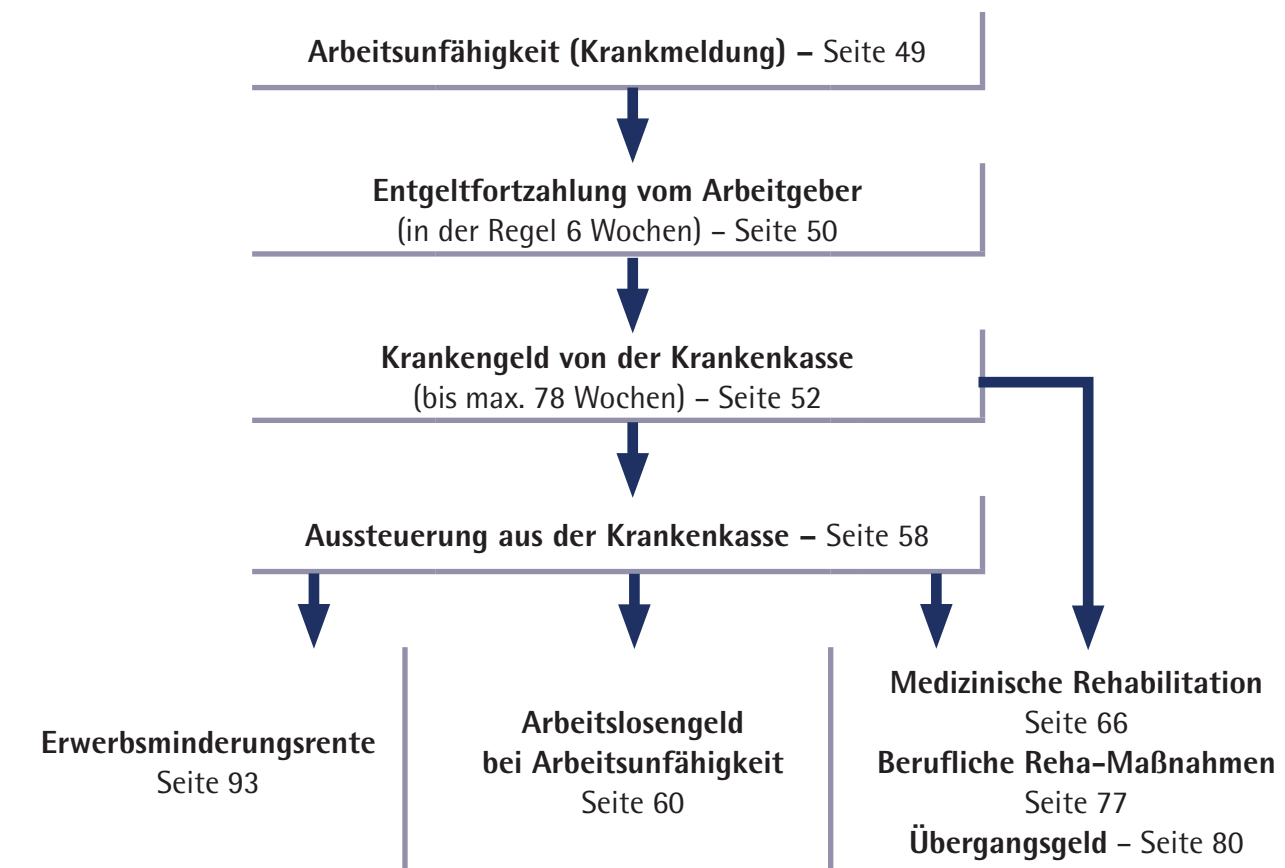


# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Bei schweren Verläufen einer Psychose kann es auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit des Patienten kommen. Weitere Informationen zu finanziellen Hilfen bei Erwerbsminderung ab S. 93.

## Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

### Voraussetzungen

#### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

### Pflichten des Arbeitnehmers

#### Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

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

Hat der Arbeitgeber **Zweifel** an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

*Zweifel am  
Krankenstand*

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

*Dauer*

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 52).

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.

Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisher üblichen Arbeitsentgelts.

*Höhe*

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

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

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

### Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 99) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „A164“ heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht: 030 221911004.

## Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht. Gesetzlich versicherte Patienten, die wegen ihrer psychotischen Erkrankung länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Bei Patienten mit Psychose ist eine erhöhte Wachsamkeit beim Auslaufen des Krankengelds und der damit verbundenen Gefahr des Verlusts des Krankenversicherungsschutzes erforderlich. Angehörige sollten ebenfalls darauf achten und ggf. Unterstützung leisten.

### Voraussetzungen

#### Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit oder stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.  
Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer **nicht**.

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

### Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 80).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer vollen Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Hauptberuflich **Selbstständige**, die in der 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.

Der **Anspruch** auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber (siehe S. 50).



### Praxistipp!

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

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

*Kein Anspruch  
auf Krankengeld*

*Selbstständige*

*Beginn des Anspruchs*

## Höhe

### Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 109,38 € täglich.

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

Krankengeld ist steuerfrei und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

## Anpassung der Höhe nach einem Jahr

Das Krankengeld wird 1 Jahr nach dem Bemessungszeitraum für die Leistungsberechnung (siehe oben, in der Regel ist es der Monat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit) an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Seit dem 01.07.2019 wird das Krankengeld dann um 3,04% erhöht (§ 70 Abs. 1 SGB IX). Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag (siehe oben) nicht überschritten werden.

## Bemessungszeitraum

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

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

Wie sich der Bemessungszeitraum in anderen Fällen, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens 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 2020 ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen.

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

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

*Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit*

**Abgezogen** vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025% bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15% bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

**Abzüge**

<b>Berechnungsbeispiel</b>
<i>Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.</i>
<b>Monatlich brutto 3.000 €</b> 3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 € davon 70% = 70 €
<b>Monatlich netto 1.800 €</b> 1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 € davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025% (Krankengeldempfänger mit Kind) = <b>47,51 €</b>
<b>Die Patientin erhält somit 47,51 € Krankengeld täglich.</b>

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

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

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

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

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

**Dauer**

*Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit*

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

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

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

**Beispiel**

*Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin deren Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d. h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.*

*Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird. Dies gilt auch bei Bezug von Verletztengeld.*

 **Praxistipp!**

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

**Ruhen des Anspruchs**

**Der Anspruch auf Krankengeld ruht:**

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



- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 93) umwandelt.

### **Praxistipps!**

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. **Wichtig** ist, dass der Versicherte alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 60).

*Ruhen des Anspruchs  
bei fehlender Mitwirkung*

### **Ausschluss des Krankengelds**

#### **Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:**

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

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

### **Kürzung des Krankengelds**

#### **Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der**

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

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

#### **Praxistipp!**

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

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

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

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



### Praxistipps!

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

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



### Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

## **Leistungs- beschränkungen**

## Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit kann eine wichtige finanzielle Unterstützung für Patienten sein, die unter Psychosen leiden und aus diesem Grund nicht arbeiten können.

### Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit *oder*  
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 93), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 77) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 66) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

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

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

**Dauer**

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

**Höhe**

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 80) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



### **Praxistipp!**

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

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



### **Wer hilft weiter?**

Die örtliche Agentur für Arbeit.



# Rehabilitation

Die Rehabilitation von Menschen mit Psychosen zielt auf die **Gesundung und/oder den Erhalt von wichtigen Alltagsfunktionen wie soziale Kontakte, eigenständige Lebensführung oder berufliche Aktivität ab. Die Auswahl von Reha-Maßnahmen ist fallbezogen und muss sich immer am Patienten und dessen individuellen Bedürfnissen orientieren.**

Eine positive Prognose hängt davon ab, zu welchem Zeitpunkt eine geeignete Behandlung begonnen wird und in welchem Kontext diese stehen soll. **Wichtig** ist hier der Typ der Psychose, z. B. fordert eine organisch bedingte Psychose ein anderes Reha-Konzept als eine Psychose mit psychischen Ursachen.

**Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.**

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

## Überblick über Reha-Leistungen

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

**Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Betroffene mit Psychosen in Frage kommen:**

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählt z. B. die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 75).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld (siehe S. 80), Haushaltshilfe (siehe S. 83), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u. a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

## Kostenträger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge hin und her schieben.

**Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:**

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
  - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann *und*
  - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte, maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe S. 65). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, ist ein Widerspruch möglich.



Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 01.01.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. Teilhabeplanverfahren eingeleitet.

