

Ein Engagement der **betapharm**

# Depression & Soziales



**beta Care**

*Wissenssystem für Krankheit & Soziales*

**Liebe Leserin, lieber Leser,**

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – das Wissenssystem für Krankheit & Soziales – entwickelt, welches Antworten auf alle sozialen Fragen rund um eine Krankheit bietet.

Der vorliegende Ratgeber „Depression & Soziales“ informiert umfassend zu Themen wie Behandlung, Umgang mit Depressionen, Arbeit, Arbeitsunfähigkeit und Krankenversicherung.

Der fachliche Inhalt wird vom gemeinnützigen beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement erarbeitet. betapharm stellt dieses Wissen zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen



Michael Ewers  
Geschäftsführer betapharm



Horst Erhardt  
Geschäftsführer beta Institut



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkung</b>	3
Sozialrecht und Depressionen	3
Beratung und Hilfe: Sozialpsychiatrischer Dienst	4
<b>Wissenswertes über Depressionen</b>	5
Symptome	5
Formen	6
Auftreten	7
Ursachen	7
<b>Behandlung</b>	8
Medikamentöse Behandlung: Antidepressiva	9
Psychotherapie	10
Stationäre und teilstationäre Behandlung	13
Sonstige Therapien	14
<b>Umgang mit Depressionen</b>	17
Tipps für Angehörige und Betroffene	17
Suizidgefahr	20
<b>Arbeit</b>	21
Stufenweise Wiedereingliederung	22
Berufsfindung und Arbeitserprobung	23
Arbeitstherapie und Belastungserprobung	24
Zweiter Arbeitsmarkt und Integrationsprojekte	25
Tagesstätten	27
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit</b>	28
Arbeitsunfähigkeit	28
Entgeltfortzahlung	28
Krankengeld	28
Arbeitslosengeld	31
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	32
Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV)	32
Arbeitslosengeld II und Sozialgeld	35
<b>Krankenversicherung</b>	38
Verlust des Krankenversicherungsschutzes	38
Säumige Beitragszahler	39
Zuzahlungen	39
Zuzahlungsbefreiung bei Sozialhilfe	41

# Inhaltsverzeichnis

<b>Rehabilitation</b>	43
Bereiche der Rehabilitation	43
Zuständigkeit	43
Medizinische Rehabilitation	44
Berufliche Rehabilitation = Teilhabe am Arbeitsleben	48
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	51
Übergangsgeld	51
<b>Sozialhilfe</b>	53
Hilfe zum Lebensunterhalt	54
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	55
<b>Schwerbehinderung</b>	57
Grad der Behinderung	57
Schwerbehindertenausweis	58
Nachteilsausgleiche	59
Grad der Behinderung bei Depressionen	60
<b>Abgestufte Erwerbsminderungsrente</b>	61
<b>Ernährung bei Depressionen</b>	64
<b>Sport und Depressionen</b>	65
<b>Urlaub bei Depressionen</b>	66
<b>Autofahren und Führerschein</b>	67
Führerschein und schwere Krankheit	67
Zweifel an der Fahrtauglichkeit	68
Autofahren bei Depressionen	68
<b>Adressen und Informationen</b>	70
<b>Impressum</b>	72

## Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text häufig die männliche Form verwendet. Gemeint sind grundsätzlich Frauen und Männer.

## Vorbemerkung

**Dieser Ratgeber ist für Patienten geschrieben, bei denen der Arzt bereits eine Diagnose „Depression“ gestellt hat.**

**Dabei ist den Autoren bewusst: „Die“ Depression gibt es nicht, Depressionen sind sehr unterschiedlich. Stabile Phasen wechseln sich ab mit depressiven Episoden und einer damit einhergehenden Unfähigkeit, irgend etwas zu tun.**

Weil die individuelle Situation der Betroffenen so unterschiedlich ist, wird es zwangsläufig so sein, dass nicht alle Kapitel dieses Ratgebers auf jeden zutreffen. Jeder braucht andere Hilfen. Die Auswahl der Themen im Ratgeber richtet sich danach, welche Fragen erfahrungsgemäß bei Menschen mit Depressionen aufkommen können und welche sozialversicherungsrechtlichen Leistungen häufig von Bedeutung sind.

Aus medizinisch-therapeutischer Sicht gibt dieser Ratgeber nur einen kurzen Überblick – im Kern informiert er wie alle betaCare-Ratgeber zu sozialrechtlichen und psychosozialen Themen. Dies soll jedoch nicht heißen, dass die Autoren einem sozialtherapeutischen Ansatz den Vorzug geben. Die Gewichtung medikamentöser, psychologischer und sozialer Therapieelemente liegt allein in der Entscheidungshoheit von Arzt und Patient.

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

Nur sehr selten wird es gelingen, bei Behörden und Versicherungen eine abgelaufene Frist mit dem Hinweis auf eine depressive Episode zu verlängern. Eine besondere Wachsamkeit ist hier beim Auslaufen des Krankengelds und der damit verbundenen Gefahr des Verlusts des Krankenversicherungsschutzes (siehe S. 38) erforderlich. Sozialrecht, Ämter und Kostenträger sind schon für einen gesunden Menschen oft schwer verständlich. Patienten mit Depressionen brauchen hier umso mehr Hilfe – wenn möglich in Form von Hilfe zur Selbsthilfe. Insbesondere in depressiven Episoden müssen aber auch wachsame Berater und Angehörige entsprechende Briefe und Fristen ernst nehmen und sofort darauf reagieren.

In diesem Sinn richtet sich dieser Ratgeber auch an das Umfeld von Betroffenen. Patienten helfen sich und dem Umfeld, wenn sie ihn auch weitergeben.

**Sozialrecht  
und Depressionen**

## Beratung und Hilfe: Sozialpsychiatrischer Dienst

Eine hilfreiche Einrichtung in der Beratung und Begleitung von Menschen mit schweren Depressionen können die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) sein. Es gibt sie nahezu überall, meist sind sie an die lokalen Gesundheitsämter angegliedert, zum Teil, vor allem in Süddeutschland, sind aber auch Wohlfahrtsverbände die Träger.

Die Aufgaben und die Personalausstattung der SpDi sind sehr unterschiedlich und variieren oft schon von einer Stadt zur nächsten. In der Regel arbeiten Ärzte und Sozialarbeiter beim SpDi, bisweilen auch Krankenschwestern oder Psychologen. Meist bieten sie aber weder Psychotherapie an noch dürfen sie Medikamente verschreiben. Fast überall werden die SpDi bei Krisensituationen einbezogen, wenn es also z. B. um die Begutachtung akut gefährdeter Patienten geht und um die Frage, ob sie stationär untergebracht werden sollen (siehe Seite 13). Häufig halten sie Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich stark zurückziehen und wenig bis keine anderen sonstigen Kontakte haben. Sie machen auch Hausbesuche bei betroffenen Familien, bieten Kontaktmöglichkeiten (z. B. Patientenclubs und Selbsthilfegruppen) und beraten.

Die SpDi sind gut über regionale Hilfen, Angebote und Einrichtungen für Menschen mit psychischen Störungen informiert, so dass sie immer eine gute Anlaufstelle bei der Suche nach entsprechenden Adressen sind.



Welcher Sozialpsychiatrische Dienst regional zuständig ist, erfährt man beim Gesundheitsamt.

Adressen finden sich auch im Internet unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de), Bereich Adressen, Suchworteingabe „Sozialpsychiatrischer Dienst“.

# Wissenswertes über Depressionen

**Die Depression ist eine psychische Erkrankung, die die Stimmung, das Denken, das Verhalten und die Körperfunktionen der Betroffenen tiefgreifend und langfristig verändert.**

Nicht zu verwechseln ist sie mit vorübergehenden Phasen von Niedergeschlagenheit oder Antriebsschwäche, die fast jeder aus seinem Leben kennt. Oft folgen solche Phasen auf Ereignisse wie Trennungen, Verlust des Arbeitsplatzes oder Tod eines Angehörigen.

Der Körper braucht die Zeit, um sich von einschneidenden oder emotional belastenden Ereignissen zu erholen. Mit einer krankmachenden Depression hat das nichts zu tun, solange die Phasen von gesunder Traurigkeit bald wieder vorüber sind und ihren Zweck erfüllt haben, nämlich dass der Betroffene wieder Mut und Kraft hat.

Trauer hat eine wichtige Funktion im Leben. Es gibt auch Erklärungsmodelle für Depressionen, die besagen, dass eine Depression gerade dann begünstigt wird, wenn ein persönlicher Verlust nicht durch Trauer verarbeitet werden kann.

*Abgrenzung von Trauer*

**Depressionen haben sehr unterschiedliche seelische und körperliche Auswirkungen und können sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern.**

**Symptome**

Bei einer Depression kommt es phasenweise oder langfristig zum Verlust der Fähigkeit, sich an wichtigen Dingen des Alltags zu freuen bzw. daran teilzunehmen. „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre“, mit diesen Worten beschreibt der Schriftsteller Erich Kästner die Situation. Sein Zitat ist auch der Titel einer sehr informativen Broschüre des Bildungs- und Forschungsministeriums. Die Broschüre kann unter [www.bmbf.de](http://www.bmbf.de) > Service > Publikationen > Biowissenschaften und Gesundheit heruntergeladen werden.

Das Hauptsymptom ist die Niedergedrücktheit. Das Wort „Depression“ kommt vom lateinischen „deprimere“: herunterdrücken, niederdrücken. Die gedrückte Stimmung und Hoffnungslosigkeit, das Fehlen jeder Freude, jedes Genießens, jeder Zufriedenheit, aber auch das Fehlen von Zorn und Wut kennzeichnen eine Depression.

*Hauptsymptom*

## Weitere Symptome

### Hier eine Auswahl der häufigsten weiteren Symptome:

- Schwäche, Energieverlust, Erschöpfung (körperlich und geistig), kein Antrieb, Unentschlossenheit, Unfähigkeit, etwas zu entscheiden und sich zu etwas zu motivieren. Selbst alltägliche Aktivitäten wie putzen, kochen, essen, sich waschen oder jemanden anrufen sind dem Patienten nicht möglich.
- wenig Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit
- Angst, Hilflosigkeit, auch Panikattacken
- geminderte Konzentrationsfähigkeit
- Anspannung, Unruhe und Rastlosigkeit
- Bewegungslosigkeit und Ausdrucksblähmung
- Schlafstörungen
- körperliche Schmerzen, am häufigsten sind Kopfschmerzen, Druck auf der Brust
- Verlust der Libido
- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Gewichtsverlust, Verstopfung

## Formen

**„Die“ Depression gibt es nicht, vielmehr eine große Bandbreite: von leichten Formen mit Angst und verschiedensten körperlichen Beschwerden bis hin zu schweren Verlaufsformen, die mit Wahnvorstellungen und Suizidgedanken verbunden sein können.**

Etwa ein Drittel der Patienten erlebt nur eine einmalige depressive Episode, bei der Mehrzahl der Betroffenen wiederholt sich das Auftreten. Bekannt ist die saisonal abhängige Depression (SAD), die sogenannte „Winterdepression“, die jedoch innerhalb der Depressionen nur eine kleine Gruppe darstellt. Eine Sonderform ist die „Wochenbettdepression“, eine Form, die Frauen nach der Entbindung betreffen kann.

Die Fachwelt spricht bei Depressionen von „affektiven Störungen“, ein Begriff, der durch die ICD-10 geprägt wurde. Das ist ein internationales Klassifizierungssystem aller Krankheiten.

Im Wesentlichen unterscheidet die ICD-10 nach einmaligen „Episoden“ und wiederkehrenden („rezidivierenden“) Störungen, die dann nach ihrem Schweregrad unterteilt werden.

Als Dysthymie wird eine sehr schwache, aber anhaltende affektive Störung bezeichnet, die nicht auf einen bestimmten Auslöser zurückzuführen ist.

**In Deutschland leiden 5 bis 6 Millionen Menschen – bezogen auf einen Zeitraum von 12 Monaten – an behandlungsbedürftigen Depressionen.**

## Auftreten

In den westlichen Industrieländern sind Depressionen nach den Herz-Kreislauf-Krankheiten das zweithäufigste Leiden. Jeder Siebte durchlebt wenigstens einmal im Leben eine depressive Episode. Dabei gibt es kaum kulturelle und regionale Unterschiede.

**Die Ursachen depressiver Erkrankungen sind noch nicht eindeutig geklärt. Es gibt die verschiedensten Erklärungsmodelle.**

## Ursachen

**Die Wissenschaft geht heute davon aus, dass bei der Entstehung mehrere Faktoren eine Rolle spielen:**

- **Genetik, Veranlagung**  
Die Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu erkranken, hat eine erbliche Komponente.
- **Neurobiologie**  
Depressive Menschen haben in der Regel einen Mangel an Serotonin und Noradrenalin. Das sind chemische Botenstoffe (Neurotransmitter), die elektrochemische Nervensignale von einer Nervenzelle an die andere übermitteln. Auf diese Weise werden Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen gesteuert.
- **Seelische Belastungen**  
Besteht durch biologische oder lang andauernde Einflüsse (Familie und Erziehung) eine gewisse Anfälligkeit, können akute Ereignisse (Partnerverlust, Tod eines nahen Angehörigen oder Stress) oder lang andauernde Belastungen durch Krankheit, Beruf oder Beziehungskonflikte Depressionen auslösen.
- **Lichtmangel**  
Als Ursache der Winterdepression wird auch Lichtmangel vermutet.

