Depression & Soziales

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

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

Mit herzlichen Grüßen
betapharm Arzneimittel GmbH

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

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

Inhalt

Vorwort 2

Depressionen 5
- Ursachen und Risikofaktoren 5
- Symptome 6
- Schweregrad, Formen und Komorbiditäten 8
- Diagnose von Depressionen 10

Behandlung 11
- Behandlungsnotwendigkeit 11
- Medikamentöse Therapie 12
- Psychotherapie 14
- Weitere nicht-medikamentöse Therapieverfahren 19
- Disease-Management-Programm (DMP) 23

Leben mit Depressionen 25
- Entlastung Angehöriger von Menschen mit Depressionen 25
- Praxistipps zum Umgang mit depressiven Angehörigen 26
- Hilfe leisten und Hilfen organisieren 27
- Kinder depressiver Eltern 29
- Gesunder Lebensstil 30
- Autofahren 33
- Arbeit 35

Zuzahlungen in der Krankenversicherung 39
- Zuzahlungsregelungen 39
- Zuzahlungsbefreiung 41
- Sonderregelung für chronisch Kranke 44

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit 47
- Entgeltfortzahlung 47
- Krankengeld 50
- Arbeitslosengeld trotz Krankheit 57

Rehabilitation 59
- Allgemeine Informationen 59
- Medizinische Rehabilitation 63
- Rehabilitation psychisch kranker Menschen 69
- Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 69
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen 70
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung 71
- Leistungen zur sozialen Teilhabe 72

Behinderung 73
Grad der Behinderung bei Depressionen 74
Schwerbehindertenausweis 77
Nachteilsausgleiche 79

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung 81
Erwerbsminderungsrente 81
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 83
Bürgergeld 85
Hilfe zum Lebensunterhalt 86

Betreutes Wohnen 87

Rechtliche Betreuung 91
Voraussetzungen rechtlicher Betreuung 92
Ablauf des Betreuungsverfahrens 93
Regeln für rechtliche Betreuung 93
Kosten der rechtlichen Betreuung 96

Patientenvorsorge 97
Vorsorgevollmacht 98
Betreuungsverfügung 98
Patientenverfügung 99

Durchsetzung von Rechtsansprüchen 101
Widerspruch 101
Verfahren vor den Sozialgerichten 103

Adressen 107

Anhang 109
Übersicht: GdB-abhängige Nachteilsausgleiche 110
Übersicht: Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche 112

Impressum 115

Depressionen

Die Depression ist eine häufige psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit und Einschränkung von Aktivitäten sind.

Wie schwer eine Depression verläuft, ist sehr unterschiedlich. Sie hat viele zusammenwirkende Ursachen, wie z. B. Vererbung, Krankheiten und seelische Belastungen. Die Diagnose ist schwierig, da sich Depressionen häufig in körperlichen Symptomen zeigen und oft gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten.

Die nachfolgenden Informationen geben einen Einblick, der das Verständnis für die Erkrankung erhöhen soll. Sie können keinesfalls die ärztliche Diagnose ersetzen.

Ursachen und Risikofaktoren

Depressionen können viele Ursachen haben, meistens sind es mehrere zugleich. Welche Rolle dabei Botenstoffe im Gehirn spielen, ist ungeklärt.

Risikofaktoren sind z. B.

- **genetische Vorbelastung:** psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen und/oder Suizidversuche) von Familienmitgliedern
- **körperliche Erkrankungen:** z. B. Stoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionen, chronische Erkrankungen
- **ungesunder Lebensstil:** z. B. Rauchen und Bewegungsmangel
- **Armut**
- **frühere Depressionen**
- **Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit**
- **Belastende Ereignisse:** z. B. Tod von Angehörigen, Scheidung, Arbeitslosigkeit
- **Traumatische Erlebnisse:** z. B. Missbrauch, Krieg, Gewalt
- **Einsamkeit** und wenig Unterstützung von anderen Menschen

Symptome

Eine Depression kann sich in einer Vielzahl von Symptomen äußern. Gemäß der 10. Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) müssen für die Diagnose „Depression" mindestens 2 Hauptsymptome und mindestens 2 Zusatzsymptome über 2 Wochen hinweg auftreten.

Nicht zu verwechseln ist eine krankhafte Depression mit vorübergehenden Phasen gesunder Trauer, da diese eine normale körperliche Reaktion auf einen Schicksalsschlag darstellt und nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt.

Hauptsymptome nach der ICD-10

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

- **Depressive, gedrückte Stimmung:**
  Eine depressive, gedrückte Stimmung kann sich in Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung äußern. Auch ein „Gefühl der Gefühllosigkeit" ist möglich. Betroffene können sich weder über positive Ereignisse freuen, noch Trauer empfinden.
  Das Gefühl, durch jede Anforderung, z. B. in sozialen Kontakten, überfordert zu sein, ist nicht selten. Zudem tritt häufig ein ausgeprägtes Morgentief auf.
- **Interessenverlust und Freudlosigkeit:**
  Betroffene sind weniger aktiv als früher. Der Interessenverlust kann alle Alltagsbereiche betreffen, z. B. Haushalt, Körperpflege, Berufstätigkeit, aber auch bisher als erfreulich und anregend empfundene Hobbys und Freizeitaktivitäten.
- **Verminderung des Antriebs mit erhöhter Müdigkeit und Aktivitätseinschränkung:**
  Die Betroffenen fühlen sich energielos und kaum mehr belastbar.
  Sie sind bereits durch Alltagsaktivitäten, z. B. putzen, kochen, essen und sich waschen, erschöpft.

Zusatzsymptome nach der ICD-10

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

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken oder Versuche der Selbsttötung, Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Diagnose einer Depression nach der ICD-11

Es gibt bereits eine neue Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die ICD-11. Diese soll langfristig die ICD-10 ersetzen. Der Umstieg ist jedoch ein langer Prozess, der einige Jahre dauern wird. In der ICD-11 sind die Symptome etwas anders zusammengefasst und die Zuordnung zu den Haupt- und Zusatzsymptomen unterscheidet sich ein wenig. Zudem müssen mindestens 5 Symptome vorliegen, davon mindestens ein Hauptsymptom (depressive, gedrückte Stimmung bzw. Interessenverlust, Freudlosigkeit).

Körperliche Anzeichen

Viele Menschen mit Depressionen bemerken zuerst körperliche Beschwerden, die sich bei einer medizinischen Untersuchung als Symptome einer depressiven Störung erweisen.

Dazu zählen:

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

Depressionen bei Männern

Bei Männern können sich Depressionen unter Umständen anders äußern. Neben den bisher genannten Symptomen können bei ihnen z. B. aggressives Verhalten, Ärger über sich selbst oder andere, Suchtverhalten und körperliche Symptome wie Kopfschmerzen oder Potenzstörungen auf Depressionen hinweisen. Zudem suchen Männer in der Regel seltener Hilfe als Frauen und schildern häufig nur körperliche Symptome.

Bei psychischen Krisen oder Suizidgedanken informiert der Forschungsverbund „Men-Access – Suizidprävention für Männer" über Warnsignale, Ursachen und Hilfsangebote unter *www.maenner-staerken.de*.

Schweregrad, Formen und Komorbiditäten

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild einer Depression. Oft geht eine Depression mit anderen psychischen Erkrankungen einher.

Die Bandbreite reicht von leichten depressiven Verstimmungen bis hin zu schweren Verlaufsformen, die mit Wahnvorstellungen und Suizidgedanken verbunden sein können. Depressive Störungen werden nach Schweregrad, Verlauf und Dauer klassifiziert.

Schweregrad

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

Leichte Depression	2–3 Hauptsymptome, 1–2 Zusatzsymptome, insgesamt 4–5 Symptome
Mittelgradige Depression	2–3 Hauptsymptome, 3–4 Zusatzsymptome, insgesamt 6–7 Symptome
Schwere Depression	3 Hauptsymptome, mindestens 5 Zusatzsymptome, insgesamt mindestens 8 Symptome

Die ICD-11 berücksichtigt für die Bestimmung des Schweregrads nicht nur die Anzahl der Symptome, sondern auch deren Stärke und wie sehr diese den Menschen in seinem Leben einschränken.

Verlauf

Depressionen können

- als einzelne Phase auftreten,
- chronisch wiederkehren *oder*
- abwechselnd mit manischen Phasen (im Rahmen einer sog. bipolaren Störung) auftreten.

Formen

Depressionen gehören zusammen mit den Manien und bipolaren Störungen zu den sog. affektiven Störungen, also zu den psychischen Erkrankungen, die durch eine Veränderung der Stimmung und des Antriebs gekennzeichnet sind.

Gemäß der ICD-10 werden Depressionen in folgende Kategorien eingeteilt:

Depressive Episode

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

Rezidivierende depressive Störung

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

Sonderformen sind

- die rezidivierende **kurze** depressive Störung, die in der Regel nur wenige Tage andauert, aber monatlich wiederkehrt.
- die **saisonale** depressive Störung (umgangssprachlich Winterdepression), bei der sich die depressiven Symptome wiederholt nur zu einer bestimmten Jahreszeit, in der Regel Herbst und Winter, zeigen.

Dysthymie

Die Dysthymie zählt zu den anhaltenden depressiven Störungen, welche durch eine mindestens 2 Jahre andauernde **leichte** depressive Verstimmung charakterisiert ist. Betroffene fühlen sich oft müde, depressiv, schlafen schlecht und können nichts genießen. Dysthymien beginnen meist im frühen Erwachsenenalter. In manchen Fällen kommt es zum zusätzlichen Auftreten einer depressiven Episode (Doppeldepression).

Psychische Komorbiditäten

Weitere Erkrankungen, die gleichzeitig mit einer Depression auftreten, werden Komorbiditäten der Depression genannt.

Häufige psychische Komorbiditäten bei Depressionen sind:

- Angst- und Panikstörungen
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten
- Persönlichkeitsstörungen
- Essstörungen
- Psychosomatische Störungen (unklare körperliche Beschwerden)
- Zwangsstörungen

Auch körperliche Komorbiditäten sind nicht selten. Eine Wechselwirkung zwischen Depressionen und körperlichen Krankheiten (z. B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Kopf- und Rückenschmerzen) ist häufig.

Diagnose von Depressionen

Es ist nicht immer einfach eine Depression zu erkennen, da die Symptomatik vielfältig ist und die Betroffenen ihre Beschwerden nicht immer mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen.

Zudem können depressive Symptome auch bei vielen anderen psychischen Krankheiten auftreten. Eine ausführliche Diagnose umfasst in der Regel unterschiedliche Messverfahren, z. B. standardisierte Interviews, Frage- und Beurteilungsbögen.

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

Befragung zum Gesundheitszustand (Anamnese)

Ein ausführliches Gespräch mit einem Arzt oder Psychotherapeuten **ist wichtig**, um herauszufinden, ob eine Depression mit Krankheitswert vorliegt.

Dabei wird insbesondere Folgendes erfragt:

- Die Krankheitsgeschichte
- Mögliche Suizidalität (Selbsttötungsneigung)
- Einnahme von Medikamenten

Außerdem werden andere Krankheiten, wie z. B. Demenz, ausgeschlossen.

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

Beispiele für solche Fragebögen sind:

- Der **„Zwei-Fragen-Test"** soll eine schnelle Erfassung einer depressiven Störung ermöglichen. Werden die zwei Fragen mit „Ja" beantwortet, muss nach weiteren Haupt- und Zusatzsymptomen gefragt werden.
  Die beiden Fragen lauten:
  - Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
  - Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Die **Allgemeine Depressionsskala (ADS)** ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome in der letzten Woche.
- Der **WHO-5-Fragebogen** besteht aus 5 Fragen und erfasst das allgemeine Wohlbefinden bzw. die allgemeine Lebensqualität.

Körperliche Untersuchung

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

Behandlung

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

Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen. Durch eine Behandlung, z. B. mit Psychotherapie und/oder Medikamenten, kann eine depressive Phase meistens deutlich verkürzt werden. Bei schweren Depressionen kann auch ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erforderlich sein.

Behandlungsnotwendigkeit

Viele Depressionen werden nicht richtig diagnostiziert und angemessen behandelt. Eine Ursache dafür ist, dass psychische Erkrankungen in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer stigmatisiert sind und nicht als „richtige" Erkrankungen anerkannt werden. Das kann unter anderem dazu führen, dass Patienten bevorzugt körperliche Symptome wie z. B. Magen-Darm-Probleme, Schwindel oder Atemnot schildern, aber die psychischen Beschwerden außer Acht lassen.

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

Ein weiteres Problem ist, dass die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung regional sehr unterschiedlich ist und dadurch oft lange Wartezeiten für eine Therapie in Kauf genommen werden müssen.

Depressionen verschwinden zwar zum Teil auch ohne Behandlung wieder, aber dann dauern sie meistens deutlich länger und Rückfälle sind wahrscheinlicher. Die Krankheit wird mit verschiedenen Therapieansätzen behandelt. Grundsätzlich gilt, dass Depressionen zu den gut behandelbaren psychischen Erkrankungen zählen.

Bei leichten Depressionen ist nicht immer eine Behandlung notwendig, manchmal reichen auch folgende Maßnahmen:

- Unterstützende Gespräche
- Allgemeine Beratung
- Schulungen
- Selbsthilfebücher
- Onlineprogramme

Medikamentöse Therapie

Medikamente, die gegen Depressionen wirken, werden Antidepressiva genannt.

Medikamente bei leichten Depressionen

Bei **leichten Depressionen** werden meistens **keine** Antidepressiva verschrieben. Dann wirken sie nämlich laut Studien nicht besser als ein Scheinmedikament (= Placebo), aber sie können unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Ausnahmen werden z. B. gemacht,

- wenn die leichte Depression ein Rückfall nach einer vorherigen mittelschweren oder schweren Depression ist.
- wenn Antidepressiva früher schon einmal gut gegen eine depressive Phase geholfen haben.
- wenn Psychotherapie nicht geholfen hat.

Medikamente bei mittelschweren Depressionen

Bei **mittelschweren Depressionen** helfen Antidepressiva laut Studien **genauso gut** wie Psychotherapie. Bei diesen Depressionen wirken Medikamente **und** Psychotherapie offenbar nicht besser, als **nur** eine Psychotherapie. Auf Medikamente kann also verzichtet werden. Wer aber keine Psychotherapie machen kann oder möchte – z. B., weil kein Therapieplatz frei ist – kann auch allein mit Medikamenten behandelt werden. Bei der Einnahme von Antidepressiva können körperliche Nebenwirkungen (z. B. Übelkeit, Müdigkeit) auftreten.