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

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3-Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten. Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

#### **Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag**

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

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

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

#### **Zuständigkeitsklärung**

### **Praxistipp!**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet unter [www.reha-fristenrechner.de](http://www.reha-fristenrechner.de) einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

## Medizinische Rehabilitation

Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands des Psychose-Patienten ausgerichtet sind. Eine Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen 2 Rehas müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

### **Voraussetzungen**

Es gibt je nach Kostenträger unterschiedliche **Voraussetzungen**, die bei einer Medizinischen Reha erfüllt sein müssen.

### *Allgemein gültige Voraussetzungen*

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

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

### *Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung*

**Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden oder  
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden oder  
der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

**Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- Anspruch auf große Witwen-/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

**Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha nicht:**

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit.  
**Ausnahme:** bei Behandlungsbedürftigkeit während der Medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d. h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z. B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland.  
**Ausnahme:** Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

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

*Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung*

*Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung*

**Wartezeit**

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

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

## Ambulante Reha-Maßnahmen

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

### **Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.**

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

**Ausnahme:** Bei Medizinischer Rehabilitation, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter sowie für pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulante vor stationär“ nicht.

### **Voraussetzungen**

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

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

### **Dauer**

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

## Stationäre Reha-Maßnahmen

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

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Stationäre Reha-Maßnahmen **dauern** in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4–6 Wochen.



### Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 83) gewährt werden.

## Reha-Antrag

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

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

### Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer Medizinischen Reha

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

### Voraussetzungen

### Dauer

### Kostenträger Krankenkasse

## **Kostenträger Rentenversicherung**

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z. B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der Medizinische Dienst (MD) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die **Rentenversicherung** der Kostenträger der Medizinische Reha.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert werden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund kann das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Man findet es unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Der Patient muss die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen, der Arzt das Formular „G1204 – Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“.



### **Praxistipps!**

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

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

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z. B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u. a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.



#### **Praxistipps!**

- Adressen von Reha-Kliniken können unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) oder [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht*.

## Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

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

### Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 50
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 52
- Verletztengeld von der Unfallversicherung,
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 80

### *Zuzahlungen*

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

### *Zuzahlungen zur Krankenversicherung*

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der **Krankenkasse** 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 41.

### *Zuzahlungen zur Rentenversicherung*

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

Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

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

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € liegt



### Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2020 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275,00 €	Keine
ab 1.275,00 €	5 €
ab 1.401,40 €	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911,00 €	10 €

Unter Umständen kann eine **Befreiung** von der Zuzahlungspflicht beantragt werden (z. B. Menschen mit geringem Einkommen). Die Deutsche Rentenversicherung stellt ein PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Suchbegriff: „G0160“ zur Verfügung.

Antrag auf  
Zuzahlungsbefreiung



### Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter [www.ansprechstellen.de](http://www.ansprechstellen.de) eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

## Einrichtungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

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

RPK ist besonders für Menschen mit Psychosen geeignet, die durch die Erkrankung stark in ihrem sozialen und beruflichen Leben beeinträchtigt sind. Für den Betroffenen wird ein Hilfeplan erstellt, der sich an seinem persönlichen Bedarf orientiert. Durch die enge Verzahnung aller erforderlichen Leistungen kann auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit der Patienten individuell eingegangen werden.

### Praxistipps!

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

- Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann dort unter [www.bagrpk.de](http://www.bagrpk.de) > Standorte gesucht werden.
- Die RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen sowie die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ kann unter [www.bagrpk.de](http://www.bagrpk.de) > Downloads am Seitenende kostenlos heruntergeladen werden.

## Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Diese Prüfung erfolgt jedoch nicht, wenn nachteilige gesundheitliche Folgen für den Versicherten entstehen würden oder der Genesungsprozess durch eine Stufenweise Wiedereingliederung verzögert werden würde.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden.

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d. h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

**Kostenträger**

**Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:**

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

**Voraussetzungen**

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

### **Dauer**

Die **Dauer** der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

### **Wiedereingliederungsplan**

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der von einem Arzt (ggf. auch von Sozialberatern) in Absprache mit dem Patienten und dem Betriebsarzt am Arbeitsplatz erstellt wird. Dabei werden die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung geregelt.