# Behandlung

**Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit und die Unfähigkeit, aktiv zu sein, nicht willentlich beeinflussen.**

**Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten sich unbedingt in ärztliche Behandlung begeben.**

Verschiedenen Schätzungen zufolge wird nur etwa die Hälfte der Depressionen richtig diagnostiziert und angemessen behandelt. Wird die Erkrankung nicht behandelt, sondern bagatellisiert („Das wird schon wieder...“), fühlen sich Betroffene (zu Recht) unverstanden, was die fatale Folge haben kann, dass sie noch tiefer in die Depression sinken.

Die zahlreichen Varianten der Krankheit machen sehr verschiedene Behandlungsweisen notwendig.

Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den am besten behandelbaren psychischen Erkrankungen zählen.

## Behandlungsarten

**Die beiden wichtigsten Behandlungsansätze sind**

- Medikamente (Antidepressiva) und
- Psychotherapie.

Sie werden häufig kombiniert eingesetzt.

Bei sehr schweren Depressionen kann auch ein stationärer Aufenthalt erforderlich werden.

**Weitere Therapieansätze sind:**

- Elektrokrampftherapie
- Transkranielle Magnetstimulation
- Lichttherapie
- Schlafentzug

Details zu diesen Behandlungen auf den folgenden Seiten.

## Fachärzte

Für einen Laien verwirrend ist die Vielfalt der Psycho-/Neuro- und Nerven-Ärzte.

**Hier eine Kurzübersicht – wobei immer bedacht werden muss, dass die individuelle Erfahrung und Schwerpunktlegung der Ärzte und Therapeuten sehr wichtig ist:**

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

- **Nervenarzt**  
Ein studierter Mediziner mit beiden eben genannten Facharztausbildungen, Neurologie und Psychiatrie
- **Psychotherapeut**  
Ein studierter Mediziner oder Psychologe mit einer mehrjährigen Zusatzausbildung als Psychotherapeut
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**  
Ein studierter Mediziner, Psychologe oder (Sozial-)Pädagoge mit einer mehrjährigen Zusatzausbildung als Psychotherapeut
- **Psychologe**  
Ein Akademiker, der Psychologie studiert hat, aber ohne Zusatzausbildung und Zulassung keine Psychotherapie mit der Krankenkasse abrechnen kann

**Eine medikamentöse Behandlung wird vom Arzt/Facharzt, je nach Schweregrad, in die Wege geleitet. In der Regel verschreibt der Arzt Antidepressiva, wovon es eine große Bandbreite gibt. Insbesondere am Anfang können auch Tranquillizer und Neuroleptika helfen.**

**Medikamentöse  
Behandlung:  
Antidepressiva**

Die Behandlung verschafft meist eine Linderung der Symptome und kann zu einer Heilung der Krankheit führen. Dazu müssen aber die Medikamente regelmäßig und über einen längeren Zeitraum eingenommen werden.

Einige Antidepressiva entfalten ihre Wirkung erst nach Wochen, die Nebenwirkungen treten aber unter Umständen sofort auf. Deshalb ist es wichtig, aber sehr schwer, die Therapie durchzuhalten. Die zweite Gefahr ist, dass Patienten die Medikamente absetzen, wenn es zu einer Besserung kommt. Doch die Medikamente dürfen auf keinen Fall ohne Rücksprache mit dem Arzt niedriger dosiert oder abgesetzt werden. Es besteht sonst die Gefahr eines Rückfalls.

*Therapieabbruch*

Antidepressiva sind keine Beruhigungsmittel, sie machen nicht abhängig. Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und behandelndem Arzt ermöglicht die Auswahl des richtigen Medikaments und aller weiteren Therapieschritte. Besonders am Anfang der Therapie wird der Arzt mehrmals nachfragen, wie das Medikament anschlägt, welche Nebenwirkungen auftreten und was sich in Bezug auf Schlaf, Antrieb etc. verändert. Nicht selten sind mehrere zeitintensive Anläufe notwendig, bis das individuell passende Medikament gefunden wird. Einfach verständliche Informationen zu Antidepressiva finden sich unter [www.psychiatrie.de/therapien/psychopharmaka/antidepressiva](http://www.psychiatrie.de/therapien/psychopharmaka/antidepressiva).

### Zuzahlung zu Medikamenten

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen für viele Medikamente Zuzahlungen (umgangssprachlich oft als „Rezeptgebühr“ bezeichnet) in Höhe von 10% des Abgabepreises bezahlen, mindestens 5,- € und höchstens 10,- €.

Zuzahlungsbefreiung ist möglich, Details siehe S. 41.

### Zuzahlungsfreie Medikamente

Ein Teil der Arzneimittelwirkstoffe kann von der Zuzahlung befreit sein – das gilt auch für viele Antidepressiva.

Auf den Internetseiten der GKV (Die gesetzlichen Krankenkassen), [www.gkv.info](http://www.gkv.info), steht eine Übersicht über diese Wirkstoffe, ebenso eine Liste der Arzneimittel, die tatsächlich zuzahlungsbefreit sind. Eine komfortable Suchmöglichkeit für zuzahlungsfreie Arzneimittel, Wirkstoffe und Hersteller bietet die Medizinische Medien Informations GmbH unter [www.meine-gesundheit.de](http://www.meine-gesundheit.de).

Darüber hinaus können Medikamente eines Arzneimittelherstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, ganz oder zur Hälfte zuzahlungsfrei sein. Hier haben in der Regel die Apotheken die aktuellsten Informationen.

## Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation.

Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu spiegeln, zu spüren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig kann sie helfen, Ursachen und/oder Auslösern für Depressionen auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu entschärfen.

### Kosten

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen im Sinne einer Krankenbehandlung (§ 27 SGB V). Derzeit von den Kassen anerkannt sind psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie.

Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall und auf Antrag.

### **Vereinfachte Unterscheidung „psychoanalytisch“ und „verhaltenstherapeutisch“**

- **Psychoanalytisch** begründete Verfahren setzen sich eher mit dem Unbewussten auseinander, um aktuelle Konflikte zu erklären. Sie beschäftigen sich mit der Vergangenheit, um daraus die Gegenwart zu erklären.
- **Verhaltenstherapeutische** Verfahren arbeiten mehr über das bewusste Denken, Fühlen und Handeln, um Erkenntnisse oder Veränderungen zu erreichen. Sie setzen an der Gegenwart an, um die Zukunft zu verändern.

Wie bei jedem Arztbesuch muss der Patient 10,- € Praxisgebühr (auch Kassengebühr genannt) zahlen – aber nur einmal im Quartal und nur, wenn keine Überweisung von einem anderen Arzt vorliegt, bei dem bereits Praxisgebühr entrichtet wurde. Die Praxisgebühr wird auch fällig, wenn z. B. nur ein Rezept ausgestellt oder telefonisch eine Leistung in Anspruch genommen wird. Zuzahlungsbefreiung ist möglich, Details siehe S. 41.

#### *Zuzahlung*

Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

#### *Therapeutenwahl*

Therapeuten können entweder Psychologen („psychologischer Psychotherapeut“) oder Mediziner („ärztlicher Psychotherapeut“) sein. Es ist nicht einfach, den richtigen Therapeuten zu finden. Häufig kommen auch noch lange Wartezeiten bis zum Therapiebeginn dazu.

#### **Die folgenden Tipps helfen bei der Therapeutensuche:**

- In den meisten Geschäftsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf Länderebene gibt es Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen.
- Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Arztsuche finden sich Links zur Arztsuche in den einzelnen Bundesländern mit Ärzten aller Fachrichtungen, auch der psychologischen Psychotherapeuten.
- Einige KVen haben eine sogenannte „Koordinationsstelle Psychotherapie“ eingerichtet. Dort werden Patienten über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und -formen informiert. Außerdem werden dort freie Psychotherapieplätze vermittelt. Bei der Therapeutensuche hilft außerdem die Krankenkasse.

#### **Praxistipps**



- Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. Daher sollte eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit angefertigt und bei der Krankenkasse vorgelegt werden. Diese prüft jedoch selbst 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.

### **Probestellungen**

Der Patient kann bis zu 5 Probestunden (bei analytischer Therapie bis zu 8) bei einem Therapeuten machen, bis er entscheidet, ob er dort die Therapie durchführen will.

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

### *Antragsverfahren*

Der Patient muss bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Zu diesem Antrag teilt der behandelnde Psychotherapeut der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Indikation und beschreibt Art und Dauer der Therapie. Dieser „Konsiliarbericht“ wird in einem verschlossenen Umschlag dem Bericht an den Gutachter beigelegt.

### *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, z. B.:**

- **Analytische Psychotherapie**  
bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden;  
bei Gruppenbehandlung bis 80, in besonderen Fällen bis 120 Doppelstunden

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**  
50, in besonderen Fällen bis 80 Stunden;  
bei Gruppenbehandlung bis 40, in besonderen Fällen  
bis 60 Doppelstunden
- **Analytisch und tiefenpsychologisch fundierte  
Psychotherapie bei Jugendlichen**  
90, in besonderen Fällen bis 140 Stunden;  
bei Gruppenbehandlung bis 40, in besonderen Fällen  
bis 60 Doppelstunden
- **Verhaltenstherapie**  
45, in besonderen Fällen bis 60 Stunden
- **Gruppentherapie**  
Eine Gruppensitzung (100 Minuten) zählt wie  
2 Einzelsitzungen, maximal 90 Sitzungen

Die Probesitzungen zählen nicht zur Therapie. Eine Sitzung dauert mindestens 50 Minuten. Eine Überschreitung ist dann zulässig, wenn mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber bei Fortführung der Therapie begründete Aussicht darauf besteht.

Es gibt von der Verbraucherzentrale (Bundesverband) einen guten und neutralen Ratgeber „Chance Psychotherapie“. Informationen und Bestellung unter [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de) > Ratgeber-Shop > Gesundheit und Ernährung.



**Praxistipp**

**Im Krisenfall, insbesondere bei akuter Selbstmordgefährdung, kann eine Behandlung in psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen von Kliniken notwendig werden. Die stationäre Behandlung soll den Patienten schützen und ihn stabilisieren.**

**Stationäre und teil-  
stationäre Behandlung**

Die Krankenhausbehandlung wird von der Krankenkasse getragen oder vom Sozialhilfeträger. Sie beinhaltet alle Leistungen, die für den Patienten nach Art und Schwere seiner Erkrankung notwendig und im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses möglich sind. Dazu zählen neben der ärztlichen Behandlung z. B. auch die Versorgung mit Arzneimitteln sowie die therapeutische Betreuung.

### Zuzahlung

Erwachsene Patienten müssen für die vollstationäre Krankenhausbehandlung 10,- € pro Tag zuzahlen. Diese Zuzahlung ist auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Der Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag.

### Haushaltshilfe

Werden eine Mutter oder ein Vater stationär untergebracht, kann eine Haushaltshilfe beantragt werden. Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle notwendigen Arbeiten, z. B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung.

#### **Wichtigste Voraussetzungen für die Antragstellung sind:**

- Keine andere Person im Haushalt kann die Arbeiten übernehmen und
- es ist ein Kind unter 12 Jahren zu versorgen.

Die Haushaltshilfe wird von dem Träger übernommen, der auch die Krankenhausbehandlung zahlt, meistens ist das die Krankenkasse oder Rentenversicherung. Die Haushaltshilfe ist in jedem Fall **vorher** zu beantragen.

### Institutsambulanzen

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

## Sonstige Therapien

**Es gibt eine ganze Reihe weiterer Therapieansätze, sie werden in der Regel ergänzend eingesetzt.**

### Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie (EKT), auch elektrische Durchflutungstherapie genannt, ist ein seit langem bekanntes Verfahren, das aber in der Öffentlichkeit einen schlechten Ruf hat und deshalb in Deutschland nur von wenigen Kliniken angeboten wird. Das verändert sich aber seit einigen Jahren, denn es gibt Patienten mit anhaltenden schweren Depressionen, bei denen einzig die Elektrokrampftherapie einen Behandlungserfolg bringt.

Kern der EKT ist ein durch Strom ausgelöster Krampfanfall. Dafür bekommt der Patient eine 5-minütige Kurznarkose, so dass er von der eigentlichen Behandlung nichts spürt. Zudem erhält er ein muskelentspannendes Medikament, um starke Muskelkrämpfe zu vermeiden. Der eigentliche Stromfluss dauert 20 bis 30 Sekunden.

Durch diese Anwendungsweise sind die Risiken der Behandlung minimiert, aber es bleiben die üblichen Risiken einer jeden Narkose sowie die Gefahr von Blutdruckschwankungen und Gedächtnisstörungen. Letzteres wird von Experten unterschiedlich eingeschätzt, ebenso wie die Frage, ob Erinnerungslücken mit steigender Anwendungszahl zunehmen. Es gibt aber auch die Meinung, dass gerade das „Vergessen“ belastender Erlebnisse einen Teil des Therapieerfolgs ausmacht. Insgesamt ist die Wirkweise der EKT nicht erklärt. Möglicherweise setzen die aktivierten Nervenzellen mehr Neurotransmitter frei.

Die EKT darf nur eingesetzt werden, wenn alle anderen Therapiemöglichkeiten erfolglos ausgeschöpft wurden. Sie darf nur in einer Klinik durchgeführt werden, dauert etwa 3 Wochen und umfasst 9 bis 12 Einzelbehandlungen.

Eine sehr junge Behandlungsmethode ist die transkranielle Magnetstimulation (TMS). Wie EKT wird auch TMS nur bei therapieresistenter Depression eingesetzt. Im November 2007 wurden erstmals Ergebnisse veröffentlicht, die den Nutzen im Rahmen einer groß angelegten Studie mit 300 Patienten belegten.

### *Transkranielle Magnetstimulation*

Bei der TMS wird der linke frontale Hirnlappen mit einem elektrisch erzeugten Magnetfeld stimuliert. Bei der Studie wurden die Patienten 5 Mal pro Woche, 4 bis 6 Wochen lang, behandelt. Danach hatten sich die depressiven Symptome messbar verbessert. Nebenwirkungen wurden wenige beobachtet und nur wenige Patienten brachen die Therapie ab.

In Deutschland wird die Therapie noch wenig angeboten, aber nach den amerikanischen Studienerfolgen könnte sich dies ändern.

Lichtmangel wird als Ursache der Winterdepression vermutet. Als Unterstützung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung wird deshalb zum Teil die Lichttherapie eingesetzt. Dabei schaut der Patient täglich in ein Licht mit mindestens 2.500 Lux; besser sind 10.000 Lux. Die Lichttherapie erfolgt am besten vormittags für 30 bis 40 Minuten. Dies bewirkt über die Reizung der Netzhaut und des Sehnervs eine vermehrte Ausschüttung von Serotonin, was den Krankheitsverlauf günstig beeinflusst. Die Behandlung dauert mehrere Tage bis Wochen, erste Effekte sind in der Regel nach 4 Tagen spürbar.

### *Lichttherapie*

## Schlafentzug

Viele Patienten mit Depressionen leiden unter Schlafstörungen, vor allem in der zweiten Nachthälfte. Das bringt den Gehirnstoffwechsel durcheinander, morgens sind die Betroffenen nicht richtig wach und es dauert lange, bis sie ein bisschen in Schwung kommen. Das aber verschiebt den Schlaf-Wach-Rhythmus weiter nach hinten.

Eine komplett schlaflose Nacht kann dagegen dazu führen, dass die Müdigkeit am Folgeabend so groß ist, dass die Patienten eine ganze Nacht durchschlafen. Das kann den Effekt haben, dass sie morgens ausgeruht und frisch erwachen – die Depression ist durchbrochen. Dieser positive Effekt hält meist nur einen oder zwei Tage an, kann allerdings in einer langen depressiven Phase einen Lichtblick bedeuten und Mut geben.

Eine andere Methode ist, normal ins Bett zu gehen und bereits nach wenigen Stunden wieder aufzustehen. Dies kann bis zu 3 Mal in der Woche erfolgen, so dass der Effekt länger anhält.

**Schlafentzug ist nur eine Begleittherapie. Er sollte nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt und nur ergänzend zur Medikamenten- und/oder Psychotherapie eingesetzt werden.**

# Umgang mit Depressionen

Allgemeingültige Tipps zum Umgang mit Depressionen oder mit einem depressiven Menschen gibt es nicht. Jede Depression ist anders, jeder Mensch mit seinen Möglichkeiten, seelischen Konflikten und Anlagen ist anders. Deshalb können die folgenden Hinweise nur Anregungen sein.

Die Anregungen richten sich an Betroffene und ihr Umfeld gleichermaßen. Ein zentrales Problem ist das Nicht-Wissen und Nicht-Verstehen seiner eigenen Reaktionen und der Reaktionen des jeweils anderen. Hilfreich wäre der wertfreie gegenseitige Austausch von Empfindungen und Erlebnissen, doch das ist sehr schwer. Mehr Wissen erleichtert den Umgang miteinander.

Für den Betroffenen und seine Angehörigen ist es am Anfang meist ein längerer Prozess, bis sie erkennen, dass bestimmte Verhaltensweisen, Körpersignale und Stimmungen die Symptome einer Depression sind. Die Wahrnehmung des Betroffenen ist häufig auch so, dass er sich nicht als krank erlebt, sondern z. B. als Versager, der selbst schuld an seiner Situation ist. Die Tatsache, dass Depressionen als psychische Erkrankung in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer verharmlost werden und dass die wenigsten Menschen Genaueres darüber wissen, erschwert die Erkennung der Krankheit und verzögert den Therapiebeginn.

Es ist wichtig, dass Patient und Angehörige wissen, dass Depressionen behandelbar sind. Beratung und Informationen rund um Depressionen helfen sowohl den Betroffenen als auch ihrem Umfeld. Informationen über die Erkrankung, über Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen gibt der behandelnde Arzt.

Eine Auswahl wichtiger Adressen finden Sie ab S. 70.

Auch dieser Ratgeber will durch Information dazu beitragen, dass Menschen mit Depressionen besser verstanden werden und Unterstützung finden. Betroffene können ihn auch an Angehörige weitergeben.

Angehörige (damit sind Verwandte und nahe Freunde gemeint) sollten sich auf einen depressiven Menschen einlassen und versuchen, ihn so gut wie möglich zu verstehen und ihm zu helfen. Dabei dürfen sie aber auch die eigenen persönlichen Grenzen nicht außer Acht lassen. Eine Depression ist für das ganze Umfeld

## Tipps für Angehörige und Betroffene

### Beratung

### Grenzen der Belastbarkeit

eine Belastung, gerade für enge Bezugspersonen, die dem Betroffenen helfen möchten. Häufig spüren die Erkrankten dies, was zu Schuldgefühlen und noch stärkerem sozialem Rückzug führen kann. Für dieses Dilemma gibt es keine pauschale Lösung, sondern nur das Bemühen um gegenseitige Achtung.

### *Gestaltung des Tagesablaufs*

Ein Hauptsymptom bei Depressionen ist der fehlende Antrieb, irgendetwas zu tun (siehe S. 5). Daher spielt die Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs eine wichtige Rolle.

#### **Hier einige konkrete Anregungen für Angehörige:**

- Täglich um die gleiche Zeit einen Spaziergang vereinbaren und dann auch gemeinsam spazieren gehen. Bewegung an der frischen Luft und bei Tageslicht ist in jedem Fall positiv für den Patienten.
- Den Tagesablauf strukturieren, z. B. am Vortag zusammen mit dem Patienten einen konkreten Plan schreiben, kleine Aufgaben wie Duschen, Einkaufen, Aufräumen mit konkreter Uhrzeit versehen und dann kontrollieren, ob sie erledigt wurden. Die Aufgaben sollten überschaubar und bewältigbar sein – dann haben die Betroffenen Erfolgserlebnisse und fühlen sich weniger hilflos. Kleine Schritte ermöglichen kleine Erfolge, große Aufgaben überfordern und verstärken die Depressionsgefahr.
- Angehörige können den Tagesablauf auch unterstützen, indem sie an geplanten Aktivitäten teilnehmen.

### *Körperliche Aktivität*

So schwer dies depressiven Menschen auch fällt, sie sollten selbst versuchen und von ihren Angehörigen dazu angehalten werden, möglichst körperlich aktiv zu sein. Bewegung kann helfen, den negativen Gedanken- und Gefühlskreislauf zu stoppen.

Jede körperliche Aktivität, Aufstehen nach dem Aufwachen, Aufräumen, kleine Einkäufe oder kurze Spaziergänge, kann als Erfolg betrachtet werden.

Siehe dazu auch „Sport bei Depressionen“ auf S. 65.

### *Geduld und Zuwendung*

Mitleid, gut gemeinte Ratschläge, Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sind nicht hilfreich. Dagegen brauchen Betroffene Geduld und Zuwendung. Der Umgang mit depressiven Menschen sollte akzeptierend, respekt- und vertrauensvoll sein. Wichtig ist Zuhören, möglichst ohne das Gehörte zu bewerten.

Appelle an den Willen von Betroffenen sind nicht empfehlenswert. Die Betroffenen leiden an einer Erkrankung, das hat nichts mit Willensstärke zu tun. Die täglichen Anforderungen dürfen zwar nicht ausbleiben, sollten jedoch der Leistungsfähigkeit angepasst werden. So ergeben sich eher Erfolgserlebnisse.

Weil die Depression die Wahrnehmung verändert, kann der Betroffene selbst erste Verbesserungen oft nicht wahrnehmen, die das Umfeld aber bereits sieht. Auch das erfordert von den Menschen im Umfeld und dem Betroffenen selbst Geduld.

Depressive Menschen empfinden zum Teil wenig positive Emotionen und wirken auf ihr Umfeld dadurch „eisig“. Insbesondere Ehe- oder Lebenspartner sollten dies nicht persönlich nehmen, es ist Teil der Krankheit. Partner und Betroffene sollten sich immer wieder sagen, dass es die Depression ist, die verändert, und dass dies wieder anders wird.

Bei allen Bemühungen, einem depressiven Menschen zu helfen, sollte man nie vergessen, dass es sich um eine ernst zu nehmende Erkrankung handelt. Jedes noch so gut gemeinte Bemühen führt nicht gleich zum sichtbaren Erfolg. Spürt der Betroffene, dass ein Helfer solche „Erfolgserwartungen“ – wenn auch nur unbewusst – hegt, besteht die Gefahr, dass der Betroffene sich noch schlechter fühlt, weil er den Erwartungen nicht gerecht werden kann. Die Folge kann dann Rückzug bzw. Verweigerungshaltung sein, was wiederum beim Helfer Ärger auslöst.

Die Belastung für Angehörige, mit einem über Wochen und Monate depressiven Menschen zusammenzuleben, kann sehr groß sein. Die Entlastung der Angehörigen oder des Umfelds ist entsprechend wichtig. Angehörige sollten sich nicht übernehmen, an ihre eigenen Bedürfnisse denken und sich selbst bewusst etwas Gutes tun.

Viele Angehörige wünschen sich – manchmal heimlich, manchmal unbewusst – eine „Auszeit“ von der Betreuung eines schwer depressiven Menschen. Solche Wünsche sind legitim: Man sollte diese Bedürfnisse ernst nehmen und nach Urlaubs-, Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten suchen.

Hilfreich kann auch der Austausch mit anderen Angehörigen von psychisch kranken Menschen sein. In jedem Bundesland gibt es die Angehörigengruppen ApK (Angehörige psychisch Kranker). Der Bundesverband ist mit seinen Landesverbänden im Internet unter [www.bapk.de](http://www.bapk.de) zu finden.

Depressionen verändern die Wahrnehmung. Patienten sollten deshalb in einer Krankheitsphase keine weitreichenden Entscheidungen beruflicher oder privater Art treffen. Denn sie empfinden und bewerten anders, wenn sie wieder gesund sind, und bereuen

*Reaktion und Veränderung*

*Entlastung  
der Angehörigen oder  
des Umfelds*

*Keine wichtigen  
Entscheidungen treffen*

dann möglicherweise ihre Entscheidungen. Angehörige können hier helfen, indem sie Patienten nicht zu weitreichenden Entscheidungen drängen.

Andererseits muss hier bedacht werden, dass wichtige Entscheidungen auch notwendig sein können, um damit zum Beispiel belastende Situationen zu verändern oder ihnen zu entgehen. Solche Entscheidungen sollten aber unbedingt in Zusammenarbeit mit dem Arzt/Psychotherapeuten gefällt werden. Wenn solche therapeutisch abgesprochenen Veränderungen anstehen, sollte das Umfeld diese Entscheidungen unterstützen.

### Suizidgefahr

**Äußern depressive Menschen Selbsttötungsgedanken, muss dies sehr ernst genommen werden. Es ist wichtig und richtig, auf die Gedanken und Gefühle einzugehen. Äußerst wichtig ist eine schnelle Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt. Dieser kann dann mit dem Betroffenen und den Angehörigen überlegen, welche weiteren Schritte angebracht sind.**

Auch die Patienten selbst sollten Gedanken in diese Richtung ernst nehmen. Die große Mehrzahl der Betroffenen wünscht sich irgendwann, dass alles vorbei wäre. Das ist normal. Doch es gibt einen großen Lichtblick: Depressionen sind behandelbar. Wer nicht mehr weiterleben will, wer einfach einschlafen und nie mehr aufwachen will, sollte unbedingt mit irgendjemandem darüber reden: mit (s)einem Arzt, mit einer Beratungsstelle, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (siehe S. 4), mit dem Krisendienst, mit einem Seelsorger, mit vertrauten Personen oder mit anonymen Gesprächspartnern wie der Telefonseelsorge.

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden depressiven Störung kann es zu bleibenden bzw. immer wieder auftretenden Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Arbeitslosigkeit kann aber ein zusätzlicher Risikofaktor für eine erneute depressive Episode sein. Einer Berufstätigkeit ist daher nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus vielen weiteren Gründen eine hohe Priorität einzuräumen.

## Arbeit

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

Dabei muss aber ebenso berücksichtigt werden, dass der Betroffene einer wie auch immer gearteten Arbeitstätigkeit gewachsen sein muss, denn negativer Stress und Überforderung können eine Ursache für Depressionen sein.

## Folgende Tipps sind bei Menschen mit Depressionen zu beachten, die einen Arbeitsplatz haben:

- Eine depressive Episode kann von einem Abend auf den nächsten Morgen auftreten. Es kann die Gefahr bestehen, dass der Patient einfach im Bett bleibt – ohne beim Arbeitgeber anzurufen, ohne beim Arzt eine Krankmeldung (= AU-Bescheinigung) zu besorgen. Angehörige können hier helfen, indem sie die telefonische Erstmeldung beim Arbeitgeber übernehmen und den Betroffenen zum Arztbesuch motivieren oder beim Arzt einen Hausbesuch erbitten. Die AU-Bescheinigung muss an den Arbeitgeber und an die Krankenkasse geschickt werden. Ohne AU-Bescheinigung gefährdet der Patient sowohl seinen Arbeitsplatz als auch eine spätere Krankengeldzahlung (siehe auch S. 28).
- Wenn einem Arbeitnehmer gekündigt wird, endet die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse. Er muss sich dann rechtzeitig um seinen Krankenversicherungsschutz kümmern, Details siehe S. 38.



Praxistipps

## Stufenweise Wiedereingliederung

Patienten mit schweren Depressionen sind arbeitsunfähig und bisweilen über Wochen und Monate nicht am Arbeitsplatz. Einen ganzen Arbeitstag durchzustehen ist für viele nicht möglich. Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung (sogenanntes „Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Für das Selbstbewusstsein der Patienten ist diese Maßnahme in vielen Fällen gut, denn das Alleinsein zu Hause verstärkt das Gefühl der Leere.

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation, Träger ist meist die Krankenkasse.

### Voraussetzungen

**Für eine Stufenweise Wiedereingliederung müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:**

- Es besteht noch Anspruch auf Krankengeld (siehe S. 28) bzw. der Arbeitnehmer ist noch arbeitsunfähig (siehe S. 28).
- Der Versicherte ist mit der Maßnahme einverstanden.
- Der Arzt stellt einen Wiedereingliederungsplan auf.
- Der Arbeitgeber erklärt sich mit der Maßnahme einverstanden.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

### Dauer

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

### Entgelt

Grundsätzlich erhält der Versicherte während der Wiedereingliederung weiterhin Krankengeld von der Krankenkasse. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dies auf das Krankengeld angerechnet.

### Praxistipps



#### Vorgehensweise

- Dem Arbeitsversuch muss als Erstes aus medizinischer Sicht zugestimmt werden: Nach Überzeugung des Arztes dürfen einer Stufenweisen Wiedereingliederung keine medizinischen Gründe entgegenstehen.
- Der Versicherte muss die Stufenweise Wiedereingliederung selbst wollen.
- Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus. Dieses Formular hat jeder Arzt vorliegen. Es kann bei der Krankenkasse oder beim Rentenversicherungsträger angefordert werden.

- Arzt und Patient erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl begonnen wird und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Der Antrag wird dem Arbeitgeber vorgelegt – von ihm hängt die Stufenweise Wiedereingliederung ab. Er muss sein Einverständnis mit der Maßnahme mit einer Unterschrift bestätigen, ist dazu aber nicht verpflichtet.
- Es empfiehlt sich, eine Stellungnahme des Betriebsarztes bzw. des MDK einzuholen.
- Der Antrag wird bei der Krankenkasse eingereicht. Diese prüft, ob sie der Maßnahme zustimmt. Zum Teil bezieht auch die Krankenkasse den MDK mit ein.
- Haben alle Beteiligten zugestimmt, kann die Maßnahme beginnen.
- Während der eingeschränkten Beschäftigung bleibt der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig geschrieben.

Informationen geben die Krankenkassen, der behandelnde Arzt und der Arbeitgeber.



**Berufsfindung und Arbeitserprobung dienen dazu, den geeignetsten Weg der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu finden.**

**Berufsfindung  
und Arbeitserprobung**

Sie zählen zu den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 48). In der Regel geht es dabei um das Finden und Erproben eines neuen beruflichen Umfelds. Die Maßnahmen werden meist in Berufsförderungs- und Berufsfindungswerken durchgeführt. Einige von ihnen haben sich auf die Berufsfindung für psychisch kranke Menschen spezialisiert.

- **Die Berufsfindung**  
klärt das Leistungsvermögen, die Eignung und Neigung sowie die Auswirkungen der Behinderung auf eine spätere berufliche Tätigkeit des Versicherten.
- **Die Arbeitserprobung**  
soll nach weitgehender Klärung und Entscheidung für einen Beruf noch bestehende Fragen zu bestimmten Ausbildungs- und Arbeitsplatzanforderungen klären.

## Kostenübernahme

Beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten. Die Krankenkasse zahlt nachrangig und vor allem dann, wenn sie im Rahmen einer Medizinischen Reha der Kostenträger ist.

Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf.

## Praxistipps

Die Anmeldung erfolgt durch den Reha-Träger in Abstimmung mit den Fachdiensten der Agentur für Arbeit.

### Erforderliche Unterlagen:

- Eingliederungsplan, der vom Reha-Träger zusammen mit der Agentur für Arbeit vor Ort und dem Betroffenen erstellt wird
- Eignungsgutachten des Fachpsychologen
- ärztliche Gutachten mit Befundunterlagen
- Kostenzusage des Reha-Trägers

Ein Verzeichnis der bundesweiten Berufsförderungswerke ist mit der Bestellnummer A 714 erhältlich beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Telefon 01805 676712, [www.bmas.de](http://www.bmas.de).

## Wer hilft weiter?

Fragen beantworten der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger oder die Servicestellen. Letztere klären im Zweifelsfall auch ab, welcher Träger für die Berufsfindung und Arbeitserprobung zuständig ist.

## Arbeitstherapie und Belastungserprobung

**Arbeitstherapie und Belastungserprobung unterstützen die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und gehören zu den Leistungen der Medizinischen Rehabilitation (siehe S. 44).**

### Als Arbeitstherapie gelten die Entwicklung und Klärung von

- Handfertigkeiten,
- handwerklich-technischen Fähigkeiten **und/oder**
- geistig-psychischen Befähigungen (z. B. Interesse, Ausdauer, Pünktlichkeit, Auftreten im Arbeitsmilieu, Kontaktfähigkeit, Kooperationsbereitschaft)

zur Vorbereitung auf die Arbeitsaufnahme im alten Beruf.

### **Als Belastungserprobung gelten**

- die Feststellung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbreite durch praktische Überprüfung oder Tests,
- die Ermittlung der Eignung eines Menschen für die allgemeine soziale oder berufliche Wiedereingliederung in den erlernten oder einen neuen, angemessenen Beruf.

Die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder die Berufsgenossenschaften übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf.

Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Maßnahmen ärztlich verordnet sind und wenn noch nicht abschließend beurteilt werden kann, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 48) für den Versicherten notwendig sind.

**Hat der Patient kein Arbeitsverhältnis (mehr) und ist die Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, sind Projekte auf dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt, insbesondere ABM- oder SAM-Projekte, denkbare Arbeitsfelder.**

ABM steht für Arbeitsbeschaffungsmaßnahme, SAM steht für Strukturanpassungsmaßnahme (§ 272 SGB III). Allerdings wurden die Geldmittel für subventionierte Arbeit im Zuge der Hartz-IV-Reformen sehr stark reduziert.

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.

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

- Agentur für Arbeit
- Integrationsamt, Integrationsfachdienst
- Sozialpsychiatrischer Dienst (siehe S. 4), psychosozialer Dienst
- Gemeinden, Städte, Landkreise, Bezirke
- Ministerien, hier oft Sonderförderprogramme
- Aktion Mensch, Lebenshilfe
- Behindertenwerkstätten
- Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz
- Kirchen
- Stiftungen und Spenden
- Firmen

*Kostenübernahme*

**Zweiter Arbeitsmarkt  
und Integrationsprojekte**

*Finanzierung und Träger*

Für die Beschäftigten handelt es sich dann zum Teil auch um sogenannte Ein-Euro-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandentschädigungen nach SGB II“).

Sie geben den Beschäftigten die Möglichkeit, über den öffentlichen und sozialen Sektor im Berufsleben wieder Fuß zu fassen und die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen, Details siehe S. 35.

**Die nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten kommen überwiegend nur für Patienten mit schweren und immer wiederkehrenden Depressionen in Frage.**

### *Integrationsfirmen*

Integrationsfirmen können zusammen mit mehreren der eben genannten Partner betrieben werden, aber auch unabhängig agieren. Sie arbeiten wie ein normales Unternehmen und bieten ihre Leistungen an, sind aber gleichzeitig gemeinnützig und werden gefördert, weil sie einen besonderen Aufwand durch die Struktur ihrer Mitarbeiter haben.

Überwiegend sind diese Unternehmen im handwerklichen und im Dienstleistungssektor aktiv. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen gibt es in Deutschland rund 700 Integrationsfirmen und -projekte in den verschiedensten Branchen: von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen.

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

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

### *Zuverdienstprojekte*

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

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

- Flexible Arbeitszeiten
- Flexible Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, bei Bedarf viele Pausen

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

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

**Tagesstätten sind Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Störungen an Wochentagen tagsüber betreut und zu Beschäftigung angeleitet werden.**

## Tagesstätten

Die Einrichtungen sind immer möglichst niedrigschwellig, je nach Konzept ist das Kommen und Fernbleiben freiwillig oder verbindlich. Mit der Tagesgestaltung in der Tagesstätte beginnen die Betroffenen, eine Tagesstruktur aufzubauen und einfache Aufgaben zu übernehmen.

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

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

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

Manche Tagesstätten sind als Vereine oder Clubs organisiert. In der Regel stellen sie dann an die sozialen Fähigkeiten der Mitglieder höhere Anforderungen und fordern eine etwas höhere Verbindlichkeit, z. B. durch die Übernahme von Pflichten zu bestimmten Zeiten.

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit

## Arbeitsunfähigkeit

### Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen der in der Kranken- und Unfallversicherung Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung des Zustands weiter ausüben kann. Die AU ist Voraussetzung für Entgeltfortzahlung und Krankengeld. Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

## Entgeltfortzahlung

**Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer – auch geringfügig Beschäftigte, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit –, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mindestens 4 Wochen haben.**

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts, dazu zählen auch regelmäßig gewährte Zulagen sowie Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Wochen, erhält der Versicherte Krankengeld, Details siehe S. unten.

## Voraussetzungen

**Um Entgeltfortzahlung zu erhalten, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen:**

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mindestens 4 Wochen haben.
- Die AU muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung erhalten die meisten Arbeitnehmer Krankengeld.

## Krankengeld

**Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind. Das Krankengeld ist eine sogenannte Lohnersatzleistung, d. h., sie wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.**

## Voraussetzungen für den Erhalt von Krankengeld:

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

## Voraussetzungen

Das Krankengeld beträgt 70 % des regelmäßigen Bruttogehalts, maximal aber 90 % des regelmäßigen Nettogehalts. Der Höchstbetrag liegt bei 87,50 € täglich.

## Höhe

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 12,33 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,58 % bei kinderlosen Empfängern.

Krankengeld gibt es wegen derselben Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Dabei handelt es sich um die sogenannte Blockfrist.

## Dauer

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.

Wenn jedoch dieselbe Krankheit, z. B. die Depression, eine neue Krankheitsphase bewirkt, gilt dieselbe Blockfrist. Die Leistungsdauer verlängert sich auch nicht, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzutritt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

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

### Beispiel

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

### Ende des Krankengelds

**Das Ende des Krankengelds kann maßgeblich von der Krankenkasse gesteuert werden. Dazu hat die Krankenkasse folgende Möglichkeiten:**

- Wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine Frist von 10 Wochen setzen, um einen Antrag auf RehaMaßnahmen zu stellen.
- Ebenso kann die Krankenkasse den Krankengeldempfänger auffordern, einen Antrag auf Rente zu stellen. Dem muss er ebenfalls innerhalb von 10 Wochen nachkommen. Hat er noch Anspruch auf Krankengeld, erhält er dieses weiter, bis über den Rentenanspruch entschieden ist.
- Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Versicherte noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Vorgang wird auch Aussteuerung genannt.

### Drohendes Ende des Krankenversicherungsschutzes

Es liegt im Ermessen der Krankenkasse, ob sie den Wegfall des Krankengelds plant und den Versicherten auffordert, innerhalb von 10 Wochen einen Antrag auf Reha oder Rente zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld und die Mitgliedschaft in der Krankenkasse endet. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf, **aber nicht** die Mitgliedschaft. Mit Ende des Krankengelds endet die Mitgliedschaft auf jeden Fall.

**Um weiter krankenversichert zu bleiben, gibt es verschiedene Möglichkeiten:**

- freiwillige Versicherung bei der Krankenkasse
- Familienversicherung (wenn z. B. der Ehemann/die Ehefrau Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist)
- Beantragung von Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (siehe S. 31)

Ist abzusehen, dass der Krankengeldbezug endet, sollten sich der Betroffene oder die Angehörigen unbedingt rechtzeitig mit der Krankenkasse in Verbindung setzen, um den künftigen Versicherungsschutz zu klären.

Praxistipp



Die Regelungen zum Arbeitslosengeld sind von vielen individuellen Voraussetzungen abhängig und teilweise sehr kompliziert. Genaue und verbindliche Auskünfte geben die Agenturen für Arbeit.

Arbeitslosengeld

Voraussetzungen für den Erhalt von Arbeitslosengeld sind:

Voraussetzungen

- Arbeitslosigkeit
- Bereitschaft, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung zu stehen
- Wer länger arbeitsunfähig ist, z. B. während einer schweren depressiven Episode, erfüllt diese Voraussetzung nicht und bekommt kein Arbeitslosengeld.
- Persönliche Arbeitslosenmeldung
- Erfüllung der Anwartschaftszeit  
Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis stand.

In der Regel bekommen Arbeitnehmer, die ihren Arbeitsplatz von sich aus kündigen, in den ersten 3 Monaten der Arbeitslosigkeit kein Arbeitslosengeld.

Sperrung bei Kündigung

Bei Depressionen kann dies jedoch anders sein, wenn die Berufstätigkeit an diesem Arbeitsplatz (z. B. wegen Mobbing) mit für die Erkrankung verantwortlich ist.

Liegt eine solche Problematik vor und will der Betroffene seine Arbeitsstelle deshalb aufgeben, sollte er dies vorher mit der Arbeitsagentur und dem Arzt absprechen.

Die Gesundheitsgefährdung muss mit einem ärztlichen Attest belegt sein und wird in der Regel vom Amtsarzt überprüft.

Damit liegt ein wichtiger Grund für das Aufgeben des Arbeitsverhältnisses vor und die Arbeitsagentur verhängt keine Sperrzeit.

Werden die Einschränkungen durch die Depression bei einem Empfänger von Arbeitslosengeld so massiv, dass eine Arbeitsaufnahme unmöglich wäre, muss er sich bei der Agentur für Arbeit arbeitsunfähig (siehe S. 28) melden.

Krankheitsschub  
während Arbeitslosengeld

Dies ist eventuell auch dann schon gegeben, wenn der Betroffene Termine bei der Arbeitsagentur aufgrund der Depression nicht mehr wahrnimmt.

Ab dem Tag der „Krankmeldung“ bekommt er noch 6 Wochen Leistungsfortzahlung und anschließend Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 28) in Höhe des Arbeitslosengelds.

## Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

---

Wer hilft weiter?



Ist die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitslosen gemindert, gibt es als Sonderform das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, die sogenannte Regelung im Sinne der Nahtlosigkeit.

Diese Zahlung überbrückt die Zeit ohne Arbeitslosengeld (weil man nicht vermittelt werden kann), bis eine andere Leistung, z. B. Weiterbildung oder Rente, gezahlt wird.

Die örtliche Agentur für Arbeit hilft bei allen Fragen des Arbeitslosengelds und führt individuelle Berechnungen durch.

## Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV)

---

Voraussetzung  
Erwerbsfähigkeit

Die „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ (SGB II) umfasst Leistungen für erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen von 15 bis 64 Jahren. Die bekannteste Leistung ist das Arbeitslosengeld II (= ALG II, siehe S. 36).

Leistungsempfänger sind ein Teil der früheren Empfänger von Arbeitslosenhilfe (abgeschafft seit 1.1.2005) und von Sozialhilfe (nur noch für nicht erwerbsfähige Menschen).

Leistungen erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

**Erläuterungen zu den unterstrichenen Begriffen nachfolgend:**

**Erwerbsfähig** ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten.

**Zumutbarkeit von Arbeit**

Grundsätzlich ist jede Arbeit zumutbar, auch wenn

- sie nicht dem früheren Beruf oder der Ausbildung entspricht.
- der Beschäftigungsort weiter entfernt ist als der frühere.
- die Bedingungen ungünstiger sind als bei der letzten Tätigkeit.

**Arbeit ist unzumutbar, wenn**

- der Hilfebedürftige dazu geistig, seelisch und körperlich nicht in der Lage ist.
- die Arbeit dem Hilfebedürftigen die künftige Ausübung seiner bisherigen überwiegenden Tätigkeit wesentlich erschweren würde, weil die bisherige Tätigkeit besondere körperliche Anforderungen stellt.

- die Arbeit die Erziehung eines Kindes oder des Kindes eines Lebenspartners gefährden würde. Die Erziehung eines Kindes, das das 3. Lebensjahr vollendet hat, ist in der Regel nicht gefährdet, soweit seine Betreuung in einem Kindergarten, bei einer Tagesmutter oder auf sonstige Weise sichergestellt ist.
- die Arbeit mit der Pflege eines Angehörigen nicht vereinbar wäre und die Pflege nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann.
- der Ausübung der Arbeit ein sonstiger wichtiger Grund entgegensteht.

**Hilfebedürftig** sind Menschen, wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können. Auf die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende werden eigenes Einkommen und vorhandenes Vermögen angerechnet.

*Voraussetzung  
Hilfebedürftigkeit*

### **Zu berücksichtigendes Einkommen**

**Grundsätzlich zählen alle Einnahmen in Geld oder geldwerten Vorteilen zum Einkommen, z. B.:**

- Einnahmen aus Arbeit (selbstständig oder abhängig beschäftigt)
- Arbeitslosengeld oder Krankengeld
- Unterhaltsleistungen
- Elterngeld über 300,- €  
(bei doppeltem Bezugszeitraum über 150,- €)

**Nicht zum Einkommen zählen z. B.:**

- Kindergeld und Kinderzuschlag (= Einkommen des Kindes)
- Elterngeld bis 300,- € bzw. 150,- €
- Blindengeld
- Pflegegeld

**Vom Einkommen sind unter anderem abzuziehen:**

- Steuern und Sozialabgaben
- Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder angemessen sind
- geförderte Altersvorsorgebeiträge

### **Einkommen und Freibetrag**

Einkommen aus Erwerbstätigkeit von ALG-II-Empfängern ist auf das ALG II anzurechnen, allerdings nicht komplett, sondern es verbleibt ein monatlicher Freibetrag beim Erwerbstätigen. Er beträgt mindestens 100,- € (= Grundfreibetrag) und steigt mit steigendem Einkommen. Die individuelle Berechnung macht die Agentur für Arbeit.

Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen, mit folgenden Ausnahmen:

- **Schonvermögen**
  - Ein Grundfreibetrag in Höhe von 150,- € je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, mindestens jeweils 3.100,- €.
  - Grundfreibetrag für Menschen, die vor dem 1.1.1948 geboren sind: 520,- € je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, mindestens jeweils 3.100,- €, maximal jeweils 33.800,- €.
  - Grundfreibetrag für Menschen, die von 1948 bis 1957 geboren sind: maximal 9.750,- €.
  - Grundfreibetrag für Menschen, die von 1958 bis 1963 geboren sind: maximal 9.900,- €.
  - Grundfreibetrag für Menschen, die ab dem 1.1.1964 geboren sind: maximal 10.050,- €.
  - Grundfreibetrag für jedes hilfebedürftige minderjährige Kind: 3.100,- €.
- **Private Altersvorsorge**
  - Altersvorsorge (z. B. Riester-Anlageformen), welche aufgrund von bundesgesetzlichen Vorschriften ausdrücklich als Altersvorsorge gefördert wird, wird einschließlich ihrer Erträge bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nicht berücksichtigt – allerdings nur, wenn der Inhaber die Altersvorsorge nicht vorzeitig verwendet.
  - Weiteres Vermögen, das der Altersvorsorge dient, bis zu einer Höhe von 250,- € je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, ist anrechnungsfrei. Der maximale Freibetrag beträgt je nach Alter bis zu 16.750,- €. Auch hier gilt: Nur wenn das Vermögen aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung nicht vor dem Renteneintritt verwertet werden kann.
- Freibetrag für **notwendige Anschaffungen** in Höhe von 750,- € für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen.
- Angemessener **Hausrat**.
- Angemessenes **Kraftfahrzeug** für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen.
- Selbstgenutztes **Hausgrundstück** von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung.
- **Vermögen**, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks von angemessener Größe bestimmt ist, so weit dieses zu Wohnzwecken behinderter oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen

soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde.

- **Sachen und Rechte**, sobald deren Verwertung unwirtschaftlich wäre oder für den Betroffenen eine besondere Härte bedeuten würde.

#### **Zur Bedarfsgemeinschaft gehören:**

- erwerbsfähige Hilfebedürftige
- im Haushalt lebende Eltern oder ein im Haushalt lebender Elternteil eines unverheirateten erwerbsfähigen Kindes unter 25 Jahren und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils
- Partner des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen
- dem Haushalt angehörende unverheiratete Kinder unter 25 Jahren des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen oder seines Partners, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen ihren Lebensunterhalt sichern können

*Bedarfsgemeinschaft*

#### **Im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende bieten die Agentur für Arbeit oder die ARGE folgende Leistungen:**

- Dienstleistungen, z. B. Information, Beratung und umfassende Unterstützung mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Jeder ALG-II-Empfänger bekommt einen persönlichen Ansprechpartner bei der Agentur für Arbeit, mit dem eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen wird.
- Geldleistungen, z. B. zur Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Arbeit (siehe unten) sowie zur Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (ALG II, siehe S. 36) und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen (= Sozialgeld, siehe S. 36)
- Sachleistungen

*Überblick  
über die Leistungen*

#### **Außerdem können weitere Leistungen zur Eingliederung in Arbeit erbracht werden, z. B.:**

- Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder häusliche Pflege von Angehörigen
- Schuldnerberatung
- psychosoziale Betreuung
- Suchtberatung

Als Leistungen zur Eingliederung gelten die „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandentschädigungen“. Dabei handelt es sich um die sogenannten „Ein-Euro-Jobs“.

*Eingliederung*

Für Empfänger von ALG II, die keine Arbeit finden können, können Kommunen, Verbände der freien Wohlfahrtspflege und Stiftungen Arbeitsmöglichkeiten schaffen. Diese Arbeitsgelegenheiten dürfen auf keinen Fall reguläre Arbeitsplätze verdrängen. Diese Jobs sollen täglich bis 8 Stunden ausgeübt werden, der ALG-II-Empfänger bekommt pro Stunde zwischen 1,- und 2,- € zusätzlich zum ALG II. Es entsteht kein arbeitsrechtliches Verhältnis. Wird diese Arbeitsmöglichkeit abgelehnt, kommt es zu Kürzungen des ALG II.

Bei entsprechender Auswahl und Begleitung können diese Arbeitsmöglichkeiten auch seelisch beeinträchtigten Menschen bei der Integration in den Arbeitsmarkt oder zu einer Ausbildung verhelfen. Weitere geförderte und betreute Arbeitsmöglichkeiten siehe S. 25.

Wer hilft weiter?



Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende werden in der Regel von den örtlichen Agenturen für Arbeit, den Arbeitsgemeinschaften (ARGE) sowie den kreisfreien Städten und Kreisen (kommunale Träger) erbracht. Sie beraten, betreuen und führen individuelle Berechnungen durch.

## Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

**Arbeitslosengeld II (ALG II) erhalten Arbeitslose nach dem Arbeitslosengeld, wenn sie erwerbsfähig und hilfebedürftig sind.**

**Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben, wenn sie keine Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bekommen.**

Erklärungen der Begriffe „erwerbsfähig“, „hilfebedürftig“ und „Bedarfsgemeinschaft“ siehe ab S. 32.

## Höhe und Umfang

**ALG II und Sozialgeld entsprechen dem Niveau der Sozialhilfe (siehe S. 52) und setzen sich im Wesentlichen auch aus denselben Bausteinen zusammen:**

- Pauschalisierte Regelleistungen (= Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts). Diese sollen die Kosten für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie ohne Heizkosten, Bedarfe des täglichen Lebens und Teilnahme am kulturellen Leben abdecken.
- Mehrbedarfe in besonderen Lebenssituationen
- Kosten für Unterkunft und Heizung

Details siehe S. 54.

Zusätzlich können ALG-II-Empfänger einen befristeten Zuschlag im Anschluss an das Arbeitslosengeld bekommen.

*ALG-Zuschlag*

**Der Zuschlag wird maximal 2 Jahre bezahlt und ist im ersten Jahr begrenzt auf**

- maximal 160,- € bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen.
- maximal 320,- € bei Partnern.
- maximal 60,- € für minderjährige Kinder, die mit dem Zuschlagsberechtigten in Bedarfsgemeinschaft zusammenleben.

Nach Ablauf eines Jahres wird der Zuschlag halbiert.

## Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet, soweit es um den Erhalt der Gesundheit oder die Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Krankheit geht. Zuständig sind die Krankenkassen.

### Verlust des Krankenversicherungsschutzes

Ein durchgängiger Versicherungsschutz ist die Grundvoraussetzung, um eine adäquate Behandlung zu erhalten.

Eine Gefahr bei Menschen mit Depressionen ist, dass sie durch das Verstreichenlassen von Fristen oder die Nichtbeachtung von Formalitäten ihren Krankenversicherungsschutz verlieren können. Kritisch ist insbesondere das Auslaufen des Krankengelds (Details siehe S. 30) und die damit verbundene Aussteuerung aus der Krankenkasse. Hierauf sollten Patienten, Angehörige und Betreuer/Therapeuten in besonderer Weise achten.

### Praxistipps

**Auf folgende Punkte ist beim Krankenversicherungsverhältnis zu achten:**

- **Pflichtversicherte Mitglieder der Krankenkasse**  
Ihnen kann Aussteuerung drohen (siehe S. 30) und die Weiterversicherung muss mit der Krankenkasse geregelt werden.  
Wird einem Arbeitnehmer gekündigt und er erhält keine anderweitigen Leistungen, z. B. Krankengeld oder Arbeitslosengeld II, über die er krankenversichert ist, muss ebenfalls die Weiterversicherung mit der Krankenkasse geregelt werden.
- **Freiwillig versicherte Mitglieder der Krankenkasse**  
Besonders zu achten ist auf die Weiterbezahlung der Beiträge, sonst ruhen die Leistungen und der Patient erhält nur Leistungen für unaufschiebbare Behandlungen.
- **Privat Krankenversicherte**  
Besonders zu achten ist auf die Weiterbezahlung der Beiträge, sonst drohen vertragsrechtliche Konsequenzen.

### Wer hilft weiter?

Mit der Krankenkasse ist abzuklären, wie der Versicherungsschutz und die Beitragszahlungen weiterhin geregelt werden können. Beim Sozialamt oder bei der ARGE gibt es unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zur Beitragszahlung. Befindet sich der Patient in stationärer Behandlung, kann auch der Sozialdienst der Klinik angesprochen werden, damit dieser den weiteren Versicherungsschutz und ggf. den zuständigen Kostenträger klären kann.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihre Beiträge nicht zahlen (Rückstand mindestens so hoch wie 2 Monatsbeiträge), obwohl sie dazu in der Lage wären, erhalten nur noch Leistungen für unaufschiebbare Behandlungen, z. B. Behandlung bei akuten Schmerzen, sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Der Anspruch für alle sonstigen Krankenversicherungsleistungen ruht so lange, bis die rückständigen Beiträge samt Säumniszuschlägen ausgeglichen sind (§ 16 SGB V).

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zum Versicherungsschutz beantwortet das Bürgertelefon des Gesundheitsministeriums: Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr, Telefon 01805 996602 bzw. 01805 996601 (14 Ct./Min.).

**Bei zahlreichen Leistungen der Krankenversicherung muss der Patient Zuzahlungen leisten.**

Die folgende Auflistung enthält alle Zuzahlungen, auch wenn sie nicht bei Depressionen relevant sind. Doch für eine mögliche Zuzahlungsbefreiung (siehe S. 41) werden sie alle einbezogen.

**Die Praxisgebühr beträgt 10,- € pro Quartal und Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut. Sie wird nicht fällig bei**

- Überweisungen von einem anderen Arzt im selben Quartal.
- Vorsorge, Früherkennung, Kontrolluntersuchungen, Schutzimpfungen.
- Überschreiten der Belastungsgrenze.

Die Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“) beträgt 10% der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- oder Verbandmittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5,- €	Preis = Zuzahlung
5,01 € 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.

## Säumige Beitragszahler

Wer hilft weiter?

## Zuzahlungen

### Praxisgebühr

### Arznei- und Verbandmittel

<i>Festbetrag</i>	<p>Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag bei einem Arzneimittel. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.</p> <p>Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.</p>
<i>Heilmittel</i>	Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten zuzüglich 10,- € je Verordnung.
<i>Hilfsmittel</i>	<p>Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.</p> <p>Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, maximal jedoch 10,- € monatlich.</p>
<i>Häusliche Krankenpflege</i>	Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10,- € je Verordnung.
<i>Soziotherapie, Haushaltshilfe</i>	Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.
<i>Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung</i>	<p>Die Zuzahlung beträgt 10,-€ pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.</p> <p>Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.</p>
<i>Ambulante und stationäre Leistungen zur Reha</i>	<p>Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag an die Einrichtung, ohne zeitliche Begrenzung.</p> <p>Maximal 28 Tage, wenn die ambulante RehaMaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre RehaMaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert.</p>
<i>Fahrtkosten</i>	Zuzahlung: 10% der Fahrtkosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

**Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung nicht berücksichtigt:**

- **Zahnersatz**

Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 20 % Bonus)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei zehn Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 30 % Bonus)

Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen.

- **Kieferorthopädische Behandlung**

20 % der Kosten und nur soweit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll.

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

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

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

- pflegebedürftig mit Pflegestufe II oder III
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

*Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen*

**Zuzahlungsbefreiung**

*Chronisch Kranke*

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder sich therapiegerecht verhält.

#### **Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:**

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Wenn er das nicht tut und chronisch erkrankt, liegt die Belastungsgrenze bei 2 % vom Bruttoeinkommen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, wofür Früherkennungsuntersuchungen angeboten werden, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Untersuchungen von einem hierfür zuständigen Arzt haben beraten lassen. Diese Beratung muss in einem Präventionspass dokumentiert worden sein. Diese Regelung umfasst zunächst die Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs.

#### **Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte**

- mit schweren psychischen Erkrankungen,
  - mit schweren geistigen Behinderungen oder
  - die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.
- Für Menschen, die älter sind und chronisch erkranken, gilt die 1-%-Belastungsgrenze, wenn sie eine Bescheinigung vom Arzt über ein therapiegerechtes Verhalten vorlegen. Ausgenommen sind Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung über 60 und Pflegebedürftige der Pflegestufen II oder III.

#### *Sozialhilfe*

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 86,16 €, bei chronisch Kranken 43,08 €.

# Rehabilitation

Die Rehabilitation (Reha) ist ein sehr großer und komplexer Bereich, für den alle Versicherungsträger zuständig sein können.

## Grundsätzlich gilt:

Reha(bilitation) geht vor Rente (§ 9 SGB VI).

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

## Hier ein kurzer Überblick über die Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Leistungen zur Rehabilitation**  
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation dienen insbesondere der Ausheilung einer Erkrankung und der Wiederherstellung der Gesundheit.
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**  
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher „berufsfördernde Maßnahmen“) sollen die Erwerbsfähigkeit Behinderter erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe**  
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind Leistungen zur Wiedereingliederung Behinderter, um das Ziel der Rehamaßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld, Haushaltshilfe, Reisekosten, Kinderbetreuungskosten.

## Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen Rehamaßnahmen. Nachfolgend eine Übersicht zur prinzipiellen Zuständigkeit:

- Die Krankenkassen sind zuständig bei Medizinischer Rehabilitation.
- Die Berufsgenossenschaften sind zuständig bei Arbeitsunfall, Wegeunfall oder Berufskrankheit für die gesamte Rehabilitation.
- Die Rentenversicherungsträger sind zuständig bei erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit für die Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die Bundesagentur für Arbeit trägt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

## Bereiche der Rehabilitation

## Zuständigkeit

Wer hilft weiter?



- Das Sozialamt ist nachrangig zuständig, wenn weder Kranken- noch Renten- noch Unfallversicherung noch die Bundesagentur für Arbeit leisten.
- Das Jugendamt leistet immer bei Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe für seelisch Behinderte oder hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren.

Wenn eine Rehabilitation empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die „Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Es gibt sie bei fast allen Kommunen und sie arbeiten rehaträgerübergreifend.

Im Internet sind Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de) zu finden.

## Medizinische Rehabilitation

Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Es gibt zwei Arten Medizinischer Reha-maßnahmen: ambulante und stationäre. Letztere werden umgangssprachlich Kuren genannt.

### Grundsätzlich gilt:

Ambulant vor stationär (§§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V). Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

### Ausnahme

Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter und bei Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren gilt „ambulant vor stationär“ nicht.

### Leistungen

#### Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z. B.:

- Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke
- Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 22)
- Geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

### Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Rehamaßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vor-sorge.

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

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

Ambulante Rehamaßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Er wohnt z. B. zu Hause, nicht in der Reha-Einrichtung, d. h. der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Eine ambulante Rehamaßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

### *Ambulante Rehamaßnahmen*

#### **Voraussetzungen für ambulante Rehamaßnahmen:**

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Rehamaßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung.

Für ambulante Rehamaßnahmen bei psychischen Erkrankungen gibt es spezielle Rahmenempfehlungen. Vereinfacht besagen sie, dass eine ambulante Reha dann übernommen wird, wenn einerseits eine normale Psycho- und Arzneimitteltherapie zu wenig intensiv ist, andererseits der Patient aber stabil und aktiv genug ist, eine tägliche Therapie durchzuhalten.

#### **Dauer**

Eine ambulante Rehamaßnahme dauert längstens 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Bei einer stationären Medizinischen Reha(bilitation) (umgangssprachlich „Kur“) wohnt der Patient für die Zeit der Rehamaßnahme in einer entsprechenden Einrichtung. Es gibt eine Reihe von Kliniken, insbesondere psychosomatische oder psychotherapeutische Kliniken, die stationäre Rehamaßnahmen speziell für an Depression erkrankte Menschen anbieten.

### *Stationäre medizinische Rehabilitation*

### **Voraussetzungen für die Beantragung von stationären RehaMaßnahmen sind:**

- Eine ambulante RehaMaßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.

### **Dauer**

Stationäre RehaMaßnahmen dauern längstens 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.



### **Praxistipp**

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, an einer ambulanten oder stationären RehaMaßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

### **Antrag**

Den Antrag auf eine Medizinische RehaMaßnahme beim zuständigen Träger (siehe oben) sollte zweckmäßigerweise der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind ggf. eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und ein eigenes, persönliches Schreiben. Der Leistungsumfang bei RehaMaßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.



### **Praxistipps**

#### **Antragstellung bei der Krankenkasse**

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag auf „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine RehaMaßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt.

Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z. B. Rentenversicherungsträger) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

#### **Antragstellung mit ausführlicher Begründung**

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf RehaMaßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch mittlerweile fast zur Regel geworden, dass der Arzt die Notwendigkeit der medizinischen

Rehabilitation ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger, wenn dem Antrag sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigefügt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Rehamaßnahme zu prüfen.

Ambulante und stationäre medizinische Rehamaßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Deshalb besteht auch Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (siehe S. 28).

*Urlaub*

### **Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.**

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Auch die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen Bedürfnisse der Betroffenen sollten bei der Wahl eine Rolle spielen und berücksichtigt werden.

*Wahl der Reha-Einrichtung*

### **Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen bei fast allen stationären Rehamaßnahmen 10,- € Zuzahlung pro Tag leisten:**

- Zeitlich unbegrenzt für Rehamaßnahmen der Krankenkasse, außer die stationäre Reha dauert aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen. Dann begrenzt sich die Zuzahlung auf 28 Tage.
- Längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres für stationäre Medizinische Rehamaßnahmen des Rentenversicherungsträgers. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse werden angerechnet.
- Findet die stationäre Rehamaßnahme als Anschlussheilbehandlung statt, so begrenzt sich die Zuzahlung bei der Krankenkasse auf 28 Tage und beim Rentenversicherungsträger auf 14 Tage. Eine bereits geleistete Zuzahlung für die vorhergegangene Krankenhausbehandlung wird berücksichtigt.

*Zuzahlung*

## Berufliche Rehabilitation = Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ umfassen alle RehaMaßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern. Alte Begriffe dafür sind „Berufsfördernde Maßnahmen zur Reha“ oder „Berufliche Reha“.

Teilhabe am Arbeitsleben umfasst Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen.



### Praxistipp

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber 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.

### Berufliche Reha bei Depressionen

Bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe kommt es vor allem auch auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, den sogenannten „Bezugsberuf“, an. Wenn durch die Erkrankung ein Verbleiben im bisherigen Beruf nicht mehr möglich, d.h. nicht leistungsgerecht ist, kommt eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage.

Bei Menschen mit Depressionen kann z. B. eine berufliche Tätigkeit in einem sozialen oder pädagogisch-therapeutischen Beruf psychosoziale Belastungsfaktoren mit sich bringen, die langfristig negativ auf den Krankheitsverlauf wirken können. Hier könnte der Wechsel des Berufsbilds durch Leistungen zur Teilhabe in Frage kommen, da langfristig die Gefahr einer Erwerbsminderung besteht.

Kaum genehmigt werden Leistungen zur Teilhabe allerdings bei Mobbing, wenn das Problem also nicht am Berufsbild, sondern am Arbeitsplatz liegt. Denn dann kann das Problem auch durch den Wechsel der Arbeitsstelle gelöst werden.

### Stationäre Leistungen, Unterkunft, Verpflegung

Aus Gründen der Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Reha können die Maßnahmen auch stationär erbracht werden. Das umfasst neben der **Unterkunft** auch die **Verpflegung**, wenn die Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts erforderlich ist, d.h. wenn aufgrund der Behinderung ein begleitender medizinischer, psychologischer und sozialer Dienst notwendig ist.

## **Es gibt mehrere Arten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unter anderem:**

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
2. Berufsvorbereitung
3. Berufliche Bildung
4. Übernahme weiterer Kosten
5. Zuschüsse an den Arbeitgeber

Nachfolgend Informationen zu den einzelnen Leistungen.

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

### **In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit unter anderem folgende Leistungen:**

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

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählt die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen eines Gesundheitsschadens erforderlichen Grundausbildung.

Darunter fallen die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds neben Aufbau und Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

## *Leistungen der beruflichen Rehabilitation*

### *1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes*

### *2. Berufsvorbereitung*

### 3. Berufliche Bildung

Zur beruflichen Bildung zählen Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses.

Nicht dazu zählen allgemeinbildende Maßnahmen.

### 4. Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehen (§ 33 Abs. 7 SGB IX).

#### Hierzu zählen z. B.:

- Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel,
- Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte (z. B. Werkzeuge) sowie
- 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 der Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

### 5. Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten (§ 34 SGB IX). Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

Die Gewährung eines Zuschusses kann von Bedingungen und Auflagen abhängig gemacht werden.

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

- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen,
- Eingliederungszuschüsse,
- Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,
- Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung oder
- Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

### Dauer

**Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen.**

- Die berufliche Eingliederung dauert in der Regel bis zur Erreichung des angestrebten Berufsziels in der hierfür vorgeschriebenen oder allgemein üblichen Zeit im Sinne der notwendigen Ausbildungsdauer.
- Die **Ausbildung** dauert in der Regel bis zu 2 Jahre bei ganztägigem Unterricht. Eine Teilförderung (eines Ausbildungsabschnitts) innerhalb einer geschlossenen Weiterbildungsmaßnahme ist nicht möglich.

### **Eine Verlängerung ist denkbar bei:**

- bestimmter Art und Schwere der Behinderung
- Lage und Entwicklung des Arbeitsmarkts
- voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens des Behinderten
- Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren

Bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen.

Das Integrationsamt und die Integrationsfachdienste helfen bei Fragen der beruflichen Integration weiter.

Adressen der Integrationsämter unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

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

RPK ist besonders für Menschen geeignet, die an einer schweren Depression leiden und hierdurch in ihrem sozialen und beruflichen Leben beeinträchtigt sind. Für den Reha-Teilnehmer wird, orientiert an seinem persönlichen Bedarf, ein Hilfeplan erstellt. Durch die enge Verzahnung aller dieser Leistungen kann auf die besonderen Bedürfnisse und die schwankende Leistungsfähigkeit sehr individuell eingegangen werden.

Angebote und Einrichtungen der RPK sind regional unterschiedlich. Adressen und weitere Informationen bietet die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK unter [www.bagrpk.de/mgvz.htm](http://www.bagrpk.de/mgvz.htm).

**Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Reha-Maßnahmen oder an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben.**

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

### *Soziale Sicherung*



### **Rehabilitation psychisch kranker Menschen**

### **Übergangsgeld**

*Höhe* Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt bei allen Trägern 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

**Das Übergangsgeld beträgt:**

- 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.

*Dauer* **Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld**

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben:
  - maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
  - maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, soweit kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soweit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

**Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften und mit eigenen Mitteln seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder sich in besonderen Lebenslagen selbst zu helfen, hat unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Sozialhilfe.**

Hilfebedürftige erwerbsfähige Menschen von 15 bis 65 Jahren, die mindestens 3 Stunden am Tag arbeiten können, haben keinen Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe, sondern auf Grundsicherung für Arbeitssuchende und deren wesentliche Leistung, das Arbeitslosengeld II und Sozialgeld (siehe S. 36). Dieses entspricht in der Höhe der Sozialhilfe.

## **Die Sozialhilfe umfasst folgende Leistungen:**

- Hilfe zum Lebensunterhalt (siehe S. 54)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 55)
- Hilfen zur Gesundheit (entspricht den Leistungen der Krankenkassen, inklusive der Pflicht zu Zuzahlungen)
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- Hilfe zur Pflege (entspricht den Leistungen der Pflegekassen)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
- Hilfe in anderen Lebenslagen

Alle Sozialhilfeleistungen müssen beim Sozialamt beantragt werden.

Die Sozialhilfe ist gegenüber allen anderen Sozialversicherungsträgern nachrangig, d. h. die Sozialhilfe tritt immer erst dann ein, wenn sich der Betroffene nicht selbst und auch nicht durch seine unterhaltspflichtigen Angehörigen (Eltern, Kinder, Ehe- oder Lebenspartner) helfen kann und auch kein anderer Sozialversicherungsträger (wie Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Jugendamt, Rentenversicherung) zuständig ist und Leistungen erbringt.

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten nur Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln, insbesondere aus eigenem Einkommen und Vermögen beschaffen können.

Auch das Einkommen und Vermögen von nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern ist zu berücksichtigen. Zudem ist bei minderjährigen unverheirateten Kindern im Haushalt der Eltern oder eines Elternteils auch das Einkommen und Vermögen der Eltern/des Elternteils zu berücksichtigen.

*Umfang*

*Antrag*

*Nachrangigkeit*

*Einsatz von Einkommen und Vermögen*

## Unterhaltspflicht

Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind. Es wird unterschieden zwischen gesteigert Unterhaltspflichtigen, normal Unterhaltspflichtigen und nicht Unterhaltspflichtigen.

### Gesteigert unterhaltspflichtig sind z. B.:

- Eltern gegenüber ihren minderjährigen und unverheirateten Kindern,
- Eltern gegenüber ihren volljährigen und unverheirateten Kindern bis zu deren Alter von 21 Jahren, wenn diese im Haushalt der Eltern wohnen und sich in der allgemeinen Schulausbildung befinden, sowie
- Ehegatten, gleichgeschlechtliche Lebenspartner und Partner in eheähnlicher Gemeinschaft untereinander.

## Hinzuverdienst

Sozialhilfeempfänger können 30% des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 175,50 € (= 50% des Eckregelsatzes) für sich behalten. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Erwerbstätigkeit eines Sozialhilfeempfängers einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würde er Grundsicherung für Arbeitssuchende (siehe S. 32) erhalten.

## Hilfe zum Lebensunterhalt

Wenn umgangssprachlich von „Sozialhilfe“ gesprochen wird, ist meist die Hilfe zum Lebensunterhalt gemeint. Ihre Höhe summiert sich aus den folgenden Leistungen:

- Regelsätze der Sozialhilfe (siehe Tabelle)
- Kosten für Unterkunft und Heizung, wenn sie angemessen sind
- Mehrbedarfe bei Schwangerschaft, Alleinerziehung, Behinderung oder kostenaufwendiger Ernährung
- Einmalige Hilfen für
  - Erstausrüstung für Bekleidung (z. B. nach Brand)
  - Bekleidung für Schwangere und Erstausrüstungen für Neugeborene
  - Erstausrüstungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten
  - mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen schulrechtlicher Bestimmungen
- Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

Regelsätze für	Höhe
Haushaltsvorstand oder Alleinstehende	359,- €
Haushaltsangehörige bis zum 6. Geburtstag jeweils	215,- €
Haushaltsangehörige bis zum 14. Geburtstag jeweils	251,- €
Haushaltsangehörige ab dem 14. Geburtstag jeweils	287,- €
Ehe- oder Lebenspartner jeweils	323,- €

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind. Sehr viele Beratungsstellen informieren über Fragen der Sozialhilfe und angrenzende Gebiete.

Beratungsstellen und Unterstützung zum Arbeitslosen- und Sozialhilferecht mit den Schwerpunkten Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Arbeitslosenrecht nach dem SGB III finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) oder [www.my-sozialberatung.de/adressen](http://www.my-sozialberatung.de/adressen).

**Die Grundsicherung soll den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt von Menschen sicherstellen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.**

**Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,**

- die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
  - die das 18. Lebensjahr vollendet haben und – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind,
- wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

**Nicht leistungsberechtigt sind Personen,**

- deren zu versteuerndes Gesamteinkommen der Eltern oder Kinder jährlich 100.000,- € übersteigt.
- 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 in der Sozialhilfe (siehe S. 54).

**Die Grundsicherung setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:**

- Regelsatz der Sozialhilfe
- Angemessene tatsächliche Aufwendungen für Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, wenn keine Pflichtversicherung besteht



## **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

### *Voraussetzungen*

### *Umfang und Höhe*

- Mehrbedarfzuschläge
- Einmalige Leistungen
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden

Von diesem Bedarf werden die eigenen Einkünfte abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind die Einkünfte höher als der Bedarf, besteht kein Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

### *Dauer*

**Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.**

- **Erstbewilligung**  
Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt worden ist.
- **Änderung der Leistung**  
Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten und mitgeteilt worden sind. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.



Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Auch die Rentenversicherungsträger nehmen den Antrag entgegen.

# Schwerbehinderung

Psychische Erkrankungen wie Depressionen können bei längerer Dauer dazu führen, dass der Erkrankte als schwerbehindert eingestuft wird. Unterstützung und Hilfen sind hauptsächlich im SGB IX – Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – geregelt.

Leistungen nach dem SGB IX erhalten Behinderte nur, wenn sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung in Deutschland haben.

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

**Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert bei Behinderten die Schwere der Behinderung.**

Er wird auf Antrag durch das Versorgungsamt festgestellt, soweit er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z. B. durch Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentcheidung. Je nach Bundesland werden die Versorgungsämter unterschiedlich bezeichnet, z. B. „Zentrum Bayern Familie und Soziales“.

Sozialrechtlich gilt ein Mensch mit einem festgestellten GdB von mindestens 50 als schwerbehindert und kann damit viele Nachteilsausgleiche für sich beanspruchen. Die Schwerbehinderteneigenschaft wird mit dem Schwerbehindertenausweis nachgewiesen (siehe S. 58).

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines schwerbehinderten Menschen oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit evtl. neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Die Kündigung eines Schwerbehinderten bedarf in der Regel der vorherigen Zustimmung des Integrationsamts. Die Kündigungsfrist beträgt mindestens 4 Wochen.

## Grad der Behinderung

## Antrag auf Erhöhung

## Kündigungsschutz

### Zusatzurlaub

Schwerbehinderte haben Anspruch auf zusätzlich 5 bezahlte Urlaubstage im Jahr. Bei mehr oder weniger als 5 Arbeitstagen in der Woche erhöht bzw. vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend.

### Gleichstellung

Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 erhalten dieselben Leistungen wie Schwerbehinderte (außer Ermäßigungen bei Fahrkarten), wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Die Gleichstellung stellt die Agentur für Arbeit fest. Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch im Gegensatz zu Schwerbehinderten keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente ab 60 Jahren.



### Praxistipp

Diese Gleichstellung muss bei der Agentur für Arbeit beantragt werden. Benötigte Unterlagen: Feststellungsbescheid des Versorgungsamts sowie Arbeitsvertrag und Bescheinigung des Arbeitgebers, der den Behinderten als Schwerbehinderten einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde.

## Schwerbehindertenausweis

**Der Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Schwerbehinderte beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er ist ab einem GdB von 50 erhältlich.**

### Antrag

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



### Praxistipps

**Folgende Tipps können bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises helfen:**

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) sowie Begleiterscheinungen angeben.

- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung. Zusätzlich ist eine Beschreibung hilfreich, worin genau die Beeinträchtigung durch die psychotische Störung im Alltag besteht, z. B. in Handlungsunfähigkeit durch das Gefühl von Bedrohung. Eventuell sollten auch die Wahrnehmungen von vertrauten Personen mit aufgeführt werden.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Reha-Bericht, alle die Erkrankung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des GdB bekommt der Behinderte vom Versorgungsamt einen sogenannten Feststellungsbescheid.

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

*Gültigkeitsdauer*

**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.

**Schwerbehinderten wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe von Nachteilsausgleichen zugestanden, z. B.:**

- Eintrittspreisermäßigungen (z. B. Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die Schwerbehinderten in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen bei Vereinen, Interessenverbänden etc.

**Nachteilsausgleiche**

## Grad der Behinderung bei Depressionen

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung, des GdB und der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach den sogenannten „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“.

### Anhaltspunkte

Die Anhaltspunkte sind Richtlinien, die bundesweit gelten und für eine möglichst einheitliche Praxis sorgen sollen. Sie enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben darüber, wie hoch der GdB bei welchen Erkrankungen festzusetzen ist.

Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig. Maßgeblich für den GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

**Hier die Angaben zu Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata, darunter sind auch Depressionen eingeordnet:**

	GdB
leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0–20
stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive Störungen)	30–40
schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

Wer hilft weiter?



Informationen zum SGB IX und zu Arbeitsmöglichkeiten für schwerbehinderte Menschen gibt die Agentur für Arbeit. Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.

# Abgestufte Erwerbsminderungsrente

„Rente“ infolge von Depressionen verursacht bei Betroffenen oft Angst und Abwehr. Die „Abgestufte Erwerbsminderungsrente“ wird hier vorgestellt, weil es sich um eine grundsätzlich befristete Rente handelt, d. h.: In Phasen sehr schwerer Erkrankung kann die Rente einkommenslose Zeiten überbrücken, aber der Weg zurück in die Arbeitswelt ist vorgesehen. Vor einem Rentenanspruch sollte aber immer intensiv überprüft werden, ob alle Reha- und beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Es gibt zwei Arten von Erwerbsminderungsrente: die volle Erwerbsminderungsrente und die teilweise Erwerbsminderungsrente. Sie ersetzen seit 1.1.2001 die „Rente wegen Berufsunfähigkeit“ und die „Rente wegen Erwerbsunfähigkeit“. Sie werden in allen Fällen nur auf Antrag gezahlt. Anspruch auf die Abgestufte Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

**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.

*Volle  
Erwerbsminderungsrente*

**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.

*Teilweise  
Erwerbsminderungsrente*

## **Für vor dem 2.1.1961 Geborene gelten weiterhin**

- die Regelung der Berufsunfähigkeitsrente, d. h. der bisherige Beruf kann nur noch weniger als 6 Stunden täglich ausgeübt werden, und
- der sogenannte „Berufsschutz“, d. h. der erreichte berufliche Status ist so weit wie möglich zu erhalten, was bei der Erwerbsminderungsrente nicht der Fall ist, da hier von „den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes“ ausgegangen und geprüft wird, ob jemand auch in anderen Berufszweigen einsetzbar ist.

*Berufsschutz  
teilweise noch gültig*

## **Für den Erhalt von Erwerbsminderungsrente müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:**

- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (= Mindestversicherungszeit) und
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge.

*Voraussetzungen*

### Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet auf längstens 3 Jahre.

Danach kann sie wiederholt beantragt werden. Unbefristet wird die Rentenleistung nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von 9 Jahren auszugehen (§ 102 Abs. 2 SGB VI).

### Praxistipps



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.

Der Versicherte kann dabei mithelfen, indem er sich selbst genau beobachtet bzw. sich von seiner Umgebung beobachten lässt, um festzustellen, worin er im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen behindert/ingeschränkt ist. Die meisten Ärzte schätzen es sehr, wenn der Patient diese Aufzeichnungen mit zur Sprechstunde bringt.

### Rentenabschläge bei Erwerbsminderungsrente

Für jeden Monat, den die Rente vor den 63. Geburtstag vorgezogen wird, gibt es einen Rentenabschlag von je 0,3 %, höchstens aber von 10,8 %.

Das heißt: Bei einem Rentenbeginn vor dem 60. Lebensjahr beträgt der Abschlag immer 10,8 %, bei einem Rentenbeginn nach dem 63. Lebensjahr gibt es keinen Abschlag. Diese Rentenkürzung ist dauerhaft, d.h. sie fällt mit dem Eintritt in eine Altersrente nicht weg und führt nach dem Tod des Versicherten auch zu einer Kürzung der Hinterbliebenenrente.

Vorgezogene Monate vor dem 63. Geburtstag	Dauerhafte Kürzung der Rente um
1 Monat	0,3 %
2 Monate	0,6 %
3 Monate	0,9 %
4 Monate	1,2 %
...	...
33 Monate	9,9 %
34 Monate	10,2 %
35 Monate	10,5 %
36 Monate	10,8 %

Für die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Berufsunfähigkeit und die Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung gelten individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die sich unter anderem aus dem Einkommen der letzten 3 Kalenderjahre vor Eintritt der Leistungsminderung ergeben. Bei Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt die Hinzuverdienstgrenze bei voller Rentenhöhe 400,- € pro Monat. Bei höherem Hinzuverdienst wird die Rente nur noch in geringerer Höhe oder überhaupt nicht mehr ausgezahlt.

## Hinzuverdienst

Bei der teilweisen Erwerbsminderungsrente kann die Berechnung der individuellen Hinzuverdienstgrenzen beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater durchgeführt werden.

## Praxistipps

Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann.

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Berechnungen der Rentenhöhe sowie gegebenenfalls des Hinzuverdienstes vornehmen.

## Wer hilft weiter?

## Ernährung bei Depressionen

**Grundsätzlich gibt es keine „Depressions-Diät“.  
Eine ausgewogene Ernährung mit wenig Fett und vielen Ballaststoffen ist jedem Menschen zu raten.**

Allerdings besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen zuckerreicher Ernährung und der Serotoninproduktion des Körpers. Kohlenhydrate werden im Körper größtenteils zu Traubenzucker (Glukose) umgewandelt, der wiederum die Bauchspeicheldrüse zur Insulinbildung anregt. Insulin erhöht den Tryptophanspiegel des Gehirns. Tryptophan ist für die Bildung von Serotonin von Bedeutung, das bei der Entstehung von Depressionen eine große Rolle spielt. Bei Depressionen ist ein Mangel der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin zu beobachten.

Trotz dieser Zusammenhänge: Depressionen können nicht durch eine Ernährungsumstellung verhindert oder geheilt werden.

# Sport und Depressionen

**Körperliche Betätigung steigert das psychische Wohlbefinden durch die Ausschüttung körpereigener Stoffe wie Serotonin, Endorphin und Dopamin.**

**In vielen Forschungen der letzten Jahre konnte nachgewiesen werden, dass körperliche Aktivitäten leichte bis mittelschwere Depressionen positiv beeinflussen können.**

**Die Forscher gehen davon aus, dass regelmäßiger Ausdauersport die chemischen Prozesse im Gehirn beeinflusst und die Produktion von stimmungsaufhellenden Hormonen (Endorphinen) anregt. Diese sogenannten „Glückshormone“ haben eine antidepressive Wirkung.**

Der Nutzen ist besonders bei regelmäßigem Ausdauertraining nachweisbar.

## *Ausdauertraining*

### **Ausdauertraining heißt:**

- Im Idealfall täglich, 3 Mal pro Woche bringt auch deutliche Effekte, aber: „Auch einmal ist besser als keinmal“.
- Günstige Sportarten sind beispielsweise (Nordic) Walking, Joggen, Radfahren, Schwimmen, Wandern, Aerobic oder Langlauf.
- Intensität: Die meisten Menschen überfordern sich beim Ausdauersport. Der beste Effekt stellt sich ein, wenn sich der Puls nur leicht erhöht und wenn die Belastung so niedrig bleibt, dass man sich nebenher unterhalten kann.

Sport soll Spaß machen und darf weder unter- noch überfordern. Patienten sollten sich nicht unter Leistungsdruck setzen, das kann zu Versagensängsten und Stress führen. Die erste große Hürde bei Depressionen ist das Aufraffen – schon vielen nicht-depressiven Menschen fällt es schwer, ihre wöchentlichen Sporteinheiten zu erfüllen. Ganz wichtig ist deshalb, sich die positiven Effekte vor Augen zu halten (statt eines „Du hast schon wieder nicht ...“).

Wird Sport in der Gruppe ausgeübt, entstehen dadurch auch soziale Kontakte. Zudem können sich die Teilnehmer einer Gruppe gegenseitig motivieren, und der verabredete Zeitpunkt hilft, sich „aufzuraffen“. Manchen Menschen mit Depressionen hilft es auch, sich zum gemeinsamen Sporttermin abholen zu lassen.

## Urlaub bei Depressionen

Während schwerer Depressionen ist es nicht ratsam, in einen Urlaub zu „flüchten“. Durch die Krankheit fühlen sich depressive Menschen schon vom Alltag überfordert. Eine fremde Umgebung könnte den Druck, funktionieren zu müssen, und die Angst, zu versagen, zusätzlich verstärken.

Eine fremde Umgebung führt nicht automatisch dazu, dass Patienten weit weg von ihrem Alltag wieder gesund werden. Die Depression und die damit verbundenen Probleme und Symptome fahren mit. Ziel bei der Behandlung von Depressionen ist es, im bzw. mit dem Alltag wieder klarzukommen.

Geht es Betroffenen durch medikamentöse und psychologische Behandlung wieder besser, kann ein Ortswechsel sich allerdings gut auf die Verfassung auswirken. Den Mut aufzubringen, die eigenen vier Wände zu verlassen und sich für neue Erfahrungen zu öffnen, kann Betroffenen ein neues Selbstwertgefühl und Stolz auf das eigene Verhalten vermitteln.

Wichtig für einen gelungenen Urlaub ist, dass die verordneten Medikamente weiterhin gewissenhaft eingenommen werden. Die eigenen Grenzen sollten beachtet werden, Urlaub ist zur Erholung da. Aktivitäten sollten angemessen geplant und angegangen werden, Überforderung kann zu Rückschlägen führen.

### *Mitfuhr von Medikamenten*

In den Urlaub mitgenommen werden sollte mehr als die für die Urlaubszeit eigentlich notwendige Menge an Medikamenten, denn die Reisedauer kann sich aus unvorhergesehenen Gründen verlängern.

Auch bei Ausflügen sollten immer reichlich Medikamente mitgeführt werden, denn es kann im Extremfall zu einer unvorhergesehenen Auswärtsübernachtung kommen.

### *Medikamente aufteilen*

Einen Teil der Medikamente im Handgepäck befördern, den anderen im Koffer. Falls ein Gepäckstück abhanden oder zu spät ankommt, ist auf jeden Fall die Medikamentenversorgung gesichert. Auch im Hotelzimmer sollten die Medikamente an verschiedenen Stellen gelagert werden, damit bei einem Einbruch nicht die gesamte Ration abhandenkommt.

### *Fremdsprachige Information*

Um bei Nachfragen von Zollbehörden gewappnet zu sein, sollten Patienten sicherheitshalber ein Informationsblatt zu den Medikamenten und/oder Hilfsmitteln in der Landessprache mit sich führen.

# Autofahren und Führerschein

Die meisten Menschen wollen selbstständig und mobil sein und deshalb Auto fahren. Doch wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn er selbst Vorsorge getroffen hat, dass er andere nicht gefährdet (§ 2 Abs. 1 Fahrerlaubnis-Verordnung).

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

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

*Erstantrag auf Führerschein*

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

**Führerschein und schwere Krankheit**

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

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

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

## Zweifel an der Fahrtauglichkeit

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

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

**Die Untersuchung teilt sich in zwei Bereiche auf, den medizinischen und den psychologischen.**

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

## Autofahren bei Depressionen

**Bei sehr schweren Depressionen ① oder bei mehreren sehr schweren depressiven Phasen mit kurzen Intervallen ② darf kein Fahrzeug geführt werden.**

- ① Nach Abklingen der relevanten Symptome einer sehr schweren Depression und wenn nicht mit einem Wiederauftreten gerechnet werden muss (gegebenenfalls unter medikamentöser Behandlung), darf wieder ein Fahrzeug geführt werden. Bei Symptommfreiheit ist auch Personenbeförderung, z. B. als Busfahrer, zulässig.
- ② Nach Abklingen der Phasen darf wieder ein Fahrzeug geführt werden, wenn die Krankheitsaktivität geringer ist und mit einer Verlaufsform in der vorangegangenen Schwere nicht mehr gerechnet werden muss. Personenbeförderung ist allerdings nicht mehr zulässig.

## Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

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

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



## Adressen und Informationen

### **Kompetenznetz Depression und Suizidalität**

Prof. Ulrich Hegel – Universitätsklinikum  
Simmelweisstraße 10, 04103 Leipzig  
Telefon 0341 9724530  
E-Mail [presse@kompetenznetz-depression.de](mailto:presse@kompetenznetz-depression.de)  
[www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

Das Kompetenznetz Depression stellt in seiner Struktur und seinen Zielen einen qualitativ neuen Ansatz dar. Es bindet die niedergelassenen, insbesondere hausärztlich tätigen Ärzte sowie andere wichtige, an der Versorgung depressiver Patienten beteiligte Partner ein und will damit der Fragmentierung im Gesundheitswesen entgegenwirken und neue Kommunikationsstrukturen verankern.

Über die laufenden Forschungsprojekte hinaus ist eine dauerhafte Verbesserung der Kooperation der verschiedenen Versorgungsebenen hinsichtlich Fragen der Forschung und Versorgung ein zentrales Anliegen.

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

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

#### **Geschäftszeiten:**

Montag bis Donnerstag 8–16 Uhr und Freitag 8–12 Uhr

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

Wittener Str. 87, 44789 Bochum  
Telefon 0234 68705552 oder 6405102  
Fax 0234 6405103  
E-Mail [kontakt-info@bpe-online.de](mailto:kontakt-info@bpe-online.de)  
[www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)

### **Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie**

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

## **Emotions Anonymous – Selbsthilfegruppen für emotionale Gesundheit –Kontaktstelle Deutschland**

Katzbachstraße 33, 10965 Berlin

Telefon 030 7867984

E-Mail [Info@EmotionsAnonymous.de](mailto:Info@EmotionsAnonymous.de)

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

### **Geschäftszeiten:**

Die Kontaktstelle ist donnerstags von 18–22 Uhr telefonisch erreichbar. Ansonsten ist ein Anrufbeantworter geschaltet.

## **Familien-Selbsthilfe Psychiatrie/Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)**

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Telefon 0228 632646

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

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

## **Internet**

### **[www.betanet.de](http://www.betanet.de)**

Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen mit Sozialrechtsinformationen und zahlreichen Selbsthilfe-Adressen.

### **[www.bmbf.de/pub/es\\_ist\\_als\\_ob\\_die\\_seele\\_unwohl\\_waere.pdf](http://www.bmbf.de/pub/es_ist_als_ob_die_seele_unwohl_waere.pdf)**

Download „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre“

Informative Broschüre des Bildungs- und Forschungsministeriums

### **[www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de)**

Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern

## **Bücher**

### **Depressionen überwinden**

von Günter Niklewski und Rose Riecke-Niklewski.

Berlin : Stiftung Warentest.

ISBN 978-3-937880-18-1

### **Chance Psychotherapie**

von Ralf Dohrenbusch und Lisa Krane.

Düsseldorf, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen.

ISBN 3-933705-99-1

## **Impressum**

### **Herausgeber**

betapharm Arzneimittel GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
Telefon 0821 748810, Telefax 0821 74881420

### **Redaktion**

beta Institut gemeinnützige GmbH  
Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung  
und Forschung in der Sozialmedizin  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

### **Text**

Sabine Bayer  
Andrea Nagl  
Manfred Hägele  
Achim Saar  
Tanja Güntner

### **Dank**

Danke an Katharina S., die den Ratgeber mit den Augen  
einer Betroffenen gelesen und uns wertvolle Anregungen  
gegeben hat.

### **Korrektorat**

Gabriele Mader

### **Grafik, Layout**

Manuela Mahl

5. Auflage Mai 2010

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die  
Angaben in dieser Broschüre.

HEALTH

# Gesundheit ist unser Ziel

Mit Ihrem Vertrauen in betapharm Arzneimittel unterstützen Sie unsere Initiativen zur Verbesserung der Patientenversorgung und Prävention.

**Preisgünstige Qualitätsarzneimittel**

**Verbesserte Patientenversorgung und Prävention**

betaCare Wissenssystem · mammaNetz · Papilio · Bunter Kreis

**Soziales Handeln**

Gesetzesinitiative · sozialmedizinische Forschung und Entwicklung · betapharm Stiftung

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

[www.beta-Institut.de](http://www.beta-Institut.de)

beta pharm