Medikamente bei schweren Depressionen

Bei **schweren Depressionen** hilft laut Studien am besten eine Behandlung mit Medikamenten **und** Psychotherapie.

Wirkungsmechanismus von Antidepressiva

Wie Antidepressiva wirken ist noch nicht vollständig bekannt. Lange Zeit ging die Wissenschaft davon aus, dass Antidepressiva dadurch wirken, dass sie bestimmte Botenstoffe im Gehirn beeinflussen. Aber inzwischen wurden weitere mögliche Wirkmechanismen gefunden, z. B. dass Antidepressiva offenbar die Fähigkeit, positive Informationen aufzunehmen, sowie die Lernfähigkeit verbessern können.

Bei der Erforschung der Wirksamkeit von Antidepressiva gibt es einige Schwierigkeiten.

Beispiel

Studienteilnehmer, die ein Antidepressivum bekommen, bemerken meistens an den Nebenwirkungen, dass es kein Scheinmedikament (= Placebo) ist. Das schränkt die Aussagekraft solcher Studien ein. Aufgrund dieser Schwierigkeiten und weil Antidepressiva nicht bei jedem Menschen mit Depressionen helfen, werden die Forschungsergebnisse immer wieder hinterfragt und neue Studien gemacht.

Diese Forschung kann die Behandlung mit Medikamenten wahrscheinlich verbessern.

Ablauf der Behandlung mit Medikamenten

Folgende Hinweise sind zum Ablauf der Behandlung mit Medikamenten wichtig:

- Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit zwischen Betroffenem 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 usw. verändert.
- Für die **Auswahl** des Antidepressivums gibt es keine einheitliche Regel, da es nicht möglich ist, verlässlich vorauszusagen, ob und wann ein bestimmter Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum ansprechen wird. Nicht selten sind mehrere Anläufe notwendig, bis das individuell passende Medikament gefunden wird.
- Bei der Einnahme von Antidepressiva sollte mit einer **niedrigen „Anfangsdosis"** begonnen und erst bei fehlender Besserung eine höhere Dosis genommen werden.
- Da die Nebenwirkungen oftmals vor der gewünschten Wirkung auftreten und sich auch die Symptome zunächst verstärken, muss die erste Zeit zunächst überwunden werden, bis eine Besserung eintritt. Die Wirkung der Antidepressiva setzt erst **nach ca. 2 Wochen** ein.
- Antidepressiva verschaffen meist eine Linderung der Symptome und können auch zu einer Heilung der Krankheit führen. Dazu müssen sie jedoch **regelmäßig und über einen längeren Zeitraum** eingenommen werden. Antidepressiva sollen **mindestens 6 Monate nach Besserung der Symptomatik** weiter eingenommen werden.
- Eine Therapie mit Antidepressiva sollte **nicht abrupt**, sondern schrittweise beendet werden. Auch die Dosis sollte nicht eigenständig verändert werden, selbst wenn es zu einer Besserung kommt. Es besteht sonst die Gefahr eines Rückfalls.

Behandlung von Depressionen mit Johanniskraut

Johanniskraut ist ein pflanzliches Medikament, das laut Studien bei leichter und mittelschwerer Depression besser wirkt als ein Scheinmedikament (= Placebo). Johanniskrautpräparate sind in Apotheken frei erhältlich. Da Johanniskraut die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen kann, sollte die Einnahme mit dem Arzt besprochen werden. Auch wenn Johanniskraut pflanzlich ist, können insbesondere bei höheren Dosierungen, Nebenwirkungen auftreten.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu Medikamenten, die derzeit zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden, finden Sie beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in der Patientenleitlinie Unipolare Depression unter *www.patienten-information.de* > *Suchbegriff: „Unipolare Depression"*.
- Erwachsene müssen für viele Medikamente Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Abgabepreises bezahlen, mindestens 5 € und höchstens 10 €. Manche Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Näheres ab S. 39.

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Menschen mit Depressionen und seiner Lebenssituation. Dabei wird zu Beginn der Therapie gemeinsam mit dem Menschen mit Depressionen das Ziel festgelegt.

Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu öffnen, Gedanken und Handlungen zu reflektieren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig unterstützt sie dabei, den Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren der Erkrankung auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu bewältigen.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen im Sinne einer Krankenbehandlung.

Wahl des Psychotherapeuten

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl der passenden psychotherapeutischen Praxis wichtig. Für eine Psychotherapie ist **keine** ärztliche Überweisung erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine **Kassenzulassung** haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Versicherte diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der Psychotherapie-Richtlinie wurde festgelegt, dass Patienten vor dem Beginn einer Psychotherapie mindestens für 50 Minuten die psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen müssen. Ausnahmen sind möglich, wenn bereits eine Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung erfolgt ist. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig und die betroffene Person erhält aktuell keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und die betroffene Person mit akuten Symptomen zu entlasten.

Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.
Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl.
Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen 2 probatorische Sitzungen (siehe S. 16) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen. Informationen zur Therapeutensuche siehe S. 18.

Psychotherapeutische Verfahren

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

- **Verhaltenstherapie:**
  Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.
- **Analytische Psychotherapie:**
  Analytische Psychotherapie geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der analytischen Psychotherapie ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens in den Bereichen, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:**
  Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.
- **Systemische Therapie:**
  Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsprozesse, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines Problems beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Dazu gehören nicht unbedingt nur Familienmitglieder, auch andere Personen oder Institutionen können von Bedeutung sein.

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

Videosprechstunden

30 % der Sprechstunden können als Videosprechstunden abgehalten werden und 30 % der Betroffenen können ausschließlich per Video behandelt werden.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Krankenkassen bezahlen auch eine sog. gruppentherapeutische Grundversorgung. Hier können Betroffene die Psychotherapie in einer Gruppe kennenlernen, um für sich zu sehen, ob sie diese als hilfreich erleben. Es geht dabei zum einen um Informationen darüber, wie Gruppentherapie abläuft, funktioniert und welche Vorteile sie bietet. Zum anderen soll dabei auch schon damit angefangen werden, die Symptome zu lindern.

Dafür ist kein Anzeige- oder Antragsverfahren gegenüber den Krankenkassen notwendig, damit der Zugang einfach und unkompliziert ist.

Digitale Anwendungen (DiGA) – Gesundheits-Apps auf Rezept

Es gibt Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Sie können keine psychotherapeutische Behandlung ersetzen, aber z. B. als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz dienen und so die betroffene Person unterstützen. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter *https://diga.bfarm.de > DiGA-Verzeichnis öffnen > Kategorie Psyche.*

Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps bzw. digitale Gesundheitsanwendungen übernehmen, Näheres unter: *www.betanet.de > Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen“.*

Probatorische Sitzungen zur Therapeutenwahl

Erwachsene können 2–4 Probestunden (= probatorische Sitzungen) in einer psychotherapeutischen Praxis machen und Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden, um zu entscheiden, ob sie die Therapie dort durchführen wollen.

Nach diesen probatorischen Sitzungen und auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, müssen sie eine ärztliche Praxis, z. B. hausärztliche, internistische oder neurologische Praxis aufsuchen, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (= Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

Es gibt auch probatorische Sitzungen in Gruppen.

Dauer

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

Nachfolgend einige Richtwerte:

- **Kurzzeittherapie:** bis zu 24 Stunden.
- **Verhaltenstherapie:** 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, als Einzel- oder Gruppentherapie.
- **Analytische Psychotherapie:** bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 300 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis 80, in besonderen Fällen bis 150 Doppelstunden.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:** bis 60, in besonderen Fällen bis 100 Stunden; bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 80 Doppelstunden.
- **Systemische Therapie bei Erwachsenen:** bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden; Höchstgrenze: 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- **Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen:** bis 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.
- **Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern:** 70, in besonderen Fällen bis 150 Stunden. Bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.
- **Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Jugendlichen:** 90, in besonderen Fällen bis 180 Stunden. Bei Gruppentherapie bis 60, in besonderen Fällen bis 90 Doppelstunden.
- **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung:** bis zu 4 Sitzungen à 100 Minuten oder bis zu 8 Sitzungen à 50 Minuten.

Einzel- und Gruppentherapie können auch kombiniert werden. Insbesondere bei der systemischen Therapie kann die Behandlung auch zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus der Familie oder dem sozialen Umfeld erfolgen.

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

Therapeutensuche

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

- **Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**
  Über den Terminservice können Sie einen zeitnahen Termin bei einem Psychotherapeuten bekommen. Nähere Informationen dazu bietet Ihnen die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter *www.116117.de > Menü > Gesundheitsinfos > Psychotherapie*.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer**
  Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer finden Sie unter *www.wege-zur-psychotherapie.org > Psychotherapeutensuche.*
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst**
  Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter: *www.psychotherapiesuche.de* oder telefonisch unter 030 209166330.
- **Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e. V.**
  Tipps zur Therapeutensuche finden Sie unter *www.therapie.de > Fragen & Antworten > Tipps erfolgreiche Therapeutensuche.*
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung**
  Die Krankenkassen zahlen Psychotherapie normalerweise nur bei Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung, ausnahmsweise aber auch bei Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung, aber mit Berufszulassung.
  Wer bei einem solchen Psychotherapeuten Psychotherapie auf Kosten der Krankenkasse machen möchte, muss dafür nachweisen, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird.
  Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
  - Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
  - Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anrufdatum und Wartezeit.
  - Der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.

  Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz in einer psychotherapeutischen Praxis, mit der ein Vertrag besteht, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten. Nähere Informationen bietet die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde …". Es kann unter *www.dptv.de > Die DPtV > Publikationen > Patienteninformationen* bestellt oder heruntergeladen werden.

Antragsverfahren

Die betroffene Person muss zusammen mit ihrem Therapeuten einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie stellen. Der Antrag wird zusammen mit einem anonymisierten Bericht an die Krankenkasse des Versicherten geschickt. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose, eine Begründung der Indikation und eine Beschreibung der Art und Dauer der geplanten Therapie und befindet sich in einem Umschlag mit einer Codenummer. Die Krankenkasse leitet diesen Bericht ungeöffnet an einen Gutachter zur Begutachtung weiter, sofern der Antrag begutachtungspflichtig ist. Dieser gibt eine Empfehlung zur Bewilligung oder Ablehnung der Psychotherapie ab. Dadurch erhält die Krankenkasse keine persönlichen Informationen über die betroffene Person.

Im Falle einer Ablehnung kann die betroffene Person Widerspruch einlegen. Die Krankenkasse muss über diesen innerhalb von 3 Monaten entscheiden. Näheres siehe S. 101.

Praxistipp!

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Download unter: *www.g-ba.de > Richtlinien > Psychotherapie-Richtlinie*.

Weitere nicht-medikamentöse Therapieverfahren

Neben der medikamentösen Behandlung und der Psychotherapie gibt es noch weitere Verfahren, die bei Depressionen wirksam sein können.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die EKT, auch elektrokonvulsive Therapie genannt, ist ein Verfahren, bei dem durch kurze Stromimpulse ein Krampfanfall ausgelöst wird. Der Strom wird über Elektroden, die an der Kopfhaut angebracht werden, übertragen. Der Eingriff wird unter Kurznarkose durchgeführt. Zusätzlich werden muskelentspannende Medikamente gegeben. Während der Akutbehandlung wird der Eingriff etwa 2–3 Mal pro Woche vorgenommen (ca. 10 Einzelbehandlungen). In der Regel tritt nach 2–4 Wochen eine Besserung ein. Da die Rückfallrate hoch ist, sollte sich an die Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen. Die Behandlungen erfolgen dann viel seltener, ca. einmal pro Woche oder Monat. Als Rückfallprophylaxe können auch Antidepressiva und/oder Psychotherapie in Anschluss an die EKT in Frage kommen.

EKT ist als wirksame Behandlung therapieresistenter und schwerer depressiver Störungen anerkannt, wird aber nur dann eingesetzt, wenn alle anderen Therapieverfahren keinen Erfolg bringen. EKT ist insgesamt ein sicheres Verfahren. Neben den üblichen Risiken einer Narkose können vorübergehende Gedächtnisstörungen oder Verwirrtheitszustände auftreten. Auch Kopfschmerzen (z. B. Muskelkater) und Schwindel sind möglich. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Bei der rTMS werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen Gehirnhälften angeregt. Das Magnetfeld wird mit Hilfe einer an die Kopfhaut angelegten, stromführenden Spule erzeugt. Die Behandlung erfolgt ohne Narkose. Die rTMS wird in der Regel erst eingesetzt, wenn eine medikamentöse Behandlung keine Wirkung zeigt. Ausgeschlossen von der Behandlung sind Schwangere, Menschen mit Herzschrittmachern oder bestimmten Implantaten. In Deutschland wird diese Therapie noch wenig angeboten, da noch nicht genug Studienergebnisse über deren Wirksamkeit vorliegen.

Lichttherapie

Da Lichtmangel als Ursache der Winterdepression (SAD) vermutet wird, kann zur Unterstützung der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie eine Behandlung mit künstlichem Licht eingesetzt werden. Bei der Lichttherapie sitzt der Patient ca. 80 cm entfernt vor einer hellen, weißen Lichtquelle eines speziellen Lichttherapiegeräts, bei dem alle UV-Strahlen herausgefiltert werden. Die Lichttherapie erfolgt möglichst sofort nach dem Aufstehen für 30–40 Minuten pro Tag. Nach 2–3 Wochen zeigt sich die Wirkung. Wenn die Lichttherapie hilft, kann sie auch den ganzen Winter über durchgeführt werden. In seltenen Fällen kann es zu Nebenwirkungen, wie z. B. Kopfschmerzen, kommen. Bei Augenproblemen sollte der Mensch mit Depressionen vorher augenärztlichen Rat einholen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Schlafmangel kann dazu führen, dass Menschen mit Depressionen sich sofort besser fühlen. Oft kommt es aber sofort nach der ersten durchgeschlafenen Nacht wieder zu einem Rückfall. Wachtherapie kann deshalb neben einer Psychotherapie und/oder medikamentösen Therapie kurze Lichtblicke mit besserem Befinden verschaffen.

Die Therapie findet meistens in einer Klinik statt, aber Menschen mit Depression können Schlafentzug nach ärztlicher Rücksprache auch zu Hause versuchen. Bei der Wachtherapie bleibt der Mensch mit Depressionen die ganze Nacht und den ganzen nächsten Tag lang wach.

Andere Möglichkeiten sind:

- Zunächst kurz schlafen, dann aber um 1:00 Uhr oder 2:00 Uhr nachts wieder aufstehen.
- Eine ganze Nacht wachbleiben und am Tag danach vom späten Nachmittag bis Mitternacht schlafen, am nächsten Tag 1 Stunde später schlafen bis 1:00 Uhr, am übernächsten Tag 1 weitere Stunde später bis 2:00 Uhr usw., bis wieder die normale Schlafenszeit erreicht ist.

Es ist **wichtig**, die Wachtherapie nur nach ärztlicher Rücksprache zu versuchen. Schlafmangel kann nämlich bei Suizidgedanken oder bei anderen Krankheiten, wie z. B. Epilepsie, schaden.

Vagus-Nerv-Stimulation

Der Vagusnerv ist ein wichtiger Teil des Nervensystems, der die Entspannung und Verdauung fördert und viele innere Organe steuert.
Bei einer Vagus-Nerv-Stimulation bekommt der Mensch mit Depressionen einen kleinen Schrittmacher. Er wird unter die Haut am Hals eingesetzt und schickt Impulse ans Gehirn, welche über den Vagusnerv weitergeleitet werden. Weil noch zu wenig darüber bekannt ist, ob diese Methode funktioniert, wird sie zur Zeit von der medizinischen Leitlinie zu Depressionen nicht empfohlen.

Sonstige Unterstützungsangebote

- **Ergotherapie**
  Ergotherapie kann Menschen mit schweren Depressionen bei alltäglichen Erledigungen unterstützen. Ergotherapie wird immer begleitend zu anderen Therapien eingesetzt, oft während einer stationären Behandlung.
  Ergotherapie gilt als Heilmittel und muss verordnet werden.
  Erwachsene Patienten zahlen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zu, eine Zuzahlungsbefreiung (siehe S. 41) ist möglich.
- **Soziotherapie**
  Soziotherapie ist eine ambulante Betreuungsleistung für schwer psychisch kranke Menschen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen schwer depressive Menschen wieder mehr Selbstständigkeit, wie z. B. die therapiegerechte Einnahme von Medikamenten, die eigenständige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie soziale Kompetenz.
  Adressen von Soziotherapeuten können bei den Krankenkassen erfragt werden. Versicherte müssen eine Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten der Soziotherapie leisten, jedoch mindestens 5 €, maximal 10 € pro Tag.
- **Häusliche psychiatrische Krankenpflege**
  Die häusliche psychiatrische Krankenpflege soll Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und Behandlungsabbrüchen vorzubeugen. Durch die Pflege von Fachkräften vor Ort soll das Umfeld in die Behandlung miteinbezogen werden. Erwachsene zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung.
- **Angebote zur Selbsthilfe**
  Depressive Menschen ziehen sich oft aus ihrem sozialen Umfeld zurück. **Selbsthilfegruppen** können dabei helfen, wieder aktiv am Leben teilzunehmen und ermöglichen Betroffenen, sich gegenseitig zu informieren, zu bestärken, zu motivieren und zu unterstützen. Selbsthilfegruppen werden auch für Angehörige angeboten. Die Gruppen sind in der Regel anonym und offen, sodass auch neue und zurückhaltende Mitglieder einen leichten Zugang finden.

Ein Verzeichnis für die Suche nach Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter *www.nakos.de > Informationen > Basiswissen > Selbsthilfegruppe finden und gründen*.
Neben der gemeinschaftlichen Selbsthilfe können auch **Selbsthilfebücher** bei leichten Depressionen hilfreich sein. Sie enthalten meist Ansätze aus der Verhaltenstherapie, die selbstständig von den Betroffenen umgesetzt werden können.

Behandlung in psychiatrischen Kliniken/ Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Im Krisenfall, insbesondere bei akuter Suizidgefährdung, oder, wenn bei schweren Depressionen lange Zeit keine Besserung eintritt, kann eine Behandlung in einer **psychiatrischen Klinik bzw. psychiatrischen Abteilung einer Klinik** notwendig werden.

Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität ist eventuell eine Krankenhauseinweisung auch gegen den Willen des Menschen mit Depressionen möglich. Eine bevollmächtigte Person oder ein rechtlicher Betreuer braucht für eine Zwangseinweisung die Zustimmung des Betreuungsgerichts oder muss sie bei Gefahr im Verzug nachträglich so schnell wie möglich einholen. Eine Zwangseinweisung ist außerdem auch nach dem jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des Bundeslandes möglich. Die stationäre Behandlung soll psychisch kranke Menschen schützen und stabilisieren.

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

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

Praxistipps!

- Damit auch im Krisenfall die behandelnden Ärzte über die aktuelle Medikation, Behandlungsvereinbarungen, weitere Erkrankungen sowie über spezielle Behandlungswünsche des Patienten informiert sind, bietet der Psychiatrie Verlag einen sog. **Krisenpass** an.
  Dieser kann unter *www.psychiatrie-verlag.de > Service > Für Leser*innen > Nützliche Materialien zum Download* kostenlos heruntergeladen werden.
- Für die Behandlung von Depressionen gibt es anerkannte Nationale Versorgungsleitlinien (NVL). Die Leitlinie für **Patienten** finden Sie unter *www.patienten-information.de > Suchbegriff: „Unipolare Depression"*.

Disease-Management-Programm (DMP)

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, bei denen in der Regel alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer hausärztlich koordiniert werden (sog. Lotsenfunktion). Das DMP soll dazu beitragen, dass die einzelnen Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden, die verschiedenen Leistungserbringer eng miteinander kooperieren und durch regelmäßige Verlaufskontrollen eine gute Behandlungsqualität sichergestellt wird.

Das DMP für Depressionen richtet sich an Patienten mit chronischen Depressionen oder wiederholt auftretenden depressiven Episoden mittel- bis schwergradiger Ausprägung. Das gleichzeitige Vorliegen von psychischen oder körperlichen Erkrankungen stellt kein Ausschlusskriterium für eine Teilnahme am DMP dar.

Die Einschreibung in ein DMP ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen bei der Krankenkasse widerrufen werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnosestellung durch einen Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das DMP bei Depressionen hat folgende Ziele:

- Verminderung der depressiven Symptomatik mit dem Ziel eines vollständigen Rückgangs der Symptome
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung
- Verringerung der Sterblichkeitsrate, insbesondere durch Suizidalität und zusätzliche Erkrankungen
- Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung
- Angemessene Behandlung von zusätzlich vorhandenen Erkrankungen (Komorbiditäten)
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Behandlung und Langzeitbetreuung wird in der Regel hausärztlich koordiniert. In Ausnahmefällen können auch spezialisierte Leistungserbringer wie z. B. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diese Funktion übernehmen. Psychologische Psychotherapeuten hingegen dürfen kein DMP anbieten.

© drubig.photo_Adobe Stock

Leben mit Depressionen

Depressionen wirken sich auf viele Lebensbereiche aus und schränken die Lebensqualität erheblich ein. Verschiedene Hilfen und Informationen können Betroffene und ihre Angehörige unterstützen.

Entlastung Angehöriger von Menschen mit Depressionen

Bei allen Bemühungen um einen Menschen mit Depressionen ist es wichtig, dass Angehörige auf ihre eigenen Grenzen achten und sich nicht überfordern. Auszeiten und der Austausch mit anderen Angehörigen können Entlastung bringen. Möglichkeiten dazu bieten z. B. Selbsthilfegruppen und Vereine für Angehörige psychisch kranker Menschen. Auch manche psychiatrische Kliniken bieten Informationen und Gruppentreffen für Angehörige.

Angehörige können sich um verschiedene Hilfen für den Menschen mit Depressionen kümmern und dadurch die eigene Belastung verringern. Unter einem pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung stellen sich manche Menschen ausschließlich eine körperlich gebrechliche Person oder einen Menschen mit Intelligenzminderung vor. Aber auch Menschen mit Depressionen haben bei Bedarf Anspruch auf Hilfen für Menschen mit Behinderungen und auf Leistungen der Pflegeversicherung. Das gilt für depressive Kinder und Jugendliche genauso wie für depressive Erwachsene.

Es kommen z. B. folgende Hilfen in Betracht:

- **Pflegegeld:** Wenn Depressionen dazu führen, dass die erkrankte Person auf viel Unterstützung durch Angehörige angewiesen ist, ist oft ein Antrag auf einen Pflegegrad sinnvoll. Zum Pflegebedarf gehört es z. B. auch, wenn ein Mensch mit Depressionen sich zwar selbst waschen kann, aber darauf angewiesen ist, durch Dritte dazu motiviert zu werden. Auch Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, wie insbesondere depressive Antriebslosigkeit, werden bei der Festlegung eines Pflegegrads berücksichtigt. Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung".*

  Ab Pflegegrad 2 wird Pflegegeld bezahlt, wenn Angehörige die Pflege übernehmen. Der Mensch mit Depressionen kann es einem Angehörigen geben. Wer weniger arbeiten kann, weil ein depressiver Angehöriger Hilfe braucht, kann so Einkommenseinbußen zum Teil ausgleichen.
- **Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt) und Kurzzeitpflege:** Ersatzpflege bedeutet, dass sich pflegende Angehörige vertreten lassen, z. B. wenn sie in den Urlaub fahren, berufliche Termine haben oder Freizeitaktivitäten nachgehen. Kurzzeitpflege ist die vorübergehende vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim.
  Für die Pflege von Menschen mit Depressionen bieten zwar Pflegedienste oft keine geeigneten Leistungen, aber auch die Vertretung durch Privatpersonen und Leistungen eines familienunterstützenden Diensts können mit dem Geld aus der Ersatz- oder Kurzzeitpflege finanziert werden.

- **Entlastungsbetrag:** Schon ab Pflegegrad 1 können mit dem Entlastungsbetrag Leistungen in Anspruch genommen werden, die pflegende Angehörige entlasten, z. B. Hilfen im Haushalt oder Beschäftigungsangebote.
- **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen:** Über die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen können Menschen mit Depressionen vielfältige Hilfen erhalten, z. B. Leistungen im betreuten Wohnen (siehe S. 87) oder Assistenzleistungen.
- **Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen:** Leiden Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene unter Depressionen, ist für die Eingliederungshilfe in der Regel das Jugendamt zuständig. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen"*.

Praxistipps zum Umgang mit depressiven Angehörigen

- Es ist **wichtig**, die **Selbstbestimmung** des Menschen mit Depressionen zu achten.
- Sie können einen depressiven Menschen bei der **Einhaltung einer Tagesstruktur unterstützen**, z. B. gemeinsam einen konkreten Plan für den Tagesablauf erstellen, kleine Aufgaben wie duschen, die Einnahme von Medikamenten, einkaufen, aufräumen oder spazieren gehen mit konkreter Uhrzeit versehen, bei der Einhaltung des Plans helfen und jeden kleinen Schritt als Erfolg verbuchen.
- Mitleid, gut gemeinte Ratschläge, Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sind nicht hilfreich und können die Situation noch verschlimmern.
- **Appelle an den Willen sind nicht empfehlenswert**, denn der depressive Mensch ist krank, nicht willensschwach.
- **Selbsttötungsgedanken** sollten Sie unbedingt ernst nehmen und ärztliche Hilfe in die Wege leiten.
- Auch wenn die Situation aussichtslos erscheint: **eine Depression ist behandelbar!**
- Ihre Bemühungen werden wahrscheinlich oft nicht oder nicht gleich zu einem sichtbaren Erfolg führen. Es ist normal, dass Sie sich darüber ärgern und dass der Mensch mit Depressionen Schuldgefühle bekommt und sich ggf. zurückzieht und verweigert. Sie können Verständnis zeigen und offen kommunizieren, aber nicht alles lösen.
- Eine Information für Angehörige und Freunde finden Sie beim Service Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter *www.patienten-information.de > Krankheiten / Themen > Psyche und Verhalten > Depression > Kurz informiert: Depression – eine Information für Angehörige und Freunde*.

Hilfe leisten und Hilfen organisieren

Angehörige sind keine Ärzte oder Therapeuten. Die Behandlung der Depressionen ist Aufgabe von Fachkräften. Angehörige sollten deshalb versuchen, den Menschen mit Depressionen dazu zu motivieren, sich medizinische bzw. psychotherapeutische Hilfe zu holen. Professionelle Behandlung kann depressive Phasen erheblich verkürzen.

Angehörige können ihre Sorgen äußern und mitteilen, dass sie vermuten, dass eine Krankheit die Symptome verursacht, nicht etwa eine persönliche Schwäche oder Faulheit. Sie können Begleitung zu Arztterminen und Hilfe bei der Terminvereinbarung anbieten.

Besonders bei akuter Suizidgefahr aufgrund von Depressionen können Angehörige die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik vorschlagen. Wenn der Wille des Menschen mit Depressionen durch die Depressionen nicht mehr frei ist, kommt auch eine sog. Zwangseinweisung in die Psychiatrie in Betracht.
Näheres unter Rechtliche Betreuung ab S. 91.

Hilfe bei wichtigen Angelegenheiten des Alltags

Die für Depressionen typische **Antriebslosigkeit** kann bei manchen Menschen mit Depressionen dazu führen, dass sie z. B. ihre Post nicht mehr öffnen oder mit Zahlungen in Verzug geraten. Hier können Angehörige selbst Unterstützung bieten, aber auch Hilfen von außen organisieren.

Eine Möglichkeit dafür, Hilfe von außen zu beschaffen, kann ein Antrag auf Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen sein. Er kommt bei langdauernden, chronischen oder wiederkehrenden Depressionen in Betracht.

Manchmal reicht es aus, wenn Angehörige den Menschen mit Depressionen dabei unterstützen, z. B. den Antrag vorbereiten, diesem zur Unterschrift vorlegen und zum Träger der Eingliederungshilfe oder zum Jugendamt bringen oder schicken.

Droht der Verlust der Wohnung, z. B. durch Zwangsräumung, hilft z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi). Angehörige sollten außerdem umgehend mit dem Jobcenter oder dem Sozialamt Kontakt aufnehmen. Damit Angehörige mit diesen Behörden sprechen und dort Anträge stellen können, brauchen sie eine schriftliche Vollmacht des Menschen mit Depressionen. Es reicht dafür folgender Text: „Hiermit bevollmächtige ich (Name, Adresse) Herrn/Frau (Name, Adresse) mich gegenüber Behörden zu vertreten und Anträge für mich zu stellen, insbesondere auf Sozialleistungen. Ort, Datum, Unterschrift".

Manchmal kommt eine Bevollmächtigung nicht in Betracht, z. B. weil der Mensch mit Depressionen das nicht möchte oder nicht mehr geschäftsfähig ist und deshalb keine Vollmacht mehr ausstellen kann. Dann können Angehörige beim Betreuungsgericht eine sog. rechtliche Betreuung (siehe S. 91) anregen. Diese kann von Angehörigen übernommen werden, aber wenn diese die Unterstützung nicht übernehmen können oder der Mensch mit Depressionen das nicht will, kann das Betreuungsgericht auch eine fremde Person für die rechtliche Betreuung einsetzen, die diese Aufgabe ehrenamtlich oder beruflich übernimmt. Rechtliche Betreuung ist keine Entmündigung, der freie Wille des betreuten Menschen ist maßgeblich.

Hürden beim Helfen

Wenn der Mensch mit Depressionen niemanden bevollmächtigen möchte und auch keine rechtliche Betreuung wünscht, müssen Angehörige das in der Regel einfach akzeptieren, auch wenn es schwerfällt, zuzusehen, wenn ein geliebter Mensch leidet.
Ausnahme: Der Wille des Menschen mit Depressionen ist nicht mehr frei, sondern durch die Krankheit bestimmt. Das kann z. B. der Fall sein, wenn die Depressionen sehr schwer sind, zu den depressiven Symptomen wahnhafte Symptome hinzukommen und der Bezug zur Realität verlorengeht oder wenn nicht nur depressive, sondern auch manische Phasen auftreten.

Für einen Menschen mit Depressionen Hilfen zu organisieren kann sehr schwierig, zeitaufwändig und kraftraubend sein. Manche Angehörige geben auch auf, weil Behörden beantragte Leistungen ablehnen, obwohl ein Anspruch darauf besteht. Hilfe von außen kann dabei unterstützen, dass Angehörige den Leistungsanspruch gegenüber den Ämtern durchsetzen können.

Neben der Hilfe, die z. B. Selbsthilfegruppen, Vereine oder die unabhängige Teilhabeberatung bieten, kann auch **anwaltliche Hilfe** entlasten. Wird ein Widerspruch oder eine Klage notwendig, können die Anwaltskosten ggf. über die Beratungshilfe oder die Prozesskostenhilfe finanziert werden, wenn der Mensch mit Depressionen finanziell bedürftig und nicht rechtsschutzversichert ist.

Kinder depressiver Eltern

Wenn ein Elternteil Depressionen hat, brauchen auch die Kinder Hilfe. Oft verstehen sie nicht, warum sich der Elternteil so verhält. Sie können Schuldgefühle entwickeln und viel Verantwortung übernehmen. Das tut ihnen meist nicht gut, da ihre eigenen Bedürfnisse zu kurz kommen.

Benötigt ein depressiver Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragt werden, z. B. wenn ein Krankenhausaufenthalt des Elternteils nötig ist.
Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z. B. eine ambulante Familienpflege, eine Tagespflege (Betreuung durch eine Tagesmutter/einen Tagesvater), ein Erziehungsbeistand oder eine sozialpädagogische Familienhilfe die Kinder unterstützen.

Kinder depressiver Eltern haben außerdem selbst ein erhöhtes Risiko für Depressionen oder andere psychische Erkrankungen. Es ist nur zum Teil genetisch bedingt und es gibt viele Maßnahmen, die dieses Risiko vermindern können. Gerade bei einem erhöhten genetischen Risiko sind die Umwelteinflüsse besonders wichtig. Vorbeugend wirken z. B. eine gute Behandlung der Depressionen des Elternteils, Informationen, sowie therapeutische und sozialpädagogische Hilfen für die ganze Familie.

Eltern mit Depressionen haben manchmal Angst davor, sich ans Jugendamt zu wenden, weil sie fürchten, dass ihnen ihre Kinder weggenommen und z. B. in ein Heim oder eine Pflegefamilie gegeben werden könnten. Auch betroffene Kinder und Jugendliche trauen sich oft nicht, z. B. Lehrkräfte, Verwandte oder Freunde anzusprechen, weil sie sich davor fürchten, aus ihrer Familie herausgenommen zu werden. Nur wegen einer Behinderung der Eltern dürfen Kinder allerdings nicht aus ihrer Familie herausgenommen werden. Es gelten Artikel 6 des Grundgesetzes („Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern …") und Artikel 23 Abs. 4 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention („In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden"). Stattdessen muss der Staat die Eltern dabei unterstützen, sich um ihre Kinder angemessen zu kümmern, auch dann, wenn das nur durch umfangreiche Hilfen möglich ist.

Neben Hilfen zur Erziehung vom Jugendamt ist auch die sog. Elternassistenz vom Träger der Eingliederungshilfe eine Möglichkeit dafür, Eltern mit Depressionen so zu unterstützen, dass sich ihre Kinder trotz der Depressionen des Elternteils gut entwickeln können. Bei Depressionen können z. B. Fachkräfte im Rahmen der begleiteten Elternschaft den depressiven Elternteil anleiten und beraten. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen"*.

Gesunder Lebensstil

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

Bewegung und Sport

Bewegung im Alltag und Sport sind bei Depressionen empfehlenswert, solange keine medizinischen Gründe dagegensprechen, z. B. wegen einer anderen Erkrankung. Einige Studien deuten auf eine Wirkung gegen Depressionen hin. Die Wirkung ist zwar noch nicht sicher nachgewiesen, aber Sport und Bewegung im Alltag sind ohnehin für die Gesundheit wichtig.

Ernährung

Depressionen können nicht durch eine Ernährungsumstellung verhindert oder geheilt werden. Trotzdem ist eine gesunde, ausgewogene Ernährung empfehlenswert. Sie kann das Wohlbefinden steigern und reduziert das Risiko von Begleiterkrankungen wie Diabetes, starkes Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Antidepressiva können Nebenwirkungen haben, z. B. sorgen manche für Übelkeit oder Appetitlosigkeit und in der Folge für eine Gewichtsabnahme, andere dagegen für eine Gewichtszunahme. Dies sollte schon bei der Auswahl des Medikaments für die Therapie berücksichtigt werden. Wenn die möglichen Nebenwirkungen tatsächlich eintreten, sollte sich der Mensch mit Depressionen an die Arztpraxis wenden und fragen, welcher Umgang damit gut ist. Bei einer Gewichtszunahme sollte eine Diät nicht ohne ärztliche Rücksprache erfolgen, da Antidepressiva bei schlechtem Ernährungszustand in ihrer Wirkung beeinträchtigt werden können.

Schlaf

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

Damit sind bestimmte Gewohnheiten gemeint, die einen gesunden Schlaf-rhythmus fördern:

Regelmäßige Aufsteh- und Zubettgehzeiten

Die Zeiten sollten max. 30 Minuten abweichen, um den biologischen Rhythmus zu unterstützen. Dabei ist vor allem eine regelmäßige Aufstehzeit (auch am Wochenende oder im Urlaub) wichtig, da sie den „Ankerpunkt" des Biorhythmus bildet.

Tagsüber keine Nickerchen

Diese können Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht zur Folge haben. Wer auf einen Kurzschlaf nicht verzichten möchte, sollte ihn nicht nach 15 Uhr machen und durch einen Wecker nach 20 Minuten wieder beenden. Zudem sollte das Nickerchen immer zur gleichen Zeit stattfinden.

Bettliegezeiten reduzieren

Nicht länger im Bett liegen als die Anzahl der Stunden, die man durchschnittlich pro Nacht in der letzten Woche geschlafen hat. Zu lange Bettliegezeiten tragen zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung bei.

3 Stunden vor dem Schlafen keinen Alkohol

Alkohol verhilft zwar zu einem leichteren Einschlafen, beeinträchtigt aber die Schlafqualität stark und führt gerade in der zweiten Nachthälfte oft zu Durchschlafproblemen. Bereits geringe Mengen verschlechtern die Schlaferholsamkeit. Daher sollte man nicht häufiger als ein- bis zweimal pro Woche am Abend Alkohol trinken – nach Möglichkeit mit genügend Abstand (pro Glas etwa eine Stunde) zum Zubettgehen.

4–8 Stunden vor dem Zubettgehen keinen Kaffee

Die schlafschädigende Wirkung von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken wie grünem Tee und Cola kann 8–14 Stunden anhalten. Am besten wäre ein Verzicht auf Koffein für 4 Wochen, anschließend ein Konsum von nicht mehr als 3 Tassen Kaffee am Tag und dies nur vor 10 Uhr vormittags.

Nach 19 Uhr nicht mehr Rauchen

Nikotin wirkt ähnlich negativ auf den Schlaf wie Koffein. Insbesondere die Wechselwirkung aus Nikotin und Alkohol wirkt schlafstörend. Langfristig beeinträchtigt auch die infolge des Rauchens eingeschränkte Lungenfunktion den Schlaf.

3 Stunden vor dem Zubettgehen keine größeren Mengen essen und/oder trinken

Ein voller Magen bzw. eine volle Blase kann den Schlaf stören. Ein kleiner Snack vor dem Zubettgehen (z. B. eine Banane) kann aber hilfreich sein: Nahrungsmittel wie Milch, Bananen und Schokolade enthalten L-Tryptophan, das im Gehirn eine Rolle bei der Schlafregulation spielt. Zu meiden sind vor allem schwer verdauliche Speisen, z. B. Rohkost und Vollkornprodukte.

Nach 18 Uhr keine körperliche Überanstrengung

Starke körperliche Belastung regt ähnlich wie Kaffee und Nikotin das sympathische Nervensystem an, das für Aktivität und Stress zuständig ist. Es dauert mehrere Stunden, bis diese Aktivität wieder abflaut.

Regelmäßige Bewegung

Regelmäßiges körperliches Training kann den Schlaf verbessern, insbesondere wenn Menschen mit Schlafstörungen keine oder sehr wenig Bewegung haben.

Schlaffördernde Umgebung

Nach Möglichkeit das Schlafzimmer nur zum Schlafen nutzen, nicht als Arbeits- oder Fernsehzimmer. Zudem sollte es die richtige Temperatur haben (nicht zu warm, empfohlen werden 16–18 Grad) sowie dunkel und leise sein.

„Pufferzone" zwischen Alltag und Schlaf

2 Stunden vor dem Zubettgehen sollte eine Zeit der Erholung eintreten. Wenn einen die Aufgaben des nächsten Tages, Sorgen, Arbeit, Streit oder Grübeleien nicht loslassen, ist es oft hilfreich, diese rechtzeitig am Abend, z. B. in einem Tagebuch, aufzuschreiben und „abzulegen".

Regelmäßiges Zubettgeh-Ritual

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

Nachts nichts essen

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

Kein helles Licht bei nächtlichem Aufstehen

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

Nachts nicht auf die Uhr schauen

Der Blick zur Uhr löst meist direkt entsprechende gedankliche („3 Uhr: Die Nacht kann ich mal wieder vergessen") und körperliche Reaktionen (Anspannung, Erregung) aus. Den Wecker so drehen, dass man ihn nicht sehen kann.

30 Minuten Tageslicht am Morgen

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

- Zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen gibt es digitale Unterstützungsmöglichkeiten, die als App oder Webanwendung genutzt werden können. Für zertifizierte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist eine ärztliche Verordnung und damit die Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorgesehen. Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps übernehmen, Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „DiGA – Digitale Gesundheitsanwendungen"*.
- Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) bietet viele Informationen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen und führt eine Adressliste mit Schlaflaboren und Selbsthilfegruppen unter *www.dgsm.de > Patienteninformationen*.

Autofahren

Bei Menschen mit Depressionen kann die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr durch bestimmte Symptome oder die Einnahme bestimmter Antidepressiva vorübergehend eingeschränkt sein.

Menschen mit Depressionen dürfen deshalb nur Autofahren, wenn sie sicherstellen können, dass sie sich und andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährden. Wer fahruntauglich ist und dennoch ein Kraftfahrzeug steuert, macht sich strafbar. Bei einem Unfall muss eine fahruntaugliche Person mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Autofahren bei schweren Depressionen

Symptome einer schweren Depression können die Fahrtauglichkeit einschränken, z. B.:

- Bei depressiv-wahnhaften Symptomen verliert der Mensch mit Depressionen den Bezug zur Wirklichkeit.
- Bei depressiv-stuporösen Symptomen erstarrt der Körper bei wachem Bewusstsein.
- Die bei Depressionen mögliche Suizidalität bedeutet, dass ein Mensch darüber nachdenkt, sich das Leben zu nehmen.

Menschen mit Depressionen können außerdem nicht nur depressive Phasen, sondern auch sog. manische Phasen haben. In manischen Phasen sind Menschen enthemmt und überschätzen sich selbst.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung" der Bundesanstalt für Straßenwesen legen deshalb fest, dass bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergeht, die psychischen Fähigkeiten ein Kraftfahrzeug zu lenken so gemindert sind, dass ein hohes Risiko für verkehrswidriges Verhalten besteht. Das Gleiche gilt in manischen Phasen.

Bei der Fahreignung wird die Fahrerlaubnis in 2 Gruppen unterteilt:

- Für die **Fahrerlaubnisgruppe 1** (z. B. Mopeds und PKWs) gilt:
  Menschen mit Depressionen dürfen erst wieder fahren, wenn alle Depressionssymptome, die die Fahrtauglichkeit einschränken, abgeklungen sind bzw. wenn die manische Phase vorbei ist und nicht damit zu rechnen ist, dass diese Symptome und/oder die Manie wiederkommen (ggf. unter medikamentöser Behandlung) und Antidepressiva die Fahrtauglichkeit nicht beeinträchtigen. Manchmal treten mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen in kurzem Abstand auf. Oft ist der weitere Verlauf dann nicht absehbar. Besonders, wer dann keine sog. Phasenprophylaxe bekommt, kann nach den „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung" auch dann nicht sicher fahren, wenn gerade keine problematischen Symptome oder Wirkungen von Medikamenten auftreten. Phasenprophylaxe wird eine Behandlung genannt, mit der neuen depressiven oder manischen Phasen vorgebeugt werden soll, z. B. mit Medikamenten. Fahren dürfen davon Betroffene erst wieder, wenn z. B. durch solche Medikamente zur Phasenprophylaxe, die Krankheitsaktivität geringer geworden ist und mit einem so schweren Verlauf wie bisher nicht mehr gerechnet werden muss. Betroffene müssen diese Besserung durch fachärztliche Berichte von regelmäßigen psychiatrischen Kontrollen belegen.
- Für die **Fahrerlaubnisgruppe 2** (z. B. Personenbeförderung im Taxi oder Bus, fahren von LKWs) gilt:
  Die Fahrerlaubnis setzt völlige Symptomfreiheit voraus. Nach mehreren schweren depressiven oder manischen Phasen darf in der Regel nicht mehr gefahren werden, auch nicht bei guter Phasenprophylaxe.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Medikamente können so wirken, dass es nicht mehr möglich ist, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen. Besonders häufig sind solche Nebenwirkungen zu Beginn der Behandlung und wenn die Dosis schnell erhöht wird.

Fahren ist in dem Fall erst wieder erlaubt, wenn die problematischen Wirkungen vollständig abgeklungen sind. Wer sich ans Steuer setzt, ist selbst für die Fahrtauglichkeit verantwortlich. Vor dem Losfahren muss sich ein Mensch, der Medikamente einnimmt, kritisch beobachten und im Zweifel das Auto lieber stehen lassen.

Antidepressiva sind sog. Psychopharmaka. Sie können z. B. eine dämpfende Wirkung haben und die Reaktionszeit verlängern, was die Fahrtauglichkeit einschränkt. Wer Autofahren möchte und Psychopharmaka einnimmt, sollte auf jeden Fall vorher ärztlichen Rat dazu einholen, wie die Medikamente die Fahrtauglichkeit beeinflussen. Auch die Beipackzettel der Medikamente enthalten entsprechende Hinweise.

Praxistipp!

Der Download der „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung" der Bundesanstalt für Straßenwesen ist kostenlos möglich unter: *www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung > zum Download* (ganz unten).

Wer hilft weiter?

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen.

Arbeit

Bei einer andauernden oder immer wiederkehrenden depressiven Störung kann es zu Beeinträchtigungen kommen, die nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.

Einer Berufstätigkeit ist jedoch nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus vielen weiteren Gründen eine hohe Priorität einzuräumen. Berufliche Rehabilitation kann notwendig werden, Wiedereinstiegsmöglichkeiten können Inklusionsbetriebe, unterstützte Beschäftigung oder eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen sein. Helfen können auch Tagesstätten, die nicht auf Verdienst ausgerichtet sind, sondern auf den Aufbau einer Tagesstruktur.

Arbeit kann sich für Menschen mit Depressionen positiv auswirken, sie

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

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

Kündigung wegen Depressionen

Wird Arbeitnehmern aufgrund von Depressionen gekündigt, sollten sie sich rechtzeitig um ihren weiteren Lebensunterhalt und Krankenversicherungsschutz kümmern, z. B. Anträge stellen auf

- Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit *und/oder*
- Bürgergeld vom Jobcenter, falls das Arbeitslosengeld zu niedrig zum Leben ist oder kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Depressionen

1-€-Jobs

Sog. 1-€-Jobs (= „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigungen nach SGB II") können Menschen mit Depressionen die Gelegenheit geben, die tagtägliche Arbeitsfähigkeit zu testen und so wieder ins Berufsleben zu finden. Die tatsächliche Mehraufwandsentschädigung liegt meist etwas höher als 1 € pro Stunde. Während einer solchen Arbeitsgelegenheit erhalten die Teilnehmer an diesen Maßnahmen Bürgergeld und eine Mehraufwandsentschädigung, z. B. für Fahrtkosten oder Arbeitskleidung. Voraussetzungen dafür sind Erwerbsfähigkeit (keine oder nur teilweise Erwerbsminderung) und Hilfebedürftigkeit (kein oder nur geringes Einkommen und Vermögen).

Beschäftigungsmöglichkeiten trotz voller Erwerbsminderung

Viele Menschen mit Depressionen können auf dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Der allgemeine Arbeitsmarkt ist zu unterscheiden vom **besonderen Arbeitsmarkt**. Der besondere Arbeitsmarkt meint alle vom Staat geförderten Arbeitsverhältnisse. Der allgemeine Arbeitsmarkt wird auch 1. Arbeitsmarkt genannt. Der besondere Arbeitsmarkt wird umgangssprachlich auch 2. Arbeitsmarkt und 3. Arbeitsmarkt genannt, wobei diese Begriffe nicht einheitlich gebraucht werden.

Einige Menschen mit Depressionen können nicht mehr uneingeschränkt am Arbeitsleben teilnehmen, haben also eine Behinderung, die sich auf das Berufsleben einschränkend auswirkt. Wenn ein Mensch wegen seiner Depressionen nicht mehr oder nur noch weniger als 3 Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann, hat er eine sog. volle Erwerbsminderung.
Das bedeutet aber nicht, dass er nur noch unter 3 Stunden oder gar nicht arbeiten kann, sondern dann kann die Person Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen bekommen, die eine Tätigkeit auf dem besonderen Arbeitsmarkt ermöglichen.

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

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

Zuverdienstprojekte

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

Sie bieten Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten für weniger als 15 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
- Keine ärztliche Verordnung oder Begutachtung

Die Trägerschaft ist vielfältig. Zum Teil sind die Projekte an Inklusionsfirmen oder Tagesstätten angegliedert. Trotz der flexiblen Vorgaben müssen wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen erbracht werden.
Kosten und Gehalt müssen erwirtschaftet werden, die Qualität der Arbeit muss stimmen und die Entlohnung ist abhängig von der Arbeitsleistung.
Nähere Informationen zu Zuverdienstprojekten bietet das Projekt Zuverdienst unter *www.mehrzuverdienst.de*.

Tagesstätten für Menschen mit psychischen Krankheiten

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

Typische Angebote und Hilfen einer Tagesstätte sind:

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

Häufig sind an Tagesstätten Beratungsangebote angegliedert, die bei sozialrechtlichen Fragen oder bei der Suche nach Reha-, Therapie- oder Arbeitsmöglichkeiten helfen. 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.

Finanzierung und Träger

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

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

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Depressionen benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen können gerade für Menschen mit Depressionen eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bestimmte Belastungsgrenzen. Wenn diese erreicht sind, können Betroffene sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.
Unter *www.gkv-spitzenverband.de* > *Krankenversicherung* > *Arzneimittel* > *Zuzahlungsbefreiung* ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die versicherte Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter *www.bfarm.de* > *Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge"* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

Praxistipps!

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z. B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen. Hier ist eine genaue Information beim verschreibenden Arzt oder beim Apotheker besonders wichtig, um einer Verschuldung vorzubeugen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.
Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, wie z. B. Hörgeräte oder Prothesen.
Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.
Bei **zum Verbrauch** bestimmten Hilfsmitteln, z. B. Einmalhandschuhen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird die versicherte Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.
Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Soziotherapie

Soziotherapie (siehe S. 21) ist die ambulante Betreuung psychisch schwer kranker Menschen.
Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt.
Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.
Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussrehabilitationen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen (siehe S. 63) sollen z. B. eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verhindern oder verringern.
Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.
Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden (Verordnung Krankenbeförderung).

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Menschen mit Depressionen im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leisten, können sie sich auf Antrag von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Jahres befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

Erreichen der Belastungsgrenze

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

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.
Nicht zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld oder Kindergeld.

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt" zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter *www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen bei Leistungen* heruntergeladen werden.

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

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

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

Freibetrag

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

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

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

Bei Paaren, die sich getrennt haben, aber noch nicht geschieden sind, und bei geschiedenen Paaren wird der Kinderfreibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern:
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)
ergibt: 5.013 €, **davon** 2 % = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, fallen keine weiteren Zuzahlungen mehr an.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.

Besondere Belastungsgrenze bei Bezug von Sozialleistungen

Beim Bezug bestimmter Sozialleistungen gilt eine besondere Belastungsgrenze von 135,12 € pro Jahr, bei chronisch Kranken 67,56 € pro Jahr. Sie wird auf der Basis des sog. Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 berechnet. Er beträgt 2024 563 € monatlich, mal 12 Monate ergibt 6.756 €. Die besondere Belastungsgrenze beträgt dann 2 bzw. 1 % davon.

Wer Sozialhilfe bezieht und im **Heim** wohnt, kann ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (135,12 € bzw. bei chronisch Kranken 67,56 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld verrechnet. Betroffene können dafür eine Person ihres Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen, wenn ihnen die Formalitäten zu viel sind.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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

Auch Versicherte, die an einem **strukturierten Behandlungsprogramm** (Disease-Management-Programm – DMP, siehe S. 23) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

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

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. **Chroniker-Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter *www.g-ba.de > Richtlinien > Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* herunterladen. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

©Tobif28_fotolia.com

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Depressionen gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für eine vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Definition „Arbeitsunfähigkeit"

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde.

Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Entgeltfortzahlung

Besonders Menschen mit Depressionen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Voraussetzungen

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

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit oder selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

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

Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

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

Dauer

Die **gesetzliche Anspruchsdauer** auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, sondern auf das volle Arbeitsentgelt. Die fehlenden Stunden müssen nicht nachgearbeitet werden. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung beginnt dann erst am nächsten Tag.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 50.

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

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

Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

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

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

Wenn ein Betrieb eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss von der Krankenkasse Krankengeld gezahlt werden. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Betrieb.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo–Do 8–17 und Fr 8–12 Uhr.

Krankengeld

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

Voraussetzungen

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

Weitere Voraussetzungen sind:

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

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben in der Regel:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 69) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Bürgergeld

Wichtige Ausnahmen:

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

Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Drei Jahre lang sind sie an ihre Entscheidung gebunden. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch entsprechen Dauer und Höhe des Krankengelds denen angestellter Versicherter.

Berechnet wird das Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung **aus Arbeitseinkommen** berücksichtigt wurde.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 47).

Der Anspruch auf Krankengeld verfällt nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.
Eine **Rückdatierung** des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich **sofort**, also schon am 1. Krankheitstag, krankschreiben lassen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts *sowie*
- maximal 120,75 € täglich.

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

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

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

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

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

Berechnung in besonderen Fällen

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2024 ein Betrag von 172,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 62.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 120,75 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

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

Bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit:
Den Beitragszuschlag von 0,6 % für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten **allein** bezahlen.

Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern **allein** von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, d. h., ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich bei 1,7 %.
Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9 % für die Sozialversicherung

Berechnungsbeispiel

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

1. Berechnungsgrundlage für das tägliche Krankengeld, errechnet aus dem monatlichen Bruttolohn: 3.000 € : 30 = 100 €
2. davon 70 % = **70 €**
3. Berechnung des täglichen Nettolohns aus dem monatlichen Nettolohn: 1.800 € : 30 = 60 €
4. davon 90 % = **54 €**
5. Höhe des Brutto-Krankengelds: der niedrigere errechnete Wert, also **54 €**
6. Nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 12,3 % = **47,36 €**

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

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, weil es dem sog. Progressionsvorbehalt unterliegt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen. Wer mehr als 410 € Krankengeld und/oder andere Lohnersatzleistungen, wie z. B. Arbeitslosengeld, in einem Kalenderjahr erhalten hat, muss deshalb eine Steuererklärung abgeben, auch wenn sonst keine Pflicht dazu besteht.

Praxistipp!

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 50) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

Ruhen des Anspruchs

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

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

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt.
  Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Krankengeld der sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase auf Grund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der keine Arbeitsleistung fällig ist.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.
- in der Zeit, bis die nächste AU die Krankenkasse erreicht hat, bei Menschen, die eigentlich Krankengeld beziehen, aber deren AU die Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos bescheinigen, sondern mit Lücken von bis zu 1 Monat.
  Sie sollen zwar in den Lücken **kein** Krankengeld bekommen, aber trotzdem nicht gleich ihren ganzen Krankengeldanspruch und auch nicht die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung verlieren. Damit die Betroffenen nicht aus der Pflichtversicherung fallen, müssen sie rechtlich als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten, obwohl sie tatsächlich kein Krankengeld bekommen.

Ausschluss des Krankengelds

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

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

Praxistipps!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

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

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

Praxistipps!

- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
  - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
  - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 58.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

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

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

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

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

Pflicht zur Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

Wer ALG beantragt hat oder bezieht, muss eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, also so schnell wie möglich, anzeigen. Spätestens vor Ablauf des 3. Kalendertags nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist eine Krankschreibung nötig. Seit 01.01.2024 kann die Agentur für Arbeit elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) abrufen, sodass die Arbeitslosen in der Regel keine Papierbescheinigung mehr einreichen müssen. Davon gibt es aber Ausnahmen.

Krankschreibung während Arbeitslosengeld

Es gehört zu den Voraussetzungen für Arbeitslosigkeit und damit normalerweise auch für den Bezug von ALG, **dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen**, also auch dazu in der Lage zu sein, zu arbeiten. Wer aber erst während des Bezugs von ALG arbeitsunfähig wird, bekommt es noch für höchstens 6 Wochen weitergezahlt. Wer danach immer noch krankgeschrieben ist, kann längstens für weitere 72 Wochen Krankengeld in Höhe des ALG bekommen, bis zur sog. Aussteuerung (siehe S. 55). Während Krankengeld gezahlt wird, besteht kein Anspruch auf ALG. Endet die Arbeitsunfähigkeit und damit der Krankengeldbezug, läuft das ALG weiter, es ist aber eine neue Arbeitslosmeldung nötig.

Bei weiterer Arbeitsunfähigkeit nach der Aussteuerung besteht keine Arbeitslosigkeit, weil die arbeitsunfähige Person dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Der Bezug von ALG ist dann nur im Rahmen der sog. Nahtlosigkeitsregelung möglich.

Nahtlosigkeitsregelung

Die Nahtlosigkeitsregelung hilft Menschen, die immer noch krankgeschrieben sind, wenn ihr Krankengeld bereits ausgelaufen ist: Sie haben darüber ggf. einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, solange noch nicht klar ist, ob sie nur für ihre bisherige Arbeit arbeitsunfähig sind, oder ob sie gar nicht mehr mind. 15 Wochenstunden arbeiten können, egal in welchem Beruf und an welchem Arbeitsplatz (= volle Erwerbsminderung, siehe S. 81). Die Rentenversicherung hat die Aufgabe das zu prüfen, aber es dauert oft sehr lange und teils kommt es zu Streit darüber. Normalerweise zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld nur an Erwerbsfähige, also an Menschen, die noch mind. 15 Wochenstunden arbeiten können.
Die Nahtlosigkeitsregelung ist eine Ausnahme davon, damit die Versicherten nahtlos abgesichert sind. Sie würden sonst ohne Geld dastehen, so lange ungeklärt ist, ob sie nun erwerbsfähig sind oder nicht.
Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine Erwerbsminderung von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Rechtskräftig heißt, dass die Entscheidung nicht mehr anfechtbar ist.

Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Wer Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II vom Jobcenter bekommt, ist arbeitsunfähig, wenn krankheitsbedingt keine Arbeit oder Eingliederungsmaßnahme mit mindestens 3 Stunden täglich möglich ist.

Wenn Arbeitnehmer aufstockendes Bürgergeld bekommen, kann es deshalb vorkommen, dass sie für ihre Arbeit krankgeschrieben werden, aber nicht fürs Jobcenter, weil sie nur diese bestimmte Arbeit nicht mehr ausführen können. Z. B. kann ein Umzugshelfer mit gebrochenem Bein keine Möbel mehr tragen, aber er kann damit in einem Büro aushelfen oder an einem Computerkurs zur Weiterbildung teilnehmen.

Wer Bürgergeld bekommt und arbeitsunfähig ist, bekommt das Bürgergeld zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange (noch) keine volle Erwerbsminderung festgestellt wurde.

Bezug von Krankengeld während des Bezugs von Bürgergeld:

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit oder das Jobcenter.

Rehabilitation

Menschen mit Depressionen können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei einer Reha geht es darum, die Funktionsfähigkeit und den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

Ziele der Reha sind z. B.:

- Verlängerung der symptomarmen Zeit
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Verhinderung von Folgeerkrankungen und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands

Allgemeine Informationen

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

Reha-Leistungen werden auch „Leistungen zur Teilhabe" oder „Teilhabeleistungen" genannt.

Überblick über Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**,
  z. B. Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt, Stufenweise Wiedereingliederung
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha)**,
  z. B. Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen**,
  z. B. Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung**,
  z. B. Schulbegleitung, Kommunikationshilfen
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha)**,
  z. B. Assistenzleistungen, Fahrdienste

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

Krankenkassen

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

Rentenversicherungsträger

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

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

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

Eingliederungshilfe-Träger

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

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

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

Träger der Sozialen Entschädigung

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

Finanzielle Leistungen während der Reha

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

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Krankengeld der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld (= Grundsicherung für Arbeitsuchende, sog. Leistungen nach dem SGB II)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.
Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger" ist. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss.

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

Sofern für die Entscheidung kein Gutachten nötig ist, wird nach einer weiteren Woche über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde – bei Erklärung der Unzuständigkeit – an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere" (= zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Im Rahmen dieser Klärung kann der zweite Reha-Träger an den, seiner Auffassung nach zuständigen, dritten Reha-Träger weiterleiten, sofern er nach seinen Leistungsgesetzen nicht zuständig ist und der dritte Reha-Träger sein Einverständnis dazu gegeben hat. Dieser dritte Reha-Träger muss schließlich als leistender Reha-Träger über den Antrag innerhalb der bereits laufenden Frist von 3 Wochen entscheiden und den Antragsteller davon unterrichten. Sollte sich herausstellen, dass der Reha-Träger insgesamt doch nicht zuständig ist, erfolgt die Erstattung der Aufwendungen dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Menschen mit (drohender) Behinderung.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten unverzüglich vom leistenden Reha-Träger in Auftrag gegeben werden, 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein. Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z. B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist, z. B. grundsätzlich keine unterhaltssichernden Leistungen erbringt.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird, verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
  - Beauftragung des Gutachtens (muss unverzüglich erfolgen)
  - Auswahl der Person oder Einrichtung, die das Gutachten erstellt, durch den Menschen mit Behinderung oder dessen Vertretung
  - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wird.

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

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

In der Praxis werden diese Fristen nicht immer eingehalten.

Praxistipps!

Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren**:
  - Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer dadurch vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen (siehe S. 105)
  - Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
  - Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang
  - Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe
- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**
  - Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken
  - Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben, **vorher** darüber
  - Informieren Sie sich vorher gut, z. B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“*.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, um den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, zu verhindern, dass Menschen eine Behinderung bekommen, pflegebedürftig werden, nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können bzw. auf Sozialleistungen angewiesen sind, oder dazu, diese Probleme zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest zu verhindern, dass sie schlimmer werden.

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter *www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter *www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch (siehe S. 101).

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

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

Ambulante und stationäre medizinische Reha

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

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

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

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

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

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.*
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 01.01.2024 ein Rechtsanspruch auf seine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung.
  Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

Allgemeine Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer medizinischen Reha erfüllt sein:

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

Dauer

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

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

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

Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:

- 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
- Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:

- 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
- Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.415 €** liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger sind Personen,

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

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung"* informieren.

Praxistipps!

- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Kostenträger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter *www.ansprechstellen.de* eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und Reha-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter *www.teilhabeberatung.de*.

Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Sie bieten Menschen mit Depressionen verschiedene Möglichkeiten zur nachhaltigen Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und stärken Ausdauer und Kraft.
Die körperliche Aktivität und auch der Austausch mit der Gruppe, kann die Stimmung verbessern und das Selbstbewusstsein stärken.

Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. **Funktionstraining** stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus **medizinischen Gründen** erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining".
Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden.

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter:
www.betanet.de > *Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining".*

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z. B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld nach der sog. Nahtlosigkeitsregelung (siehe S. 58).

Voraussetzungen

Anregen können eine stufenweise Wiedereingliederung Betroffene, Arbeitgeber (z. B. Personalabteilung, Betriebsrat), Ärzte oder Versicherungsträger bzw. der Medizinische Dienst (MD).

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung:

- Wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann, besteht ein Anspruch auf Zustimmung.
- Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest, wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

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

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:
  Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall vom Arbeitgeber (siehe S. 47)
- Im unmittelbaren Anschluss (bis zu 4 Wochen) an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
  ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:
  Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 70) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 69). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.
Falls Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für Arbeitgeber.

Praxistipps!

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie den Antrag darauf im Laufe der Reha stellen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt ihn zusammen mit Ihnen und Ihrem Arzt aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung finden Sie in der „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess" der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter *www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen*.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt, Arbeitgeber (insbesondere Stellen wie betriebliches Eingliederungsmanagement, Sozialberatung oder Gesundheitsmanagement).

Rehabilitation psychisch kranker Menschen

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. Wer an einer RPK teilnimmt, bekommt einen Hilfeplan, der sich am persönlichen Bedarf orientiert. 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. Weitere Informationen bietet die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK. Eine wohnortnahe Reha-Einrichtung kann dort unter *www.bagrpk.de* > *Standorte* gesucht werden.

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

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

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

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

Folgende ergänzende Reha-Leistungen sind möglich:

- Lohnersatzleistungen, z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld
- Leistungen zum Lebensunterhalt, z. B. Ausbildungsgeld, Unterhaltsbeihilfe
- Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung: Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 66)
- Reisekosten: Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs: Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- Schulungen: Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige und Eltern-Kind-Kurse
- Sozialmedizinische Nachsorge: für Kinder bis zum 14. Geburtstag, nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe
- Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z. B.: Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- Sonstige Leistungen, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z. B. Angebote der Selbsthilfe für Betroffene/Angehörige, Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

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

Die Leistungen sind **keine** Schul- oder Ausbildungsfinanzierung, sondern finanzieren z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch oder wegen der Behinderung nötige Hilfsmittel.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung gibt es, damit Menschen mit Behinderung gleichberechtigt an Bildung – insbesondere in den folgenden Bereichen – teilhaben können:

- Schulvorbereitung
- Schule im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht
- schulische Berufsausbildung
- schulische Weiterbildung
- Hochschule
- Weiterbildung an einer Hochschule (z. B. Masterstudium)

Daneben sind auch Hilfen in ähnlichen anderen Bildungsbereichen möglich, denn die gesetzliche Regelung ist nicht abschließend formuliert.

Beispiel

Eine junge Frau ist nicht mehr schulpflichtig, will aber ihren Realschulabschluss nachholen. Auch hierfür kann sie Leistungen zur Teilhabe an Bildung erhalten.

Das Ziel für Menschen mit Behinderungen ist

- eine **ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende** Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung
- **für einen Beruf**,
- damit sie am gesellschaftlichen Leben **teilhaben** können.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

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

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- Leistungen für Wohnraum, z. B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- Assistenzleistungen, z. B. Elternassistenz, Unterstützung bei Haushaltsführung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, z. B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Verbesserung der Kommunikation
- Leistungen zur Mobilität, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall im Teilhabeplanverfahren bzw. Gesamtplanverfahren bestimmt.

Behinderung

Depressionen können dazu führen, dass Betroffene als (schwer-) behindert eingestuft werden. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie, neben den Teilhabeleistungen der Rehabilitation, bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

Definition „Behinderung"

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

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

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

Gleichstellung

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

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

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

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

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

Die Gleichstellung kann auch online unter *www.arbeitsagentur.de* > *Menschen mit Behinderungen* > *Spezielle Hilfe und Unterstützung* > *Gleichstellungsantrag und Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen* beantragt werden.

Grad der Behinderung bei Depressionen

Bei länger anhaltenden Depressionen kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Der GdB beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätzen aus der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung ist vom Einzelfall abhängig.

Einen GdB gibt es nicht automatisch, wenn die Diagnose Depression gestellt wurde, sondern nur, wenn aus der Depression folgt, dass ein Mensch nicht mehr wie ein gesunder Mensch am Leben teilhaben kann. Zur Bestimmung des GdB werden nicht nur die Folgen der Depression allein bewertet, sondern **alle** Funktionsbeeinträchtigungen bzw. Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben werden zusammen bewertet.

Affektive Psychosen

Depressionen gehören zusammen mit den Manien und den bipolaren Störungen zu den affektiven Psychosen, jedenfalls dann, wenn sie wiederkehrend als depressive Episoden auftreten. In den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sind affektive Psychosen gemeinsam mit schizophrenen Psychosen aufgeführt.

Nachfolgend die sog. Anhaltswerte zu affektiven Psychosen aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen:

	GdB
Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden (= akuten) Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	**50–100**
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen bei 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	**30–50**
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen bei mehr als 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer	**60–100**

Nach lang dauernden depressiven Episoden ist eine sog. **Heilungsbewährung von 2 Jahren** abzuwarten. Heilungsbewährung bedeutet, dass vorübergehend ein höherer GdB/GdS angesetzt wird, als von den Funktionsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen her eigentlich gerechtfertigt wäre. Damit wird die Belastung berücksichtigt, die davon ausgeht, dass die Erkrankung zurückkommen könnte.

Ausnahme: Nach einer ersten monopolar depressiven (= nicht auch manischen) Phase oder nach einer depressiven Phase, die erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist, gilt keine Heilungsbewährung.

Für die Phase der Heilungsbewährung geben die Versorgungsmedizinischen Grundsätze folgende Anhaltswerte:

	GdB
Während der Heilungsbewährung, wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	**50**
Während der Heilungsbewährung ohne vorangegangene manische Phasen	**30**

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen

Nachfolgend die Anhaltswerte zu Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen.

Auch darunter können Depressionen eingeordnet werden:

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

In der Rechtsprechung wird die Stärke der Anpassungsschwierigkeiten bei Depressionen wie folgt beurteilt:

Leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten

- Z. B. Berufstätigkeit ist trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße (= Einschränkungen von Lebenskraft und Lebensfreude) auf dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt (= nicht staatlich geförderter Arbeitsmarkt) ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich (wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z. B. Lehrer, Manager) *und*
- es liegt keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften vor, das heißt z. B.: Es bestehen keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten

- Die psychische Veränderung wirkt sich in den meisten Berufen aus, wobei eine weitere Tätigkeit zwar noch möglich ist, aber die Einsatzfähigkeit stark vermindert ist und eine berufliche Gefährdung vorliegt *und*
- es liegen erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung (= Verflachung der Gefühle) vor, aber noch keine Isolierung und noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten

- Die weitere berufliche Tätigkeit ist sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen *und*
- es gibt schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- oder Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder dem Bekanntenkreis.

- In der Praxis beurteilen die Versorgungsämter Ihren GdB bei Depressionen oft sowohl nach der Länge und Häufigkeit der Krankheitsepisoden (nach den Kriterien für affektive Psychosen) als auch nach der Stärke der Anpassungsschwierigkeiten (nach den Kriterien für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen).
- Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der besonders wichtigen Anlage 2 (Versorgungsmedizinische Grundsätze) finden Sie in ständig aktualisierter Form unter *www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html* oder als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung zum PDF-Download beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter: *www.bmas.de > Suchbegriff: „K710"*.
- Wenn Sie einen GdB wegen Depressionen beantragen, denken Sie unbedingt daran, auch alle anderen Krankheiten, psychischen Beschwerden und Behinderungen anzugeben, auch wenn diese Ihnen nicht besonders schwerwiegend erscheinen. Ansonsten kann es dazu kommen, dass ein zu niedriger GdB bewilligt wird.
- Wird ein zu niedriger GdB bewilligt, ist ein kostenfreier Widerspruch (siehe S. 101) ratsam. Wenn Sie hierfür anwaltliche Hilfe brauchen, sich diese aber nicht leisten können, können Sie dafür Beratungshilfe beantragen, Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe"*.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Wer einen Schwerbehindertenausweis bekommen möchte, muss dafür einen Antrag auf Feststellung eines GdB stellen. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer diese Option bei Antragstellung angekreuzt hat.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter *www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen*.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Es ist **wichtig**, dass in den medizinischen Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Krankheit (z. B. körperliche Belastbarkeit) sowie insbesondere die Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft ausführlich beschrieben werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden.

Merkzeichen

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

Es gibt folgende Merkzeichen:

- **Merkzeichen G**: erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkzeichen aG**: außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen Bl:** blind oder hochgradig sehbehindert
- **Merkzeichen RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen Gl:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBl:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.*

Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen. Zahlreiche Nachteilsausgleiche gibt es auch ohne Schwerbehindertenausweis, teilweise bereits ab einem Gdb von 20.

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und von den Merkzeichen finden Sie im Anhang ab S. 109.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales". Dieser kann unter *www.betaCare.de* > *Ratgeber* > *Behinderung & Soziales* kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung"*.

Wer hilft weiter?

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo–Do von 8–17 und Fr von 8–12 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter *www.bmas.de* > *Service* > *Kontakt* > *Bürgertelefon*.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter *www.teilhabeberatung.de*.

©dispicture_fotolia.com

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Depressionen können einen so schweren Verlauf nehmen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Sie sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z. B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist.

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

Definition „Erwerbsminderung"

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

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

Voraussetzungen

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

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

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 18.558,75 € (2024) nicht überschritten wird. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.
Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 37.117,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

Praxistipp!

Seit 01.01.2024 können Bezieher einer Erwerbsminderungsrente durch die sog. **Arbeitserprobung** testen, ob sie wieder (mehr) arbeiten können. Während eines Zeitraums von in der Regel 6 Monaten können sie eine bestehende Arbeit ausweiten oder eine neue Arbeit aufnehmen, ohne dadurch ihren Rentenanspruch zu gefährden. Ausführliche Informationen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Broschüre „Arbeitserprobung: Aus der Erwerbsminderungsrente zurück in den Beruf" unter *www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente"*.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.
Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter *www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten* heruntergeladen werden.

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

Praxistipp!

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter *www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten*.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Erwachsenen, die im Alter oder bei unbefristeter voller Erwerbsminderung zu wenig Einkommen und Vermögen haben, insbesondere, weil sie keine Rente bekommen, oder weil ihre Rente nicht reicht, um davon zu leben.

Voraussetzungen

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

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

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

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

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

RS*	Regelsätze	Höhe
1	z. B. für – volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende, die Bürgergeld oder Sozialhilfe beziehen – im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	563 €
2	z. B. für – volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft beim Bürgergeld – Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	506 €
3	für – Volljährige in Einrichtungen, die Sozialhilfe beziehen – Erwachsene vor dem 25. Geburtstag in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern beim Bürgergeld	451 €
4	für Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	471 €
5	für Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	390 €
6	für Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	357 €

* RS = Regelbedarfsstufe

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

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

Dauer

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

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z. B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.
Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

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

Bürgergeld

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen. Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld. Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und Rente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

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

Praxistipp!

Weitere Informationen zum Bürgergeld finden Sie unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Bürgergeld“*.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 84) abgegolten und umfasst z. B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

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

Praxistipp!

Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter *www.bmas.de* > *Suchbegriff: „A207“*.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Betreutes Wohnen

Schwere depressive Störungen können eine selbstständige Lebensführung zeitweise unmöglich machen. Für Alleinlebende empfehlen sich dann oft betreute Wohnformen.

Der Umfang der Betreuung ist je nach Angebot sehr unterschiedlich und reicht von ambulant betreutem Einzelwohnen bis hin zu betreuten Wohngruppen. Die Betreuung kann z. B. über die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen finanziert werden.

Betreute Wohnformen für Menschen mit Depressionen

Bei betreuten Wohnformen stehen dem Menschen mit Depressionen z. B. Sozialarbeiter, Ärzte, Therapeuten oder Krankenpfleger zur Seite. Die fachliche Ausrichtung ist je nach Konzept unterschiedlich. Im Idealfall kommen die Betreuungspersonen aus verschiedenen Berufsgruppen und arbeiten eng zusammen.

Die Betreuung richtet sich immer nach dem individuellen Bedarf und unterscheidet sich deshalb ebenfalls sehr stark, sowohl was die Themen und Ziele angeht, als auch in ihrem Umfang. **Wichtig ist**, dass es verbindliche Absprachen gibt, gemeinsam festgelegte Betreuungsziele und ein Hilfsnetz im Hintergrund, mit dem jederzeit auf Veränderungen und Krisen reagiert werden kann.

Die Betreuungsangebote umfassen z. B.

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

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

Leistungsträger und Kostenträger

Die Betreuungspersonen sind meist bei einem sog. **Leistungsträger** beschäftigt und werden von diesem bezahlt. Viele Wohnprojekte haben mehrere Träger oder einen Träger, der mit verschiedenen Partnern kooperiert. Infrage kommen z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst, der Allgemeine Sozialdienst oder Wohlfahrtsverbände. Auch an psychiatrische Akutkliniken, Wohnheime, Werkstätten für behinderte Menschen oder Inklusionsbetriebe sind teilweise Wohnmöglichkeiten angebunden.

Die Leistungsträger bekommen in der Regel für ihre Leistungen Geld von einem sog. Kostenträger. Depressive Menschen können beim Kostenträger das betreute Wohnen beantragen.

- Bei Erwachsenen mit Depressionen ist Kostenträger meist der Träger der Eingliederungshilfe. Das betreute Wohnen wird im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen erbracht.
  Abhängig von ihrem Einkommen und Vermögen müssen Menschen mit Behinderungen oberhalb bestimmter Freibeträge ggf. einen eigenen Beitrag zu diesen Leistungen zahlen.
- Für Jugendliche und junge Erwachsene mit Depressionen kann das betreute Wohnen beim Jugendamt beantragt werden. Der Träger der Jugendhilfe kann betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen finanzieren. Bei Volljährigen müssen dafür auch die Voraussetzungen für die Hilfe für junge Volljährige vorliegen.

Wer außerdem nicht genug Geld hat, um seine Wohnkosten und den Lebensunterhalt zu finanzieren, kann dafür je nach Situation verschiedene Leistungen beantragen.

In Betracht kommt z. B.:

- Bürgergeld vom Jobcenter
  oder
- Sozialhilfe vom Sozialamt (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

Teils beteiligen sich die Träger der Eingliederungshilfe an den Wohnungskosten.

Wohnformen

Betreutes Wohnen gibt es in mannigfachen Kombinationen, z. B. mit den folgenden Wohnformen:

Betreutes Einzelwohnen

Beim betreuten Einzelwohnen erfolgt die Unterstützung in der eigenen Wohnung. In der Regel besucht eine Betreuungsperson den Menschen mit Depressionen mehrmals in der Woche zu Hause zu fest ausgemachten Terminen. Nachts erfolgt keine Betreuung. Betreutes Einzelwohnen kommt insbesondere für Menschen in Frage, die schon relativ stabil sind und selbst ihren Tag strukturieren können. Ziel ist, größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen oder ganz ohne Betreuung leben zu können.

Diese Form des betreuten Wohnens wird zum Teil als **ambulant unterstütztes Wohnen** bezeichnet.

Appartementwohnen

Dies ist eine Zwischenform zwischen betreutem Einzelwohnen und Wohngruppe. Die Bewohner sind jeweils eigenständig, haben ein eigenes Bad und eine kleine Küche, wohnen aber in einem Appartementhaus mit anderen Betroffenen. Gemeinschaftseinrichtungen ermöglichen soziale Kontakte, aber es ist auch der völlige Rückzug möglich. Betreuungspersonen und Therapeuten haben separate Räume.

(Therapeutische) Wohngemeinschaft

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

Wohngruppe

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

Langzeitwohnprojekte

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

Wohnheim

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

Betreutes Wohnen in einer Gastfamilie

Menschen mit Depressionen können auch in einer Gastfamilie aufgenommen werden. Gastfamilien können Familien mit Kindern, Paare oder Einzelpersonen sein. Sie nehmen den Menschen mit Depressionen bei sich auf und unterstützen im Alltag. Die Unterbringung ist unterschiedlich und hängt von den Verhältnissen in der jeweiligen Gastfamilie ab: Manche Gastfamilien vermieten eine Einliegerwohnung oder Hausetage, andere stellen nur ein Zimmer zur Verfügung. Die Gastfamilie wird dabei von einem Fachdienst unterstützt und bekommt z. B. sozialpädagogische Beratung. Zudem bekommt sie Miete und eine Pauschale für die Betreuung.

Praxistipps!

- Nähere Informationen zu betreuten Wohnformen für psychisch kranke Menschen gibt es beim Psychiatrienetz unter *www.psychiatrie.de* > *Gemeindepsychiatrie* > *Alltagshilfen*.
- Betreutes Wohnen können Sie auch über ein sog. persönliches Budget finanzieren. Dabei bekommen Sie vom Kostenträger Geld, mit dem Sie einen selbstgewählten Leistungsträger bezahlen können. In diesem Rahmen können Sie oder Ihre Angehörigen die Betreuungspersonen auch selbst suchen und als Ihre Angestellten bei sich beschäftigen.
  Näheres unter *www.betanet.de* > *Suchbegriff: „Persönliches Budget"*.

Wer hilft weiter?

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

Rechtliche Betreuung

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

Rechtliche Betreuung ist keine Entmündigung, macht nicht geschäftsunfähig und setzt die (ggf. mutmaßlichen) Wünsche der betreuten Person um.
Bei bestimmten Angelegenheiten muss das Betreuungsgericht zustimmen, z. B. bei folgenreichen Untersuchungen oder medizinischen Eingriffen.
Rechtliche Betreuung ist keine pflegerische Betreuung und keine Betreuung im Sinne einer Beaufsichtigung, sondern eine Vertretung bei Rechtsgeschäften.

Das Betreuungsrecht wurde zum 01.01.2023 reformiert. Die wichtigsten Änderungen sind:

- Betreuung nach den **individuellen Wünschen**, notfalls nach dem **mutmaßlichen Willen** der betreuten Person – nicht mehr nach deren objektivem Wohl
- Wünsche der betreuten Person, wer die Betreuung übernehmen/ nicht übernehmen soll, sind wichtiger
- Voraussetzung für Berufsbetreuung: Registrierung bei einer Betreuungsbehörde und Nachweis von Fachkenntnissen
- Bei ehrenamtlicher Betreuung ohne familiäre oder persönliche Bindung zur betreuten Person: Anschluss an einen Betreuungsverein zur Beratung und Fortbildung
- Möglichkeit für Betreute, selbst bei Gericht Erklärungen abzugeben, Anträge zu stellen oder gegen Gerichtsentscheidungen vorzugehen, ggf. mit anwaltlicher Hilfe
- Gerichts- und Behördenpost geht nicht nur an Betreuer, sondern auch an Betreute
- **Pflicht des Betreuers zum persönlichen Kontakt** zur betreuten Person und zu Besprechungen mit ihr
- Ausschöpfung aller **anderweitigen Unterstützungsangebote** (z. B. von allgemeinen Sozialdiensten) vor Einrichtung einer Betreuung
- Betreuung als Unterstützung, die eigenen Angelegenheiten selbst zu regeln, Vertretung der betreuten Person nur wenn nötig
- Neues Betreuungsziel: Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit, die Angelegenheiten selbst zu regeln
- Bei beruflicher Betreuung: Pflicht zur Information des Betreuungsgerichts, insbesondere über
  - die **persönliche Situation** der betreuten Person
  - die **Ziele** der Betreuung
  - die bereits durchgeführten oder beabsichtigten **Maßnahmen**
  - die **Wünsche** der betreuten Person

Voraussetzungen rechtlicher Betreuung

Rechtliche Betreuung richtet das Betreuungsgericht unter folgenden Voraussetzungen ein:

- **Krankheit oder Behinderung**, aufgrund der die **eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr wahrgenommen werden können.**
- **Erforderlichkeit** der Betreuung, d. h. es reicht **nicht** aus, wenn die Person z. B.
  - jemanden bevollmächtigt (Näheres unter Vorsorgevollmacht auf S. 98) *und/oder*
  - Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bekommt und durch Assistenzleistungen bei der Regelung ihrer Angelegenheiten unterstützt wird *und/oder*
  - Hilfe durch Familienangehörige, Bekannte, Nachbarn bzw. soziale Dienste erhält.
- **Nicht gegen den freien Willen** eines Menschen, auch dann, wenn die Betreuung objektiv für diesen von Vorteil wäre.
- **Bei Betreuung allein wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung:** Antrag der betreuungsbedürftigen Person.
  Ausnahme: Die Person kann ihren Willen nicht (mehr) äußern.

Ist der Wille nicht (mehr) frei, sondern durch die Krankheit und/oder Behinderung bestimmt, muss unter Umständen eine Betreuung **gegen den sog. natürlichen Willen** eines Menschen eingerichtet werden. Das kommt z. B. bei Psychosen und Demenzen vor.

Der **natürliche Wille** ist das, was die Person im durch die Krankheit und/oder Behinderung beeinflussten Zustand will. Der **freie Wille** ist das, was eine Person will, die einsichtsfähig ist und nach ihren Einsichten handeln kann.

Ablauf des Betreuungsverfahrens

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

Es genügt ein formloses Schreiben an das zuständige Betreuungsgericht (beim Amtsgericht). Darin wird die Situation der betreuungsbedürftigen Person geschildert und vermerkt, dass eine Betreuung eingerichtet werden sollte.

Das Betreuungsgericht kann auch ein Formular zur Anregung einer Betreuung zusenden.

Das Betreuungsgericht prüft, ob und in welchen Bereichen die betroffene Person ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Die betroffene Person wird über das Verfahren zur Bestellung eines Betreuers informiert. Der Ablauf des Verfahrens kann sich je nach Bundesland leicht unterscheiden.

Näheres zu Verfahren und Ablauf der rechtlichen Betreuung unter: *www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtliche Betreuung > Verfahren und Ablauf"*.

Regeln für rechtliche Betreuung

Rechtliche Betreuung darf nur für Aufgabenbereiche eingesetzt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Einige Entscheidungen darf die rechtliche Betreuung nur treffen, wenn sie vom Betreuungsgericht als Aufgabenbereich ausdrücklich angeordnet sind, z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen oder Kommunikationsüberwachung.

Das Betreuungsgericht kann anordnen, dass Erklärungen der betreuten Person der **Einwilligung des Betreuers** bedürfen, um rechtswirksam zu werden. **Voraussetzung** ist die Erforderlichkeit, um eine erhebliche Gefahr für die Person oder ihr Vermögen abzuwenden.

Ausnahmen, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können (§ 1825 BGB):

- Eheschließung
- Erstellen eines Testaments
- Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags
- Bestimmte Geschäfte des Familienrechts und Erbrechts, die auch Minderjährige vom 7.–18. Geburtstag ohne Einwilligung eingehen dürfen, z. B. Vaterschaftsanfechtung und Adoptionseinwilligung

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

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

Ob ein Mensch geschäftsfähig ist, hat nichts damit zu tun, ob dieser Mensch unter rechtlicher Betreuung steht oder nicht. Wer eine die freie Willensbildung einschränkende Krankheit hat, ist **automatisch** geschäftsunfähig, auch ohne rechtliche Betreuung. Viele Menschen, die unter rechtlicher Betreuung stehen sind geschäftsfähig.

Individuelle Wünsche und mutmaßlicher Wille der betreuten Person

Bei der Betreuung **müssen** die **Wünsche** der betreuten Person festgestellt werden, soweit das möglich ist. Ihnen muss in der Regel so weit als möglich entsprochen werden.

In manchen Fällen muss stattdessen der sog. mutmaßliche Wille ermittelt werden:

- Die Betreuung darf den Wünschen nicht entsprechen, sofern die betreute Person wegen Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Gefahr für ihre Person oder ihr Vermögen entweder nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann.
- Manchmal können die Wünsche der betreuten Person nicht ermittelt werden, z. B. wenn diese sich nicht (mehr) äußern kann.

Der mutmaßliche Wille muss aufgrund konkreter Anhaltspunkte ermittelt werden. Berücksichtigt werden müssen insbesondere

- frühere Äußerungen,
- ethische oder religiöse Überzeugungen *und*
- sonstige persönliche Wertvorstellungen.

Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der betreuten Person müssen – außer in besonderen untypischen Ausnahmefällen – die Gelegenheit bekommen, sich dazu zu äußern.
Wer eine rechtliche Betreuung für einen anderen Menschen übernommen hat, muss dessen Wünsche auch dann nicht umsetzen, wenn das **nicht zumutbar** ist.

Genehmigung des Betreuungsgerichts

Für einige Entscheidungen braucht der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts, z. B.:

- Einwilligung bzw. Nichteinwilligung zu Gesundheitsuntersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen bei begründeter Gefahr eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens oder des Tods.
  Ausnahmen:
  - Einigkeit zwischen Betreuer und Arzt, dass die betreute Person es so will
  - Abwarten der Zustimmung des Gerichts zu einer medizinischen Maßnahme wäre gefährlich
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Sterilisation
- Freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. durch Bettgitter, Medikamente. **Ausnahme:** Gefahr im Verzug, wenn die gerichtliche Entscheidung schnellstmöglich nachgeholt wird
- Kündigung der Wohnung
- Bestimmte erbrechtliche Angelegenheiten, z. B. Ausschlagung einer Erbschaft oder Pflichtteilsverzicht
- Kreditaufnahme (**Ausnahme**: Dispositionskredit eines Girokontos)
- Unübliche Schenkung

In eine **Zwangsbehandlung** darf ohne Zustimmung des Betreuungsgerichts weder eine bevollmächtigte Person, noch ein rechtlicher Betreuer einwilligen. Eine ärztliche Zwangsbehandlung kann in Eilfällen, wenn die Gerichtsentscheidung nicht abgewartet werden kann, **ohne Einwilligung** stattfinden, z. B. nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) des jeweiligen Bundeslandes oder nach dem Notstandsrecht (§ 34 StGB).

Pflichten des Betreuers

- Pflicht zum persönlichen Kontakt zur betreuten Person und zu Besprechungen mit ihr
- Bei beruflicher Betreuung: Pflicht zur Information des Betreuungsgerichts, insbesondere über
  - die **persönliche Situation** der betreuten Person
  - die **Ziele** der Betreuung
  - die bereits durchgeführten oder beabsichtigten **Maßnahmen**
  - die **Wünsche** der betreuten Person
- Vertretung der betreuten Person nur, wenn es nötig ist, denn Betreuung soll dabei unterstützen, die eigenen Angelegenheiten selbst zu regeln
- Pflicht, die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit anzustreben, die Angelegenheiten selbst zu regeln
- Pflicht, im zumutbaren Rahmen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Auskunft über die persönlichen Lebensumstände der betreuten Person zu erteilen, wenn diese (ggf. mutmaßlich) damit einverstanden ist.

Kosten der rechtlichen Betreuung

Gerichtsgebühren muss die betreute Person nur bei Überschreiten bestimmter Freibeträge tragen.

Für die Berufsbetreuung fallen bestimmte Pauschalen an, die von der betreuten Person zu tragen sind, außer sie ist mittellos. Ehrenamtliche Betreuung wird in der Regel unentgeltlich geführt und es gibt eine Pauschale als Aufwandsentschädigung. Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtliche Betreuung > Kosten"*.

Praxistipp!

Die Broschüre „Betreuungsrecht" können Sie beim Bundesministerium für Justiz unter *www.bmj.de > Suchbegriff: „Betreuungsrecht"* kostenlos herunterladen oder beim Publikationsversand der Bundesregierung, Telefon 030 182722721, bestellen.

Wer hilft weiter?

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

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

Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch Erkrankung oder Unfall die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer „Fremdbestimmung" durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Eine Patientenvorsorge ist erst ab **Volljährigkeit** möglich. Vor dem 18. Geburtstag haben die Eltern das Sorgerecht und können in Notfällen und schweren Krankheitssituationen für ihr Kind Entscheidungen treffen.

In einer Ehe gilt das sog. **Ehegattennotvertretungsrecht**. Wenn Verheiratete bewusstlos oder krank sind und deshalb nicht selbst über ihre Gesundheitssorge entscheiden können, kann deren Ehepartner sie für bis zu 6 Monate bei diesen Entscheidungen vertreten. Der Ehepartner kann in dieser Notsituation z. B. in Untersuchungen und Heilbehandlungen einwilligen, Behandlungs- und Krankenhausverträge abschließen oder Reha-Maßnahmen organisieren und ihm gegenüber entfällt so lange die ärztliche Schweigepflicht. Eine wirksame Patientenverfügung muss berücksichtigt werden.

Das Notvertretungsrecht gilt nicht, wenn sich das (noch) verheiratete Paar getrennt hat oder wenn bekannt ist, dass die bewusstlose oder kranke Person die Vertretung nicht will. Es ist auch bei einer Vorsorgevollmacht oder rechtlichen Betreuung für die Gesundheitssorge ausgeschlossen.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen, für den Fall, dass sie sich nicht (mehr) selbst um ihre Angelegenheiten kümmern können, z. B. wegen einer Krankheit, wegen eines Unfalls oder wegen einer Behinderung.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z. B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung können Volljährige für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Rechtliche Betreuung bedeutet, dass das Betreuungsgericht jemanden für Entscheidungen einsetzt, die die betroffene Person wegen eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Behinderung nicht (mehr) selbst treffen kann. Wer in einer Betreuungsverfügung eine oder mehrere geeignete Person(en) für die rechtliche Betreuung vorgeschlagen hat, vermeidet, dass das Betreuungsgericht die Auswahl trifft.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, **aber** eine Person kennt, die unter Aufsicht des Betreuungsgerichts die **Verwaltung seiner Angelegenheiten** übernehmen soll und dies auch will und kann. In der Betreuungsverfügung können auch mehrere Personen genannt werden, denen im Bedarfsfall die rechtliche Betreuung übertragen werden soll.

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die **auf keinen Fall** zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das Betreuungsgericht darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn

- die betreuungsbedürftige Person erkennbar nicht mehr an der Betreuungsverfügung festhalten will, z. B. wenn sie während des Betreuungsverfahrens andere Wünsche äußert, *und/oder*
- wenn eine vorgeschlagene Person ungeeignet ist, die Betreuung nach dem (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person zu führen.

Vorteil einer Betreuungsverfügung gegenüber einer Vorsorgevollmacht ist, dass das **Missbrauchsrisiko geringer** ist. Eine Vorsorgevollmacht kann schon missbraucht werden, bevor sie gebraucht wird, eine Betreuungsverfügung nicht. Außerdem werden rechtliche Betreuer, anders als Bevollmächtigte, vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein volljähriger Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Eine Patientenverfügung kann die sog. Garantenpflicht des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind. Es ist empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften, insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern …". Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden? Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form aufschreiben) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?
- Wünsche bezüglich der Behandlung als Wachkomapatient.
- Eventuell Festlegungen zur Organspende.

Praxistipp!

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge" sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter *www.betaCare.de* > *Ratgeber* > *Patientenvorsorge* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente, Leistungen der Eingliederungshilfe oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen. Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn sie mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt.

Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) oder **zur Niederschrift** persönlich bei der Behörde vor Ort einlegen.

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein"),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss **unterschrieben** sein.

Der Widerspruch muss **spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids** bei der Behörde **eingegangen** sein. Das heißt, es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage. Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch **per Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.

Praxistipps!

- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen, reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein". Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten".

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 103. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtsgebühren fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wiedereinsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen ein und fordert dafür eine Schweigepflichtentbindung und eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen. Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

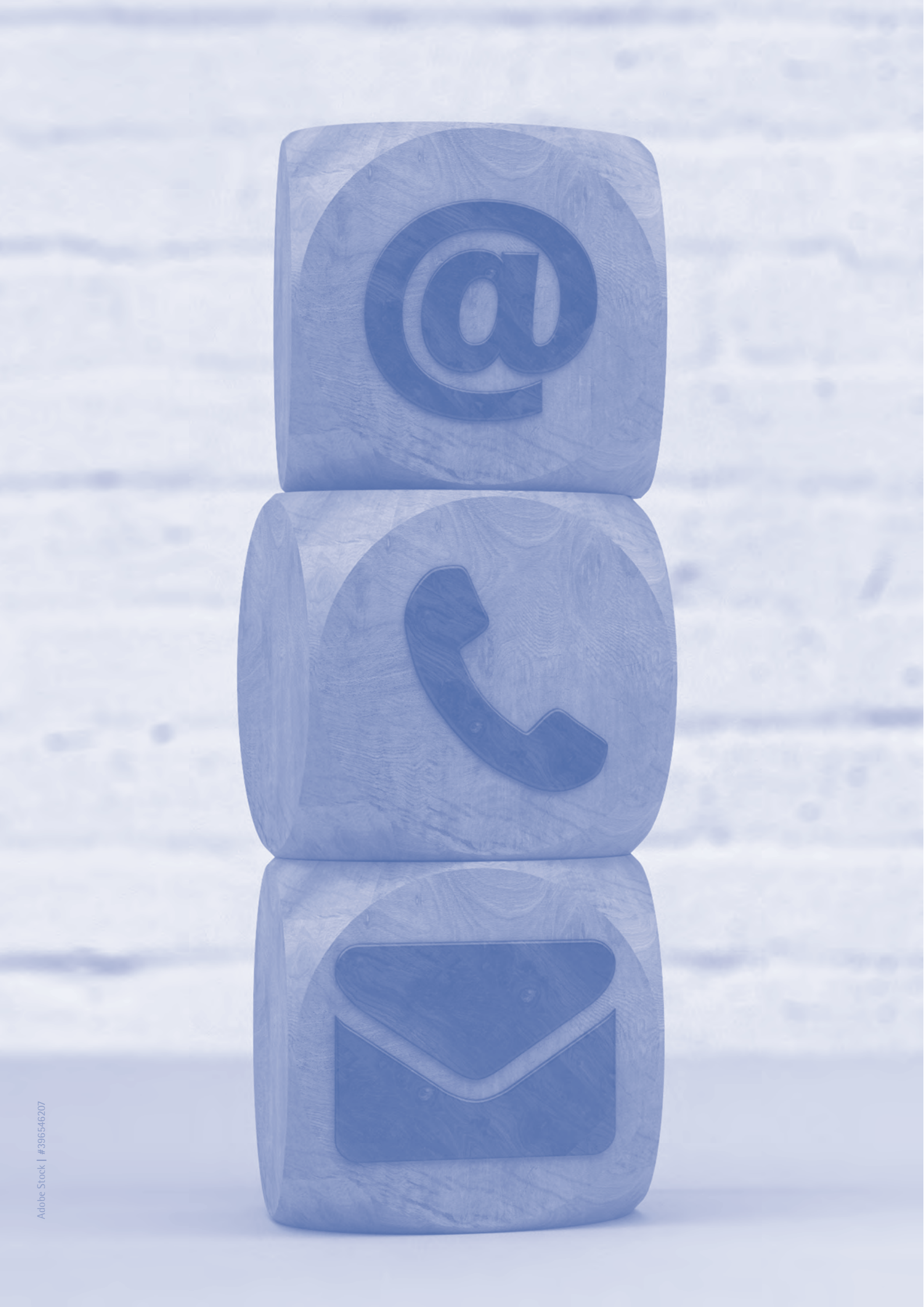
Praxistipps!

- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde.
  Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen. Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin.
  Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe“*.
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen.
  Näheres unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“*.

Wer hilft weiter?

- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), kontakt@sovd.de, *www.sovd.de*
- Sozialverband VdK Deutschland e. V., kontakt@vkd.de, *www.vdk.de*



Adobe Stock | #396546207

Adressen

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

Deutsche DepressionsLiga e. V.
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Telefon 0228 24065772
Telefax 0228 92934782
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de
www.depressionsliga.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention
Goerdelerring 9, 04109 Leipzig
Telefon 0341 223874-0
Info-Telefon Depression: 0800 3344533
(Mo, Di, Do von 13–17 Uhr; Mi, Fr von 8.30–12.30 Uhr)
Telefax 0341 223874-99
E-Mail: bravetogether@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon 030 310189-60 (Di, Mi, Fr von 10–14 Uhr; Do von 14–17 Uhr)
Telefax 030 310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Beratung für Angehörige (SeeleFon): 0228 710024-24
Telefax 0228 710024-29
E-Mail: kontakt@bapk.de
www.bapk.de

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main
Beratungstelefon: 0800 55333355
E-Mail: mailberatung@dgbs.de
www.dgbs.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (bpe)
Herner Straße 406, 44807 Bochum
Telefon 0234 68705552
(Mo von 10–13 Uhr; Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Vorausverfügungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung)
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Richartzstraße 12, 50667 Köln
Telefon 0221 2779387-0
Telefax 0221 2779387-7
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
www.dvgp.org

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Telefon 0221 511002
Telefax 0221 529903
E-Mail: info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Telefon 0228 6767-40/41
Telefax 0228 6767-42
E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
www.apk-ev.de

Anhang

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20

Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.

Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 €
(§ 33b Einkommensteuergesetz)

30/40

Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich
(§ 2 Abs. 3 SGB IX)

Kündigungsschutz bei Gleichstellung
(§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)

Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung

Behinderten-Pauschbetrag:
GdB 30: 620 €
GdB 40: 860 €
(§ 33b EstG)

50

Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)

Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)

Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)

Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)

Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)

Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)

Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)

Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich

Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland

Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD
(Satzungen der Clubs)

Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern

Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)

Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI **und** häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 €
(§ 17 Wohngeldgesetz)

Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)

Bei **Merkzeichen G** und **aG** wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km
(§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) **oder** die **tatsächlichen** Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)

Pflegepersonen können **unabhängig vom GdB** einen **Pflegepauschbetrag** bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG):
Bei Pflegegrad 2: 600 €
Bei Pflegegrad 3: 1.100 €
Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 €
Bei Merkzeichen H: 1.800 €

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

60

Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)

Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)

Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen

70

Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)

Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) **oder** die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)

Bei **Merkzeichen G** behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

Ermäßigte BahnCard

80

Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)

Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)

Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)

90

Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)

Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen Bl oder Gl: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.

100

Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)

Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)

Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)

Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)

In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	**Notwendigkeit ständiger Begleitung**	**blind**
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson • im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) • blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Rundfunkbeitrag • Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe • Ermäßigung bei **GdB 60** allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Telekom Sozialtarif bei **GdB von mind. 90**: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)		Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)		Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

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

Impressum

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

Redaktion
beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
www.betanet.de
Zusammenstellung der Inhalte: Janina Del Giudice
Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Claudia Gottstein, Maria Kästle, Lea Maier, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz
Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten
© 2024
Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH
Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

18. Auflage, März 2024

Gesundheit ist unser Ziel!

Besuchen Sie uns auf www.betaCare.de

betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

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

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Leistungen für Eltern
- Migräne & Soziales
- Multiple Sklerose & Soziales
- Onkologie & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Pflege-Check
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

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

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

beta pharm