#### **Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:**

- Abfolge und Dauer der Stufen  
(z. B. langsame Steigerung der Stundenzahl über mehrere Wochen)
- Tätigkeiten und Belastungen, die zunächst vermieden werden sollen  
(z. B. schweres Heben)
- Arbeitsplatzbedingungen, die berücksichtigt oder angepasst werden müssen  
(z. B. Erforderlichkeit von Hilfsmitteln)

### **Finanzielle Sicherung**

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d. h.: Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



#### **Praxistipps!**

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Kostenloser Download unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



## Wer hilft weiter?

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

## Berufliche Reha-Maßnahmen

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

Eine Berufliche Reha ist meist ein längerer Prozess und hat neben der Eignungsprüfung für einen Beruf die Reintegration des Psychose-Patienten in den ersten Arbeitsmarkt im Fokus.

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

### Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit**

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht.

In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u. a. folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen und einen Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber.
- **Budget für Ausbildung** zur Erstattung der Ausbildungsvergütung als Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.

## Leistungen

- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
  - **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
  - **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
  - **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
  - **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z. B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)**  
Die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:
    - In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
    - Bis zu 2 Jahre im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
    - Bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

*Übernahme  
weiterer Kosten*

Die Rentenversicherungsträger **übernehmen auch Kosten**, die mit den Beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

**Hierzu zählen z. B.:**

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung, einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z. B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z. B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg) – wegen Art und Schwere der Behinderungen oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha-Leistung

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als **Zuschüsse an den Arbeitgeber** leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden.

#### **Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als:**

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



#### **Praxistipps!**

- Zum 01.01.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. anderen Leistungsanbietern eine Alternative zu den WfbM geschaffen. Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind.
- Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der unabhängigen Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de) nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z. B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen.

## Wer hilft weiter?

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

## Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Patienten mit psychotischen Störungen während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht (mehr) besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und Ergänzenden Reha-Leistungen.

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

### Voraussetzungen

#### Bei beiden Kostenträgern gilt:

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

### Voraussetzungen der Rentenversicherung

#### Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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



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

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

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

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

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

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

### **Nicht erfüllen müssen die Vorbeschäftigungszeit:**

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

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

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt bei allen Trägern **80% des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

*Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit*

**Höhe**

### **Das Übergangsgeld beträgt davon:**

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst (§ 70 SGB IX), entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65 % des branchenüblichen tariflichen Entgelts bzw. des ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z. B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

### *Arbeitslosigkeit*

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

### *Anrechnung*

#### **Auf das Übergangsgeld werden u. a. angerechnet:**

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

Übergangsgeld ist steuerfrei und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

### *Dauer*

#### **Alle Träger zahlen Übergangsgeld**

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- während einer Beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe oben „Arbeitslosigkeit“).

Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt. Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld für diesen Zeitraum.



### **Wer hilft weiter?**

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

## **Haushaltshilfe**

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

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

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

### ***Voraussetzungen***

Die **Krankenkasse** stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung und
  - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
  - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

 **Praxistipp!**

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Der **Rentenversicherungsträger** übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation zu erfüllen.

Wenn diese nicht erfüllt sind (z. B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können **unvermeidbare** Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

Der **Unfallversicherungsträger** übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe unter den gleichen Voraussetzungen wie die Rentenversicherung, wenn die Rehabilitation infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erfolgt.



### Praxistipps!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei **Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus**. Zudem müssen die weiteren o. g. Voraussetzungen vorliegen.
- Bei „normalen“ Krankheiten, z. B. Grippe, gibt es in der Regel keine Haushaltshilfe. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen **und** wenn der Arzt die Haushaltshilfe verordnet **freiwillig** die Haushaltshilfe.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** zu erhalten.

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

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

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

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

### Leistungsumfang

### Selbst beschaffte Haushaltshilfe

*Fahrtkosten,  
Verdienstaufschlag*

Der zuständige Träger kann die erforderlichen **Fahrtkosten** und den **Verdienstaufschlag** für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad (siehe S. 85) erstatten. Den Verdienstaufschlag muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

*Anderweitige  
Unterbringung*

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

**Zuzahlung**

Die **Zuzahlung** beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 43).



**Wer hilft weiter?**

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Rentenversicherungs- und den Unfallversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

# Behinderung

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

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

## Definition Behinderung

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

***Menschen mit Behinderungen** sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können.*

*Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.*

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

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

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

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

## Gleichstellung

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

Der Antrag muss unmittelbar 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 Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

## **Grad der Behinderung bei Psychosen**

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

Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Schwerbehindertenrecht vom GdB. Berechnet werden beide jedoch gleich nach den sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bei verschiedenen Gesundheitsstörungen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.



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

	GdB
Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50–100
<b>Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen</b>	
• ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10–20
• mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
• mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
• mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
<b>Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen</b>	
• bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30–50
• bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60–100
<b>Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist im Allgemeinen (Ausnahme siehe unten) eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten.</b>	
• wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
• sonst	30

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

Die Angaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bieten nur einen Orientierungsrahmen. Entscheidend ist immer eine **individuelle Gesamtsicht** aller Beeinträchtigungen. Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein GdB festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

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

## Schwerbehindertenausweis

Bei schweren Psychosen richtet sich der GdB nach der Dauer der Akutphasen und nach dem Maß der sozialen Einschränkungen. Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden.

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

### Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf **Antrag** des Psychose-Patienten. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

#### Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

### Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- Bei **nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen** wird der Ausweis maximal bis zum Ablauf der Gültigkeit des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung ausgestellt.

**Merkzeichen** im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Für Psychosen gibt es kein Merkzeichen, jedoch können bei zusätzlichen Einschränkungen ggf. Merkzeichen zuerkannt werden.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen gibt es unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

## Nachteilsausgleiche

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

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



### Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.



# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält man eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 96). Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. 99).

## Erwerbsminderungsrente

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

Den Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss der Patient an den Rentenversicherungsträger stellen.

Die nachfolgenden **Voraussetzungen** gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren *oder*
  - volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre *oder*
  - Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d. h. Anspruch haben z. B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, *und*
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z. B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

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

### Voraussetzungen

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

## Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

**Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:**

- **Teilweise erwerbsgemindert** ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll erwerbsgemindert** ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Als voll erwerbsgemindert gelten auch**
  - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen usw. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
  - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

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

## Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

## Befristung

**Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.**

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

## Höhe

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

Eine **Neuregelung** verbessert seit 01.01.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.



### Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (siehe S. 96) beantragt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Auch **selbstständig** Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

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

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger berechnet.



### Praxistipps!

- Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie ggf. von der Rentenversicherung befragt werden können.

*Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente*

*Selbstständigkeit*

*Hinzuverdienst*

- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.

### Wer hilft weiter?

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

## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

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

### Voraussetzungen

**Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland unter folgenden Voraussetzungen,**

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

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



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

**Höhe**

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag der Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	432 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 389 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 345 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 328 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 308 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 250 €

**Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:**

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle oben).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z. B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z. B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden (in begründeten Einzelfällen).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

**Leistungen**

**Angerechnet werden**

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

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

**Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

## **Dauer**

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

### **Erstbewilligung und Änderung:**

Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



### **Praxistipps!**

- Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit 01.07.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.



### **Wer hilft weiter?**

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

## Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Wenn ein Psychose-Patient nicht in der Lage ist zu arbeiten, nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen hat, die ihn unterstützen, kann er Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Dadurch erhält er Geld für lebensnotwendige Dinge wie Unterkunft, Lebensmittel und Kleidung. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z. B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 96).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.



### Praxistipp!

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.



SCHÖNFELDER

Deutsche  
Gesetze

Textsammlung

SCHÖNFELDER

Deutsche  
Gesetze

Textsammlung

SARTORIUS

Verfassung  
und Verwaltungsgesetz

Textsammlung

# Rechtliche Aspekte

Psychotische Störungen 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.

## Gesetzliche Betreuung

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

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

„**Geschäftsfähig**“ ist, wer seine Willenserklärungen oder rechtsgeschäftlichen Handlungen selbst beurteilen und verstehen kann.

„**Geschäftsunfähig**“ ist demgegenüber u. a., wer sich in einem Zustand krankhafter und dauerhaft gestörter Geistestätigkeit befindet, der die freie Willensbildung ausschließt.

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

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

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

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

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

*Geschäftsfähigkeit*

*Vorsorge*

### **Anregung einer Betreuung**

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

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

### **Voraussetzung**

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

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

### **Einwilligungsvorbehalt**

Bei einer Betreuung bleibt die Geschäftsfähigkeit des Betreuten (im Gegensatz zur früheren Entmündigung) in der Regel erhalten. Wenn es aber zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Vormundschaftsgericht anordnen, dass Erklärungen des Betreuten der Einwilligung des Betreuers bedürfen, um rechtswirksam zu werden. Es gibt jedoch Ausnahmen, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können: Geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens (z. B. Einkäufe von Lebensmitteln), Eheschließung, Erstellen eines Testaments sowie Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags.

### **Zustimmung des Betreuungsgerichts**

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

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

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



### Praxistipps!

- Ausführliche Informationen rund um die gesetzliche Betreuung findet man unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Betreuung“.
- Nähere Informationen zur Betreuungsverfügung sowie zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bietet der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“. Dieser kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

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

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

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

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.

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 droht sich selbst und/oder andere erheblich zu gefährden. Oft ist ein Mensch in einer akuten Psychose aber nicht in der Lage, zu erkennen, dass er sich selbst oder andere gefährdet. In solchen Fällen kann eine Unterbringung gegen seinen Willen notwendig werden. Anzeichen sind z. B. Verwahrlosung des Patienten in der eigenen Wohnung, Erkrankung oder Unterernährung in Verbindung mit der Ablehnung jeglicher Hilfe. Zudem können Patienten in Akutphasen unfallgefährdet sein, weil sie Gefahren falsch einschätzen oder sich für „allmächtig“ oder „unverletzlich“ halten.

**Unterbringung  
im Notfall**

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

Sehen Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Anzeichen für eine Selbst- oder Fremdgefährdung, sollten sie sich an den Betreuer des Betroffenen oder den Sozialpsychiatrischen Dienst (siehe S. 21) 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 die meisten Therapeuten bemühen sich darum 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. akuten Angst- oder Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnen.

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

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



### **Wer hilft weiter?**

Bei Fragen und Unsicherheiten hilft das Betreuungsgericht.



# Adressen

---

## **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.**

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

## **Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.**

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn  
Telefon 0228 710024-00  
Fax 0228 710024-29  
E-Mail: [bapk@psychiatrie.de](mailto:bapk@psychiatrie.de)  
[www.bapk.de](http://www.bapk.de)

## **Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.**

Richartzstraße 12, 50667 Köln  
Telefon 0221 2779387-0  
Fax 0221 2779387-7  
E-Mail: [dachverband@psychiatrie.de](mailto:dachverband@psychiatrie.de)  
[www.dvgp.org](http://www.dvgp.org)

## **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**

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

## **Aktion Psychisch Kranke e.V.**

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn  
Telefon 0228 6767-40/41  
Fax 0228 6767-42  
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.**

Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Telefon 040 74105-9259  
Fax 040 74105-5455  
E-Mail: [info@irremenschlich.de](mailto:info@irremenschlich.de)  
[www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)

**Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS)**

Ringstraße 14, 85529 Haar

Telefon 089 45623788

E-Mail: [roswitha.hurtz@kbo.de](mailto:roswitha.hurtz@kbo.de)

[www.soteria-netzwerk.de](http://www.soteria-netzwerk.de)

**Aktionsbündnis Seelische Gesundheit**

Reinhardtstraße 27b, 10117 Berlin

Telefon 030 27576607

E-Mail: [koordination@seelischegesundheits.net](mailto:koordination@seelischegesundheits.net)

[www.seelischegesundheits.net](http://www.seelischegesundheits.net)

**Psychenet – Netz psychische Gesundheit**

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

E-Mail: [redaktion@psychiatrie.de](mailto:redaktion@psychiatrie.de)

[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

## **Impressum**

### **Herausgeber**

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

### **Redaktion**

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

**Leitende Redakteurin:** Jutta Meier

**Redaktionsteam:** Janina Del Giudice, Ruth Fries, Maria Kästle, 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**

© 2020

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.

8. Auflage, Juli 2020

# Gesundheit ist unser Ziel!

[www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)



## betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

Aktuell sind folgende Ratgeber unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) erhältlich:

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

## Sozialrechtliche Informationen auch online – [www.betanet.de](http://www.betanet.de)

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

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm