

Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V. (Hg.)

# Psychisch krank. Und jetzt?

Erstinformation  
für Familien mit  
psychisch kranken  
Menschen

familien **selbsthilfe**  
psychiatrie



Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V. (Hg.)

# **Psychisch krank. Und jetzt?**

Erstinformation  
für Familien mit  
psychisch kranken  
Menschen

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen.

Überarbeitung 2009: gefördert von der Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen; dies sind: Techniker Krankenkasse (TK), Gmünder ErsatzKasse (GEK), Hanseatische Krankenkasse (HEK) und Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK).

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Unter uns gesagt</b>	<b>4</b>
Irrtümer und falsche Vorstellungen	5
„Es ist ja nur psychisch...“	5
Zwiespalt der Gefühle	6
<b>Zehn Regeln für Angehörige</b>	<b>7</b>
<b>Psychische Erkrankungen</b>	<b>8</b>
Die Frage nach den Ursachen	8
Die Sache mit den Diagnosen	8
Schizophrene Psychosen	9
Depressionen	12
Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen)	14
Zwangserkrankungen	15
Borderline-Störung	16
Suchterkrankungen	17
<b>Therapien bei psychischen Störungen</b>	<b>18</b>
Was leisten Medikamente?	18
Was versteht man unter einer Psychotherapie?	20
Psychoedukation	22
Soziotherapie	22
<b>Standards in der psychiatrischen Behandlung</b>	<b>24</b>
<b>Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen</b>	<b>25</b>
<b>Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie</b>	<b>31</b>
<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>33</b>
Information und Einbeziehung von Angehörigen	33
Rechtliche Vertretung und Vollmachten	34
Unterbringung	36
Haftung	37
Kindergeld	38
Unterhaltspflicht: Heranziehung von Angehörigen	38
<b>Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen</b>	<b>40</b>
Bei Krankheit: Leistungen zur Krankenbehandlung	40
Bei (drohender) Behinderung: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	41
Schwerbehinderte Menschen: Hilfen und Nachteilsausgleich	49
Hilfen bei Pflegebedürftigkeit	49
Sicherung des Lebensunterhalts	51
<b>Weiterführende Informationen</b>	<b>53</b>
<b>Bestellschein</b>	<b>55</b>
<b>Impressum</b>	<b>57</b>

## Vorwort

Wer Angehörige von psychisch kranken Menschen fragt, was ihnen in ihrer Lage am meisten fehlt, hört als Antwort meist: Information und Verständnis. Daher ist es kein Zufall, dass Information und Verständnis zwei Schlüsselworte für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., die Landesverbände und lokale Angehörigengruppen sind, wie sie sich als Familien-Selbsthilfe Psychiatrie seit Jahrzehnten entwickelt haben.

Die vorliegende Broschüre ist die aktualisierte Neufassung einer Schrift, die im Jahr 1998 zum ersten Mal aufgelegt und 2003 grundlegend überarbeitet wurde. Sie konzentriert sich auf die Krankheitsbilder Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Angst- und Zwangsstörungen und basiert auf dem Wunsch, Angehörige durch Angehörige zu informieren, ihnen aus Sicht der Familie in gedrängter Form einen Überblick zu geben.

Familie steht in unserem Verständnis für den sozialen Rahmen, den jeder Mensch braucht – sei er nun gesund oder krank. Jeder hat in diesem Rahmen Rechte und Pflichten, ist Geber und Nehmer zugleich. Wenn ein Familienmitglied psychisch krank wird, gerät dieser Rahmen nicht selten aus den Fugen. Zwar hat der Erkrankte besonderen Anspruch auf Hilfe und Rücksichtnahme, aber auch die anderen Familienmitglieder haben Rechte, die auf Dauer nicht unbeachtet bleiben können, wenn man nicht den Zerfall des familiären Zusammenhalts riskieren will.

In dieser besonderen Situation ist in der Regel Hilfe von außen nötig – ob es nun um die Bewältigung von Krisen, um Therapie, Rehabilitation und soziale Sicherung für den Erkrankten oder um finanzielle und seelische Belastungen der Angehörigen geht. Diese Broschüre will dazu Basisinformationen vermitteln und Angehörige ermutigen, ihr Schicksal aktiv zu gestalten, ihre Rechte und die des Kranken zu wahren und die Hilfen einzufordern, die sie brauchen. Dies ist – wie wir wissen – keine leichte Aufgabe. Gemeinsam geht es leichter: In der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, einer Bewegung, die seit den 80er Jahren Angehörige von psychisch Kranken zusammenführt, finden Sie Betroffene, die Ihnen den Rücken stärken und Mut machen können.

### *Gudrun Schliebener*

Vorsitzende Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

April 2009

Aus Gründen der Vereinfachung und besseren Lesbarkeit ist im folgenden Text nur die männliche Form bei Personen- und Funktionsbezeichnungen angegeben. Gemeint ist immer auch die weibliche Form.

## Unter uns gesagt

Ob Sie nun Eltern, Kind, Geschwister, Partner oder Partnerin eines psychisch kranken Menschen sind – diese Broschüre wendet sich an Sie mit Informationen zu folgenden Themenkomplexen:

- Medizinische und therapeutische Fragen
- das Hilfesystem
- Rechtsgrundlagen
- die Familien-Selbsthilfe

Jeder dieser Punkte könnte für sich genommen dicke Bücher füllen; in der Tat ist die Literatur dazu schier unübersehbar. Auch werden Sie selbst bereits festgestellt haben, wie kompliziert und nicht selten widersprüchlich medizinische Begriffe und Lehrmeinungen, Rechtsgrundlagen und erst recht das Hilfesystem sind. Erschwerend kommt hinzu, dass die Verhältnisse von Bundesland zu Bundesland, ja nicht selten von Kreis zu Kreis unterschiedlich sind.

Die vorliegende Schrift kann Ihnen daher nur eine allgemeine Orientierung bieten, damit Sie beispielsweise an Ihrem Wohnort gezielter und besser informiert nach den Hilfen suchen können, die Sie und Ihr psychisch krankes Familienmitglied brauchen.

Um es gleich vorweg zu sagen: Bei dieser Suche sollten Sie sich auf unangenehme Überraschungen gefasst machen, denn um Hilfen ist es nicht überall zum Besten bestellt. Das fängt mit der fehlenden Krisenhilfe an und hört bei der mangelnden Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt noch lange nicht auf.

Diese Broschüre enthält eine Übersicht über die wichtigsten Hilfemöglichkeiten – ob diese aber in Ihrer Nähe vorhanden sind, in welcher Zahl und Qualität, diese Frage lässt sich nur vor Ort beantworten. Wir möchten Sie ausdrücklich ermuntern, nicht klein beizugeben oder sich einschüchtern zu lassen, wenn Sie Hilfen vermissen oder Missstände sehen. Wenden Sie sich an die Verantwortlichen, suchen Sie Unterstützung in der Öffentlichkeit, durch Angehörigengruppen und die Landesverbände!

Ebenso wie beim ambulanten Hilfesystem sind auch auf der medizinischen und therapeutischen Seite Wunsch und Wirklichkeit nicht immer deckungsgleich: Weder gibt es letzte Gewissheit über Ursache und Entstehung psychischer Erkrankungen, noch gibt es „das“ Patentrezept, mit dem sie geheilt werden könnten. Diese Feststellung mag Sie vielleicht erschrecken, aber sie gilt – was viele nicht wissen – für eine sehr große, wenn nicht die Mehrzahl aller Erkrankungen, denken Sie nur an Rheuma oder Diabetes. So gesehen, unterscheiden sich psychische Krankheiten nicht von anderen. Die verbreitete Vorstellung „einmal psychisch krank, immer krank“ ist aber falsch. Es kommt gar nicht selten vor, dass die Krankheit wieder verschwindet oder dass sie zumindest gut beherrscht werden kann. Hoffnung macht auch, dass es in den letzten Jahrzehnten beachtliche Fortschritte in der Erforschung und bei der Behandlung psychischer Erkrankungen gegeben hat, nicht zuletzt durch neue Medikamente. Dennoch – das müssen wir immer wieder kritisieren – werden psychisch Kranke häufig zu spät, unzureichend oder gar nicht behandelt und betreut, und noch immer lässt die Verzahnung der verschiedenen therapeutischen Bausteine zu wünschen übrig.

## **Irrtümer und falsche Vorstellungen**

Eine kurze Bemerkung noch zur Wortwahl und zu einigen hartnäckigen Irrtümern. Es wurde schon erwähnt, dass die Vorstellung „einmal psychisch krank – immer psychisch krank“ nicht korrekt ist. Auch bei chronisch Kranken gibt es den Wechsel von guten und weniger guten Zeiten; selbst schwer Kranke haben „gesunde Inseln“, die es im Zusammenleben und für ein Gespräch zu nutzen gilt.

Zu den verbreiteten Fehlurteilen gehört die Vorstellung, psychisch krank oder seelisch behindert sei gleichzusetzen mit geistig behindert. Dies ist keineswegs der Fall, wie allein der Blick auf viele psychisch kranke und dennoch hoch begabte Menschen zeigt, die auf künstlerischen und anderen Gebieten Herausragendes geleistet haben. Wenn man den Unterschied betont, bedeutet das kein Herabsehen auf geistig Behinderte – es bedeutet lediglich, dass psychisch Kranke andere Hilfen brauchen. Als „Geistesranke“ wurden früher alle solche Menschen abgestempelt und im Faschismus zu Tausenden umgebracht. Wir gebrauchen den Begriff „geisteskrank“ heute nicht mehr, sondern sprechen von „psychischer Krankheit“ und „psychisch Kranken“, um den Wandel der Einstellungen und Erkenntnisse zu verdeutlichen.

### **„Es ist ja nur psychisch...“**

Um ein weiteres Missverständnis auszuräumen: In dieser Broschüre geht es nicht um kleinere seelische „Durchhänger“, wie jeder sie im Laufe des Lebens immer wieder mal hat, sondern es geht um oft schwere Erkrankungen, die tief in das Leben der Betroffenen und ihrer Familien eingreifen. Zwar gibt es glücklicherweise auch viele positive Verläufe, doch ein vergleichsweise hoher Prozentsatz der Patienten erleidet Rückfälle oder bleibt dauerhaft beeinträchtigt. Das bedeutet: Das Leben der betroffenen Familien verläuft oft anders als erhofft, Pläne und Wünsche bleiben auf der Strecke, alle Beteiligten müssen schmerzliche Anpassungs- und Lernprozesse durchmachen, bis am Ende – vielleicht – ein neues Gleichgewicht hergestellt werden kann.

Dies ist die Erfahrung, die sehr viele Familien und ihre psychisch kranken Mitglieder gemacht haben. Wenn Sie als Angehöriger erst seit kurzem mit psychischer Krankheit konfrontiert sind, werden Sie diese Schilderungen vielleicht deprimierend finden. Möglicherweise sind Sie aber auch erleichtert, weil Sie darin Ihr eigenes Erleben wiederfinden und Ihr Leid nicht beschönigt wird.

In dieser Broschüre versuchen wir, von Angehörigem zu Angehörigem den richtigen Ton zu finden: Wir möchten Information und Verständnis vermitteln, ohne Illusionen zu fördern, und Hilfemöglichkeiten aufzeigen, ohne Probleme zu verschweigen. Gerade das Verschweigen geschieht in den Familien recht häufig – manchmal aus Scham, oft aus gutem Willen, etwa um den Kranken zu schonen oder mehr Verständnis der Umwelt zu erlangen. Die Kehrseite dieses Verhaltens ist jedoch leider, dass Probleme und Leiden verharmlost und nicht ernst genommen werden – „es ist ja nur psychisch“, sagen viele und meinen damit: Es ist ja nicht so schlimm, und wenn man sich zusammennimmt, geht es schon wieder weg. Die Auswirkungen dieser Einstellung reichen weit und sind sicher auch ein Grund für die unzureichenden Hilfen, über die Familien immer wieder klagen.

## Zwiespalt der Gefühle

An dieser Stelle erscheint es angebracht, auch offen über die häufig zwiespältigen Gefühle der Angehörigen dem Kranken gegenüber zu sprechen. Einerseits hat man Verständnis und will ihn schützen, andererseits ist man auch wütend und frustriert, wenn durch das Verhalten des Kranken das ganze Familienleben durcheinander kommt. Zwar weiß man, dass die Krankheit schuld daran ist – trotzdem ist es schwer oder gar nicht auszuhalten.

In diesen Konflikten bilden sich viele Fronten. Manche Angehörige stellen sich ganz auf die Seite des Kranken und gegen „den Rest der Welt“. Andere Angehörige machen es genau umgekehrt: Sie sind so frustriert und entnervt, dass sie den Kranken ausgrenzen. Wieder andere schwanken zwischen Verständnis und Mitleid einerseits, Ablehnung und Zorn andererseits – ein nervenzermürendes Wechselbad der Gefühle.

Auch die Erkrankten selbst sowie Ärzte und anderes Hilfspersonal nehmen an diesem Spiel teil, und der „schwarze Peter“ wird mal an diesen, mal an jenen weitergereicht. Das alles ist verständlich aus der schwierigen und ständig wechselnden Situation, aber es erleichtert nicht unbedingt das Finden von Lösungen, die für alle Beteiligten akzeptabel sind. Genau das aber muss das Ziel sein. Das Motto des Bundesverbands der Angehörigen fasst dieses Ziel zusammen in dem Satz: Mit psychisch Kranken leben, selbstbewusst und solidarisch.

Lassen Sie uns einen Blick auf das Verhältnis zu den professionellen Helfern, besonders den Ärzten, werfen. Gewiss wäre es falsch, den Behandlern mit grundsätzlichem Misstrauen zu begegnen – ebenso falsch ist es aber auch, von ihnen Wunder zu erwarten. Der Arzt als „Herrgott in Weiß“ wird Ihnen ganz sicher nicht aus der Misere helfen, er ist aber ein wichtiger Partner im Bündnis gegen die Krankheit.

Vielleicht kommt Ihnen die folgende Behauptung als Zumutung vor, aber es ist die Erfahrung, die viele Angehörige vor Ihnen gemacht haben: Ihr wichtigster Helfer sind Sie selbst! Deshalb ist es so wichtig, dass Sie sich nicht nur um den Kranken, sondern auch um sich selbst kümmern.

Der erste Schritt zur Selbsthilfe sind Informationen. Wer besser über eine Krankheit Bescheid weiß, kann besser mit ihr umgehen und ihre Auswirkungen bewältigen. Angehörige können Ärzte und andere professionelle Helfer ansprechen, Bücher lesen und Beratungsstellen aufsuchen. Wenn es aber um die vielen Fragen und Unsicherheiten im täglichen Umgang mit psychisch Kranken geht, ist das „Expertentum“ anderer Angehöriger eine unersetzliche Hilfs- und Informationsquelle. Erkundigen Sie sich, wo in Ihrer Nähe eine Gruppe besteht. Wenn es eine gut funktionierende und lebendige Gruppe ist, kann das eine große Stütze in Ihrer schwierigen Situation sein und Ihnen helfen, für sich den richtigen Weg zu finden.

Aus einer solchen Angehörigengruppe, nämlich am Zentrum für Psychiatrie der Universität Giessen, stammen die in diese Broschüre eingestreuten Praxisbeispiele. Sie werfen ein Schlaglicht auf Fragen und Probleme, die sicher nicht nur dort die Angehörigen immer wieder bewegen.

## Zehn Regeln für Angehörige

Fragen zum „richtigen“ Umgang mit psychisch kranken Familienmitgliedern sind oft der erste Anlass, wenn sich Ratsuchende an unser Beratungstelefon, an die Landesverbände der Angehörigen oder örtliche Selbsthilfegruppen wenden. Von einem solchen Gespräch sollte niemand eine einfache Formel zur Lösung seines Problems erwarten; aber er kann von den Erfahrungen profitieren, die andere in ähnlichen Situationen gemacht haben. Im Folgenden haben wir die wichtigsten dieser Angehörigen-Erfahrungen zu zehn Grundregeln zusammengefasst und sie bewusst noch vor den Informationsteil dieser Broschüre gestellt. Sie sehen einfach aus, aber es ist in der Realität meist ganz schön schwierig, ihnen zu folgen. Dennoch lohnt sich die Mühe, denn für Sie, Ihren erkrankten Angehörigen und Ihre Familie steht viel auf dem Spiel. Durch Ihr Verhalten können Sie dazu beitragen, Stress und Streit in der Familie zu vermeiden und für ein entspannteres Miteinander zu sorgen.

1. Beschränken Sie sich auf die wichtigsten Dinge und sehen Sie über manches Verhaltensproblem erst einmal hinweg. Setzen Sie Prioritäten!
2. Lassen Sie den Patienten in Ruhe – zu viel Fürsorge tut weder ihm noch Ihnen gut. Behüten und umsorgen Sie ihn nicht über Gebühr und lassen Sie ihm so viel Selbstständigkeit wie möglich. Geben Sie ihm aber zu verstehen, dass Sie für ihn da sind, wenn er Sie braucht.
3. Geben Sie sich und dem Patienten Zeit, vor allem nach einer akuten Phase der Erkrankung. Warten Sie nicht ungeduldig auf „den großen Sprung nach vorn“, sondern fördern Sie die kleinen Schritte und freuen sich an ihnen.
4. Passen Sie Ihre Erwartungen und Anforderungen der Situation an, vermeiden Sie Überstimulierung und Überforderung.
5. Wenn Sie etwas erreichen wollen (zum Beispiel Aufräumen des Zimmers), überlegen Sie vorher, wie Sie am geschicktesten vorgehen und warten Sie den geeigneten Zeitpunkt ab. Drücken Sie sich klar und sachlich aus. Wenn Sie ärgerlich oder mit direktem Druck vorgehen, verringern Sie die Chance, dass Sie Ihr Ziel erreichen und schaffen sich zusätzlichen Stress.
6. Bedenken Sie, dass die Symptome der Erkrankung nicht Ausdruck von bösem Willen sind, sondern ein Versuch, mit gestörten Erlebnisweisen fertig zu werden.
7. Bedenken Sie auch, dass der Patient sich selbst in der Krankheit gesunde Anteile bewahrt und helfen Sie ihm, diese gesunden Anteile zu stärken und zu entwickeln.
8. Bemühen Sie sich um eine gelassene Lebenshaltung – auch wenn es manchmal schwer fällt. Arbeiten Sie daran, Konflikte und Spannungen in der Familie abzubauen. Fragen Sie sich, ob es Ihnen weiter hilft, wenn Sie in die Luft gehen oder ihrem Frust freien Lauf lassen.
9. Nehmen Sie eine wohlüberlegte Haltung zu Medikamenten ein. In vielen Fällen sind sie nötig und hilfreich, zum Teil auch über längere Zeiträume. Die Einnahme ist im Prinzip Sache des Patienten und seines Arztes. Sie selbst können den Patienten gegebenenfalls auf Medikamente hinweisen, sollten aber vermeiden, sich total verantwortlich zu fühlen für ihre Einnahme oder Druck auszuüben.
10. Und schließlich: Sorgen Sie gut für sich selbst! Gehen Sie sorgsam mit Ihren Kräften um, pflegen Sie Kontakte und Hobbys und gönnen Sie sich auch mal etwas Gutes.

# Psychische Erkrankungen

## Die Frage nach den Ursachen

Bis heute weiß niemand genau, wie psychische Krankheiten entstehen, und alles spricht dafür, dass es nicht nur **eine** Ursache gibt.

Weder biologische noch psychosoziale Faktoren können für sich allein die Ursache sein; nur ihr Zusammenwirken kann bei manchen Menschen zu einer psychischen Erkrankung führen. Die Betonung liegt dabei auf dem Wort *kann*. Als Auslöser kommen unter anderem in Frage: körperliche Erkrankungen, Erkrankungen des Gehirns, Drogenkonsum, schwere seelische oder soziale Belastungen oder eine genetische Veranlagung. Manchmal ist es wie der berühmte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt: zu einer angeborenen Verletzlichkeit und einer schwierigen Lebenssituation kommt noch ein weiteres belastendes Ereignis hinzu, und das Gleichgewicht eines Menschen geht verloren – er wird psychisch krank. Dies ist in einfachen Worten, was die moderne Psychiatrie mit der Arbeitshypothese des „Vulnerabilitäts-Stress-Konzeptes“ meint. Es bedeutet, dass Menschen mit einer erhöhten Empfindsamkeit auf Dauerstress und Überforderung, aber auch auf Schicksalsschläge mit einer psychischen Störung reagieren können.

Sie haben, wie man volkstümlich sagt, eine „dünnere Haut“ als andere und können sich gegen Belastungen durch die Außenwelt schwerer abgrenzen und schützen.

Da Menschen dazu neigen, für Unbegreifliches Erklärungen zu suchen, hat man in der Vergangenheit auch in der Wissenschaft die Schuld an psychischen Erkrankungen häufig in der Herkunftsfamilie und bei den Angehörigen gesucht. Heute weiß man, dass diese Denkrichtung einer der vielen Irrwege der psychiatrischen Forschung war.

### **Merkposten**

*Für Schuldgefühle und schlechtes Gewissen besteht kein Grund. Sie lähmen und binden Ihre Kraft. Auf die Entstehung der Krankheit hat Ihr Verhalten keinen Einfluss! Sie sollten jedoch wissen, dass Ihr Verhalten und Ihre Einstellungen durchaus einen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Erkrankung haben können.*

## Die Sache mit den Diagnosen

Vielleicht haben Sie sich schon gewundert, wie schwer sich selbst Fachleute mit der Diagnose von psychischen Erkrankungen tun oder dass es im Einzelfall auch einmal zu unterschiedlichen Diagnosen kommt. Dafür kann es viele Gründe geben. Wie bereits erwähnt, handelt es sich um sehr komplizierte und noch vielfach unerforschte Zusammenhänge. Abgrenzungen von einem Krankheitsbild zum anderen sind in der Theorie einfacher zu ziehen als im praktischen Leben. Psychiatrische Diagnosen sind daher als Arbeitshilfen zu verstehen. Sie werden heute auf der Grundlage internationaler Übereinkünfte gestellt. Diese Diagnosesysteme sagen nichts über die Ursachen der Krankheiten aus, sondern richten sich nach den Symptomen.

Das bekannteste Klassifikationssystem für psychiatrische Diagnosen ist das Kapitel F der ICD-10 (International Classification of Diseases, deutsch: Internationale Klassifizierung von Krankheiten). Die ICD-10 arbeitet rein beschreibend und verzichtet auf theoretische Erklärungen. Damit lehnt sie sich an das amerikanische DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, deutsch: diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) an.

Vorbehalte gegenüber der psychiatrischen Diagnostik gibt es sowohl unter Wissenschaftlern als auch in der Gesellschaft und nicht zuletzt bei den Patienten. Doch ohne Diagnose geht es auch nicht. Wer Hilfe sucht, möchte in der Regel eine Diagnose hören, um seine Beschwerden und Störungen einordnen zu können. Diagnosen wirken sich für Betroffene auf verschiedene Weise aus:

- Sie erklären Phänomene.
- Sie reduzieren Angst (weil Hilfe erschlossen wird), oder sie verstärken Angst (weil negative Zukunftserwartungen geweckt werden).
- Sie relativieren die mit den Symptomen verbundenen Probleme.
- Sie entschuldigen Leistungsabfall und gestörtes Sozialverhalten.

Aus alledem folgt, dass mit psychiatrischen Diagnosen sehr behutsam umgegangen werden muss. Das Spannungsfeld möglicher positiver und negativer Wirkungen der Diagnose stellt an die Behandler hohe Anforderungen.

### ■ **Merkposten**

*Der behutsame Umgang mit psychiatrischen Diagnosen rechtfertigt jedoch keineswegs, dass Patienten über die medizinischen Aspekte ihrer Erkrankung und Behandlung schlecht informiert werden.*

Auch Angehörige sollten über die wichtigsten psychiatrischen Diagnosen und Besonderheiten der Therapie Bescheid wissen. Informationen dazu haben wir im folgenden Kapitel zusammengestellt. Auf die gebräuchlichsten therapeutischen Verfahren gehen wir in einem gesonderten Kapitel ein.

## **Schizophrene Psychosen**

*Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine relativ häufig auftretende, schwere psychiatrische Erkrankung. Das durchschnittliche Erkrankungsrisiko liegt bei etwa einem Prozent der Bevölkerung. Weltweit sind etwa 45 Millionen Menschen betroffen, (in Deutschland rund 800 000), unabhängig von ihrer ethnischen oder kulturellen Zugehörigkeit, ihrem Einkommen oder Bildungsstand.*

Das Wort „schizophren“ lässt sich mit „Spaltung der Seele“ übersetzen. Damit ist keinesfalls, wie oft angenommen, eine „gespaltene Persönlichkeit“ gemeint. Vielmehr wird mit dem Begriff „schizophren“ das Vorhandensein von zwei nebeneinander bestehenden Wahrnehmungswelten umschrieben.

Zum einen nehmen schizophrene Erkrankte die Realität so wahr wie ihre Umwelt auch. Gleichzeitig erleben sie eine andere Realität, die für Gesunde schwer nachvollziehbar ist. Fühlen, Denken und Handeln sind verändert. Wenn auch der Ausbruch der Krankheit in fast jedem Alter möglich ist, so beginnt mehr als die Hälfte der schizophrenen Psychosen zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr. Beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen, jedoch liegt bei Frauen der Beginn der Ersterkrankung meist später.

## Symptome

Das Krankheitsbild wird durch so genannte Positiv- und Negativ-Symptome bestimmt. Zu den Positiv-Symptomen zählen Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Denkstörungen und bizarre Verhaltensweisen. Dies wirkt auf das Umfeld absonderlich und beunruhigend und löst Angst aus, auch beim Betroffenen selbst. Die Gefahr eines Suizides ist hoch!

Die Negativ-Symptome beschreiben einen allgemeinen Aktivitätsverlust, der mit Sprachverarmung, Störungen des Gefühls- und Gemütslebens einhergeht, die zu reduzierter geistiger Aktivität und zum Rückzug führen können.

## Therapie

Die Behandlung von schizophrenen Psychosen erfolgt heute fast immer mit Medikamenten und unter Einbeziehung psycho- und soziotherapeutischer Maßnahmen. Sie erfordert von den Behandlern Erfahrung, Einfühlungsvermögen und von allen Beteiligten Geduld und gute Zusammenarbeit, denn oft braucht es Zeit, um die individuell geeignete Therapie herauszufinden.

## Medikamentöse Therapie

Die Wahl der Medikamente (man spricht auch von Antipsychotika oder allgemein von Neuroleptika) orientiert sich an den zu beeinflussenden Symptomen: Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sind am besten durch sogenannte hochpotente Neuroleptika zu beeinflussen, die nur einen gering beruhigenden Effekt haben.

Bei starker Unruhe werden bevorzugt sogenannte niederpotente Neuroleptika eingesetzt, die weniger antipsychotisch als sedierend (beruhigend) wirken.

Eine besondere Gruppe moderner Medikamente nennt man „atypische Neuroleptika“ oder auch „Atypika“ wegen ihrer speziellen Zusammensetzung und Wirkungsweise. Sie sind häufig besser verträglich als herkömmliche Neuroleptika. Generell machen Neuroleptika nicht abhängig.

Medikamente gibt es als Tabletten, Spritzen und Depotpräparate, jedoch stehen nicht alle Präparate in allen diesen Darreichungsformen zur Verfügung.

Wie viele andere Medikamente auch, haben Neuroleptika Nebenwirkungen, insbesondere auf die Motorik und den Kreislauf, die sehr belastend sein können. Patienten beklagen dies häufig genauso wie die Tatsache, dass mit ihnen nur Symptome unterdrückt würden. Manchmal hört man auch die Forderung, Psychosen soll-

ten ohne Beeinflussung durch Psychopharmaka ausgelebt werden können.

Diese Haltung übersieht vielfach das Leiden der Betroffenen und auch ihrer Familien. Da durch Neuroleptika der Dialog zwischen dem Patienten und seiner Umgebung verbessert, oft sogar erst wieder möglich wird, unterstützen Angehörige vor allem in akuten Krankheitsphasen meist die medikamentöse Therapie, trotz der teilweise belastenden Nebenwirkungen.

### Aus der Angehörigengruppe

*Ein Ehepaar hat große Probleme mit dem etwa 30jährigen Sohn, der ganz offensichtlich psychisch krank ist, sich aber für völlig gesund hält und Behandlung konsequent ablehnt. Die Eltern sind hilflos, denn wohin sie sich auch wenden, sagt man ihnen: „Er muss schon selbst kommen – sonst können wir nichts tun“.*

## Psychotherapie

Während der Akutphase der schizophrenen Psychose brauchen Patienten vor allem ausreichende Rückzugsmöglichkeiten, um sich vor Überstimulierung und Überreizung zu schützen.

Es ist daher nicht sinnvoll, wenn Sie als Angehörige in dieser Phase therapeutische Gespräche einfordern. Nach Abklingen der akuten Symptomatik besteht bei dem Erkrankten aber häufig ein großes Bedürfnis, über die zurückliegenden Ereignisse zu sprechen, um das Erlebte verarbeiten zu können. Dann sollte ein psychotherapeutisches Angebot gemacht werden!

Es würde den Rahmen dieser Broschüre sprengen, wenn hier auf die Vielfalt der verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ausführlich eingegangen würde. Deshalb im Folgenden nur einige Hinweise.

Grundsätzlich sollten die Behandler allen Patienten gegenüber eine allgemein stützende psychotherapeutische Grundhaltung an den Tag legen.

Dies umfasst:

- seelische Unterstützung durch Gespräche und persönlichen Beistand,
- patientengerechte Information über die Erkrankung und die Behandlung,
- Hilfestellung, die Erlebnisse während der akuten Erkrankung zu verarbeiten,
- Unterstützung in der längerfristigen Auseinandersetzung mit der Erkrankung,
- Information und Gespräche auch für Angehörige.

Nach der Akutphase sollten spezielle psychotherapeutische Verfahren, stets angepasst an das individuelle Bedürfnis des Patienten und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, angeboten werden.

Es sind dies:

- Entspannungsverfahren
- Stützende Psychotherapie
- Verhaltenstherapeutische Verfahren

Der Psychotherapeut sollte Erfahrung mit der Behandlung von Psychosen haben.

## Aussichten

Die Heilungschancen für schizophrene Psychosen sind besser, als früher angenommen wurde. Eine Faustregel besagt, dass ein Drittel der Patienten einmal im Leben eine Krankheitsphase erleidet, die vollständig ausheilt. Bei einem weiteren Drittel der Erkrankten treten immer wieder Krankheitsschübe auf, die Betroffenen können jedoch bei entsprechender therapeutischer Begleitung weiterhin ein relativ normales Leben führen.

Bei einem letzten Drittel nimmt die Schizophrenie einen chronischen Verlauf und führt zu unterschiedlich starker Einschränkung der Lebensqualität und der Notwendigkeit lebenslanger Unterstützung.

## **Merkposten**

*„Die“ schizophrene Psychose gibt es nicht! Jede hat ihre Besonderheiten. Das macht das Verständnis der Krankheit und das Zusammenleben mit dem Erkrankten für Angehörige schwierig und erfordert Einfühlungsvermögen, Geduld und Informiertheit. Angehörigengruppen können sehr hilfreich sein.*

## Depressionen

*Mehr als drei Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Depression. Man geht davon aus, dass ca. fünf bis zwölf Prozent der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression erkranken. In allen westlichen Industrieländern ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Erkrankung zu verzeichnen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Depressionen im Jahre 2020 auf Platz zwei der größten Gesundheitsprobleme der Erde stehen.*

Eine Depression im medizinischen Sinne ist eine behandlungsbedürftige, häufig sehr schwere psychiatrische Erkrankung; sie kann Menschen bis zum Suizid treiben. Ein einheitliches Erscheinungsbild gibt es nicht. Das macht Ärzten die Diagnose und Angehörigen die Hilfe schwer, zumal Depressionen fast immer mit körperlichen Beschwerden einhergehen wie Schlaf- und Essstörungen, Kreislaufproblemen, Kopf- und Magenschmerzen.

Eine zusätzliche Schwierigkeit bereitet die Tatsache, dass somatische Erkrankungen sowohl Ursache als auch Begleiterscheinung der Depression sein können.

Eine Depression beginnt fast immer schleichend, selten über Nacht oder binnen weniger Tage. Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer sind von dieser Krankheit betroffen.

### Wie erkennt man eine Depression?

Hauptsymptome der Depression sind ständige gedrückte Stimmung, Interesse- und Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs. Zu den weiteren, häufig auftretenden Symptomen gehören Schlafstörungen, wobei sowohl Einschlafstörungen als auch häufiges Erwachen in der Nacht oder exzessiv langer Schlaf auftreten können. Der Appetit ist entweder vermindert mit Gewichtsabnahme oder vermehrt mit Heißhungerattacken. Das sexuelle Interesse lässt nach. Typisch sind starke Tagesschwankungen mit einem Morgentief und abendlicher Besserung.

Im Gegensatz zu Trauer und Verstimmung, die jeder kennt, sind solche Gefühle bei depressiv Erkrankten ein Dauerzustand, aus dem sie ohne ärztliche Hilfe nicht herausfinden. Das Leben hat keine Farbe mehr, nichts erregt Interesse oder macht Freude. Schuldgefühle und Angstzustände bis hin zur Panik, innere Leere, Gedanken an den Tod und Selbstmordphantasien gehören fast immer zum Krankheitsbild.

### Wie behandelt man eine Depression?

Depressive Erkrankungen sind gut behandelbar, und zwar:

- medikamentös mit so genannten Antidepressiva,
- seelisch stützend durch Gespräche und/oder längerfristige Psychotherapie,
- durch spezielle Therapieformen wie Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Schlafentzug.

*Eine berufstätige Ehefrau fragt: „Mein Mann ist zu Hause und macht überhaupt nichts – muss ich das als Folge seiner psychischen Krankheit hinnehmen oder soll ich mich dagegen wehren?“*

## Medikamentöse Therapie

Antidepressiva machen, entgegen weit verbreiteter Ansicht, nicht süchtig. Entscheidend ist die regelmäßige Einnahme über einen längeren Zeitraum hinweg.

Bei manchen Menschen kann es monatelang dauern, bis Medikamente wirken, während andere nach nur wenigen Wochen Stimmungsaufhellung und Antriebsverbesserung bemerken.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Antidepressiva sind Mundtrockenheit, Schwindel, Herzklopfen und Verdauungsbeschwerden.

## Psychotherapie

Zu Beginn der Behandlung kann Psychotherapie nur in stützenden und begleitenden Gesprächen bestehen, die betonen, dass es sich um eine vorübergehende Krankheit ohne Zutun oder Verschulden des Patienten handelt.

Bei leichteren Verläufen werden Modifikationen der Verhaltenstherapie angewandt. In jedem Fall sind Vertrauen und Verständnis zwischen Patient und Therapeut wichtiger als die therapeutische „Technik“.

Kaum hilfreich kann eine Psychotherapie sein, die das Selbstbewusstsein des Patienten auf Kosten seiner Angehörigen aufbaut. Da die Familie häufig der letzte soziale Kontakt des depressiven Patienten ist, kann eine Störung der familiären Beziehungen durch den Therapeuten verhängnisvoll sein. Familientherapie ist nur dann zu empfehlen, wenn jedes Familienmitglied individuelle und ausreichende Unterstützung erfährt.

## Andere biologische Verfahren

### *Elektrokrampfbehandlung*

Die Elektrokrampftherapie (EKT) ist ein eher selten angewandtes Verfahren, das in Verruf geraten ist, weil es früher ohne Narkose angewandt wurde. Bei der EKT wird durch einen elektrischen Reiz ein epileptischer Anfall ausgelöst. Die Wirksamkeit der Behandlungsmethode ist belegt. Heute wird die EKT unter Narkose durchgeführt und vor allem bei katatonen Psychosen (Erstarrung bis zur völligen Regungslosigkeit) und therapieresistenten Depressionen eingesetzt. Sie beeinträchtigt den Patienten in der Hauptsache durch vorübergehende Gedächtnisstörungen. Gefahren bestehen bei herzkranken Patienten. Die moderne Anwendungstechnik führt heute zu einer wesentlich besseren Verträglichkeit des Verfahrens.

### *Lichttherapie*

Die Lichttherapie, bei der sich der Patient längere Zeit einer starken Lichtquelle aussetzt, wird neuerdings insbesondere bei so genannten saisonal abhängigen Depressionen angewendet. Hier ist sie auch wirksam, aber noch relativ wenig verbreitet.

### *Schlafentzug*

Bei depressiven Erkrankungen wird die Schlafentzugsbehandlung in verschiedenen Variationen eingesetzt. Sie bietet die Möglichkeit, die depressive Symptomatik kurzfristig zu verbessern. Eine anhaltende Wirkung ist jedoch durch den Schlafentzug nicht zu erreichen.

## Aussichten

Die meisten Depressionen heilen völlig aus, 40 bis 50 Prozent in den ersten sechs Monaten, 20 bis 30 Prozent nach einem Jahr. Fünf bis zehn Prozent der Patienten bleiben chronisch depressiv, bei etwa 20 bis 30 Prozent ist zwar die Erkrankung ausgeheilt, eine verminderte Belastbarkeit bleibt jedoch bestehen.

### ■ **Merkposten**

*Schwere Depressionen sind eine lebensgefährliche Erkrankung. 10 bis 15 Prozent der Patienten sterben durch Suizid. Angehörige sollten Selbstmorddrohungen immer sehr ernst nehmen und sich mit größtem Nachdruck für eine medizinische Behandlung einsetzen, auch vor dem Hintergrund, dass wiederholte Drohungen dieser Art zu einer fast unerträglichen Belastung für die Angehörigen selbst werden können.*

## Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen)

*Bipolare Erkrankungen betreffen in Deutschland ca. 4 Millionen Menschen. Damit gehören bipolare Störungen (früher auch: manisch-depressive Erkrankung) zu den häufigsten psychischen Leiden. Trotzdem werden sie bis heute oft nicht erkannt und deshalb nicht angemessen behandelt.*

### **Woran erkennt man eine bipolare Erkrankung?**

Perioden des Hochgefühls, der Hyperaktivität, der Kritiklosigkeit, gepaart mit Schlaflosigkeit, wechseln mit solchen der Niedergeschlagenheit in schnellem oder langsamem Wechsel (von wenigen Tagen bis zu einem Jahr).

Typisches Merkmal der Manie ist ein intensives Hochgefühl, übersteigerte und meist unbegründete gute Laune sowie das subjektive Gefühl erhöhter persönlicher Leistungsfähigkeit. In der manischen Phase leugnen die Betroffenen oft hartnäckig, dass es irgendein Problem gibt, und reagieren gereizt, wenn sie von anderen auf offensichtliche Schwierigkeiten hingewiesen werden. Die Patienten sind häufig zu einer Behandlung nicht bereit und müssen besonders oft auf Veranlassung von Angehörigen oder den Ordnungsbehörden zwangsweise stationär eingewiesen werden.

### **Therapie**

Bei der Therapie der Manie ist es hilfreich, medikamentöse und psychotherapeutische Elemente zu kombinieren. Bei der medikamentösen Therapie muss zwischen Akutbehandlung und Dauermedikation unterschieden werden.

Eingesetzt werden hochpotente Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer wie z.B. Lithium.

## Aussichten

Bipolare Erkrankungen haben eine gute Heilungschance. Für Angehörige sind sie wegen der kritiklosen Hyperaktivität und der häufig damit verbundenen Enthemmt-

heit besonders schwer auszuhalten. Wenn es zu dramatischen Zwangseinweisungen kommt, belastet dieses Trauma die Familien oft für lange Zeit.

### ■ **Merkposten**

*Die Angehörigen von depressiv Erkrankten müssen sich mit großer Geduld in eine fremde Erlebniswelt hineindenken und Aufgaben für einen zeitweilig lebensuntüchtigen Menschen übernehmen.*

*Während manischer Phasen gelingt es nur selten, folgenschwere Aktivitäten zu verhindern (wie z.B. Firmengründungen, Weltreisen, unsinnige Käufe). Noch mehr als bei anderen psychischen Erkrankungen sollten Angehörige auf ihre eigenen Bedürfnisse achten und auch für sich Hilfe suchen, z.B. bei Angehörigengruppen oder professionellen Helfern.*

*Eine Mutter sieht sich wiederholt körperlichen Angriffen ihres psychisch kranken Sohnes ausgesetzt, der auch ein Suchtproblem hat. Sie scheute sich bisher, die Polizei zu holen. Der Amtsrichter ließ sie mit den Worten abblitzen: „Ich werde Ihnen doch nicht helfen, Ihren Sohn loszuwerden!“*

## **Zwangserkrankungen**

*Zwangsstörungen wurden lange als seltene psychiatrische Erkrankung angesehen. Nach neueren Daten treten sie aber bei ca. ein bis zwei Prozent der Gesamtbevölkerung auf, bei Frauen etwas häufiger als bei Männern. Erste Anzeichen finden sich in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter. Der erste Kontakt zu therapeutischen Einrichtungen findet durchschnittlich sieben Jahre nach dem ersten Auftreten der Störung statt.*

### **Woran erkennt man eine Zwangserkrankung?**

Behandlungsbedürftige Zwangsstörungen erkennt man an sich wiederholenden Ritualen, die viele Stunden andauern können. Die Betroffenen sind sich dabei der Sinnlosigkeit ihres Verhaltens bewusst.

Die meisten Zwangshandlungen sind ausgeprägtes Kontrollieren, Waschen, Zählen, Ordnen und Sammeln.

Merkmale sind:

- Zwangsgedanken oder -handlungen (oder beides) treten über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen auf.
- Sie werden als eigene Gedanken anerkannt und nicht etwa als von anderen Personen oder äußeren Einflüssen vorgegeben angesehen.
- Sie wiederholen sich ständig und werden als unangenehm und sinnlos empfunden.
- Der Betroffene versucht, Widerstand gegen die Zwangssymptome zu leisten, hat damit aber keinen Erfolg.
- Der Betroffene leidet unter seinen Zwangssymptomen und wird durch den hohen Zeitaufwand in seinen sozialen Kontakten und seiner persönlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

## Therapie

Die Behandlung der Zwangserkrankungen galt lange Zeit als schwierig. Besondere Bedeutung für den Erfolg hat eine gute therapeutische Beziehung. Aufklärung und Information des Patienten bereits am Anfang der Behandlung sind sehr wichtig. Mit Methoden der Verhaltenstherapie (Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung – ERP) steht zur Behandlung von Zwangshandlungen ein effektives Verfahren zur Verfügung. Schwieriger erscheint die verhaltenstherapeutische Beeinflussung von Zwangsgedanken.

Als medikamentöse Therapie haben sich allein die so genannten serotonergen Antidepressiva als wirksam erwiesen. Ziel medikamentöser Therapie ist es, eine Basis für die Bearbeitung von stressreichen, Angst auslösenden Situationen zu schaffen.

## Aussichten

Oft verstreicht zwischen dem Beginn der Störung und der Erstbehandlung viel Zeit, und die Erkrankung ist bereits chronisch geworden. Vor diesem Hintergrund muss die statistische Erfolgsrate der Behandlung gesehen werden – sie beträgt bis zu 60 Prozent.

## ■ Merkposten

*Angehörige sollten auf die Symptome der Zwangserkrankung weder mit Übersehen noch mit Ärger reagieren, sondern unbedingt auf Behandlung durch erfahrene Therapeuten drängen.*

*Es gibt Kliniken, die sich auf Zwangserkrankungen spezialisiert haben. Bei frühem Beginn der Behandlung sind die Chancen auf Heilung oder wenigstens auf Besserung sehr gut!*

## Borderline-Störung

*Borderline heißt Grenzlinie. Unter Borderline-Störung versteht man eine psychische Erkrankung zwischen Neurose, Psychose und Depression mit schnell wechselnden Stimmungen. Sie ist schwer zu diagnostizieren. In der psychiatrischen Literatur wird die Existenz von Borderline-Störungen nicht selten bestritten. Wir beziehen uns hier auf Beschreibungen der gängigen Literatur und Erfahrungen von Angehörigen und Betroffenen.*

## Was lässt auf eine Borderline-Störung schließen?

Der so genannte „Borderliner“ unterscheidet sich von fast allen anderen psychisch Kranken dadurch, dass er nicht krank wirkt. Er stellt hohe Anforderungen an seine Umgebung, weil er einerseits die Nähe seiner Mitmenschen sucht, sie andererseits nicht erträgt („Ich liebe Dich, ich hasse Dich“). Meist prägen ein Gefühl innerer Leere und ständiger Langeweile den Erlebenshintergrund der betroffenen Menschen.

Wenn alle oder einige der nachgenannten Symptome zutreffen, ist eine Borderline-Störung zu vermuten:

- unbeständige und unangemessen intensive zwischenmenschliche Beziehungen,
- starke Stimmungsschwankungen,
- häufige und unangemessene Zornausbrüche,
- eine wenig realistische Selbsteinschätzung, Neigung zu Selbstmorddrohungen und -versuchen und zur Aggression gegen sich selbst und andere,
- das Fehlen eines klaren Identitätsgefühls,
- verzweifelte Bemühungen, eine reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassenwerden zu bekämpfen,
- chronische Gefühle von Leere oder Langeweile,
- vorübergehend paranoide Ausbrüche oder ähnliche Symptome,
- selbstverletzendes Verhalten.

## Therapie

Die Behandlung der Borderline-Störung ist eine komplexe und schwierige, vorrangig psychotherapeutische Aufgabe. Besonders wichtig ist es, mit dem „Borderliner“ ein positives Selbstbild aufzubauen und sein Ich zu stärken. Im Umgang mit ihm sind absolute Offenheit und die Fähigkeit, sich abzugrenzen, von großer Bedeutung. Dies gilt für Angehörige ebenso wie für professionelle Helfer.

Eine spezifische medikamentöse Behandlung dieser Störungen ist nicht bekannt.

## Merkposten

*An manchen Kliniken wurden Spezialstationen für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten eingerichtet, hier werden auch längerfristige Behandlungen durchgeführt. Der Schwerpunkt der Therapie liegt aber sicherlich im ambulanten Bereich.*

## Suchterkrankungen

*Trotz ihrer großen Verbreitung haben Abhängigkeitserkrankungen in der Psychiatrie nur zögerlich die Aufmerksamkeit erhalten, die ihnen eigentlich zusteht. Abhängigkeitskranke Patienten sind eine Herausforderung an die Kompetenz des Versorgungssystems. Dies mag auch ein Grund dafür sein, warum Suchtkranke nicht unbedingt zu den beliebtesten Patienten gehören und sogar viele Therapeuten oder Einrichtungen ihre Behandlung ausdrücklich aus ihrem Leistungskatalog herausnehmen. Gleiches gilt für viele Einrichtungen der komplementären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.*

In Deutschland hat sich die Suchtkrankenhilfe teilweise von der medizinischen Versorgung abgekoppelt und ist in den Bereich der Beratungsstellen übergegangen. Auch die stationäre Versorgung, insbesondere die langfristigen Behandlungen, wurden in Spezialkliniken verlagert, worunter allerdings die gemeindenahere Versorgung leidet.

Oft sind Abhängigkeitserkrankungen mit anderen psychischen Krankheiten oder Störungen kombiniert (entweder ursächlich oder als Folgeschädigung). Man spricht dann auch von „Doppeldiagnosen“. Dann ist eine kombinierte Behandlung unbedingt notwendig. Allerdings ist es nicht immer einfach, für Patienten mit Doppeldiagnosen passgenaue Hilfen zu finden.

# Therapien bei psychischen Störungen

Art und Schwere vieler seelischer Erkrankungen erfordern die gleichzeitige Anwendung von Pharmakotherapie und Psychotherapie. Vor allem bei schweren und lang andauernden Verläufen müssen beide Behandlungsverfahren durch soziotherapeutische Maßnahmen, also Hilfen bei der Lebensbewältigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Freizeit und Tagesstrukturierung, ergänzt werden.

*Eine junge Frau macht sich Sorgen um ihre Mutter, die schon lange nicht mehr aus dem Haus geht und zunehmend unter wahnhaften Verfolgungsängsten leidet. Der Hausarzt drückt ihr lediglich eine Überweisung zum Psychiater in die Hand – das lehnt die alte Dame kategorisch ab.*

## Was leisten Medikamente?

Psychopharmaka sind aus dem heutigen psychiatrischen Alltag nicht wegzudenken. Sie sind nach allen Untersuchungen unentbehrliche Hilfsmittel in der Behandlung schwerer psychischer Störungen. Dazu gehören Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen, akute Ängste oder depressive Störungen mit akuter Selbstmordgefährdung.

Psychopharmaka beseitigen nicht die Krankheit, aber sie helfen, die quälenden Beschwerden zu beseitigen oder zu lindern;

und sie dienen zur Intervallbehandlung, d.h. sie können Rückfälle und Krisen wenn nicht verhindern, so doch ihre Häufigkeit herabsetzen.

Medikamente haben stets nicht nur erwünschte, sondern auch unerwünschte Wirkungen. Deshalb ist es wichtig, Nutzen und Belastung sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Wo Medikamente Leben retten, wo sie das Leben erträglich machen oder eine befriedigende Lebensqualität und einen möglichst normalen Alltag mit Privatleben und Arbeit ermöglichen, erscheint ihr Einsatz allemal sinnvoll.

Man unterscheidet heute vier Gruppen von Psychopharmaka:

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Tranquilizer oder Beruhigungsmittel
- Schlafmittel oder Hypnotika.

## Neuroleptika (Antipsychotika)

Neuroleptika beeinflussen die Wahrnehmung und Reizverarbeitung (insbesondere bei Wahn und Halluzinationen), sie verändern die Psychomotorik und können sedierend (beruhigend) wirken. Außerdem zeigen sie einen antimanischen Effekt. Schwach potente Neuroleptika werden oft wegen ihrer vornehmlich sedierenden Wirkung, etwa zur Verbesserung des Schlafes, eingesetzt. Haupteinsatzgebiet für Neuroleptika sind jedoch Erkrankungen, die mit Wahn und Halluzinationen verbunden sind, manische Syndrome und Aggressivität. Bei den schizophrenen Erkrankungen zeigen Neuroleptika zusätzlich eine prophylaktische (vorbeugende) Wirkung.

Neuroleptika haben eine Vielzahl von Nebenwirkungen, insbesondere auf die Körperbewegungen (Motorik). Eine Abhängigkeitsentwicklung ist hingegen nicht zu erwarten.

## **Antidepressiva**

Antidepressiva beeinflussen nach einer gewissen Einnahmezeit die vitalen Störungen depressiver Patienten. Bestimmte Mittel (serotonerge Antidepressiva) können darüber hinaus bei der Behandlung von Angst- und Zwangserkrankungen eingesetzt werden. Mitunter haben Antidepressiva eine positive Wirkung auf chronische Schmerzsyndrome.

Die Nebenwirkungen resultieren zum größten Teil aus der Wirkung auf das vegetative Nervensystem und damit auf die Herz-Kreislauf-Funktionen, die Funktionen der Drüsen, z.B. der Speicheldrüsen, u.a.

Antidepressiva machen nicht abhängig.

## **Tranquilizer (Beruhigungsmittel)**

Die meisten Tranquilizer sind Benzodiazepine. Sie wirken entängstigend und schlafanstoßend. Daraus ergibt sich ihr Hauptanwendungsgebiet als Schlafmittel und als Mittel gegen Panik- und Angsterkrankungen. Benzodiazepine sind im Grunde nebenwirkungsarme Medikamente, doch kommt es beim Absetzen meist zum sogenannten Rebound-Effekt (Rebound: das, was mit dem Medikament unterdrückt wurde, kehrt für kurze Zeit verstärkt zurück). Auch verlieren die Mittel nach regelmäßiger Einnahme (länger als etwa drei Monate) ihre Wirkung; sie sollten deshalb immer nur für einen bestimmten, möglichst kurzen Zeitraum eingenommen werden. Bei längerem Gebrauch von Tranquilizern kann sich eine Abhängigkeit entwickeln. Tranquilizer werden oft als Drogensatzstoffe missbraucht.

## **Hypnotika (Schlafmittel)**

Die klassischen Hypnotika sind Barbitursäurepräparate, die wegen ihres hohen Abhängigkeitsrisikos weitgehend vom Markt verschwunden sind. Stattdessen werden in der Regel Tranquilizer und niederpotente Neuroleptika als Schlafmittel verwendet. Bei depressiven Patienten kann auch die sedierende Wirkung von Antidepressiva zur Regulierung des Schlafes ausgenutzt werden.

## **Medikamente zur Phasenprophylaxe**

Zur Verhinderung von Rückfällen ist es manchmal notwendig, Medikamente langfristig einzunehmen. Zur Phasenprophylaxe affektiver (manischer und depressiver) Erkrankungen, aber auch als antimanisch wirksame Substanzen haben sich Lithium und einige Antiepileptika bewährt. Manche von ihnen zeigen zusätzlich eine günstige Wirkung bei Aggressivität und können schizoaffektive Erkrankungen positiv beeinflussen. Zur Behandlung bestimmter Formen der Depression können Medikamente zur Phasenprophylaxe mit einem Antidepressivum kombiniert werden.

Lithium, ein Salz, ist in der Regel gut verträglich. Das „therapeutische Fenster“ (Differenz zwischen wirksamer und schädlicher Dosis) ist jedoch recht klein, was bei der Dosierung genau beachtet werden muss. Zusätzlich tritt unter Lithium oft ein Tremor (Zittern) auf, und die Funktion der Schilddrüse wird beeinflusst. Für keines der Medikamente ist eine Abhängigkeitsentwicklung beschrieben.

## **Merkmale**

*Es kann vorkommen, dass Medikamente verordnet werden, die keine Zulassung für die entsprechende Indikation haben. Das ist zulässig („Off-Label-Use“). Der Beipackzettel sollte Sie also nicht irritieren!*

## Was versteht man unter einer Psychotherapie?

Das Wort Psychotherapie heißt wörtlich übersetzt „Behandlung mit seelischen Mitteln“. In erster Linie geht es hierbei um eine Behandlung durch Gespräche. Teilweise werden auch andere nichtmedikamentöse Behandlungsformen hier eingeordnet, wie Tanz, Musik, Malen, Bewegungsanleitung, Atemtechniken, Entspannungsübungen usw. Psychotherapie ist ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Behandlung.

Ganz allgemein – und natürlich besonders in Krisensituationen – hat sich eine stützende und Mut machende Form der Psychotherapie in der Psychiatrie bewährt, die so genannte „psychotherapeutische Grundhaltung“. Hierbei wird von den Behandlern vor allem auf eine Stärkung des Selbstvertrauens mit Rückgriff auf verschüttete eigene Stärken, auf Abgrenzung von übermäßigen Verpflichtungen, Respektierung der eigenen Belastungsgrenze und auf Abbau von ungerechtfertigten Schuldgefühlen abgezielt. Psychotherapie in diesem Sinne sollte bei allen psychischen Erkrankungen selbstverständlich sein.

### „Richtlinien-Psychotherapie“

In Deutschland haben die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, in der auch die Psychologen vertreten sind, spezielle Psychotherapievereinbarungen getroffen und Richtlinien vereinbart. Es geht im Wesentlichen darum, welche Verfahren in welcher Form und mit wie vielen Stunden von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Die Durchführung von erstattungspflichtiger Psychotherapie ist genau geregelt: von der Antragstellung bis zur Anzahl der möglichen Therapiestunden, von der Berechtigung zur Durchführung einer Therapie bis zur Zulassung der einzelnen therapeutischen Methode. Die Zulassung einer Methode zur Kostenerstattung durch die Krankenkassen setzt wissenschaftliche Belege ihrer Wirksamkeit voraus. Die privaten Kassen orientieren sich übrigens ebenfalls an den Vereinbarungen, haben aber eigene Regelungen und Verträge.

Von den vielen psychotherapeutischen Schulen und Methoden sind grundsätzlich nur zwei im Rahmen der Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten bzw. Psychotherapeuten zugelassen:

#### 1. Psychoanalytisch begründete Verfahren

Im Vordergrund der Behandlung steht die unbewusste Psychodynamik und die Bearbeitung der lebensgeschichtlich bedeutsamen Konflikt- und Prägungsmomente (S. Freud, C.G. Jung, u.v.a.).

##### *Analytische Psychotherapie*

Im Zentrum der Aufarbeitung stehen die frühen Lebensjahre, frühe Konflikt- und Mangelsituationen; es geht um emotionale Nachreifung. Mittel der Therapie (oft Couch-Behandlung) sind u.a. die Bearbeitung von Träumen, freien Assoziationen und besonders der therapeutischen Beziehung. Der Rahmen besteht in ganz regelmäßigen, mehrstündigen Therapiestunden pro Woche; der Therapeut nimmt im Allgemeinen eine zurückhaltend-„abstinente“ Haltung ein. Vom Anspruch her ist

die Behandlung nicht nur symptomorientiert, sondern zielt auf grundlegende Änderungen der Persönlichkeitsstruktur; ca. 160 bis 240 Stunden.

### ■ **Merkposten**

*In der Standardform ist die Psychoanalyse für Menschen mit Psychosen nicht vorgesehen und eher schädlich; in modifizierter Form sollte dieses Verfahren im Einzelfall aber möglich sein. Das Vorliegen einer Psychose ist für sich allein kein Grund für die Ablehnung einer Psychotherapie.*

#### *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*

Ausgehend vom psychoanalytischen Krankheitsverständnis finden unterschiedliche Behandlungsmethoden Anwendung, wie z.B. die „Fokalthherapie“, die „dynamische Psychotherapie“ und insbesondere die „niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung“. Die Therapie ist zumeist konkret auf aktuelle Themen und Probleme bezogen, im Gegenüber mit Blickkontakt; ca. 50 bis 80 Stunden.

### ■ **Merkposten**

*Geeignet ist diese Therapieform auch für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, wobei aber im Antrag immer besondere Begründungen erforderlich sind und die Psychose keine selbstverständliche Indikation darstellt.*

*Ein psychisch kranker junger Mann hat ein neues Medikament bekommen, das unerwartete Nebenwirkungen hat. Die Eltern wollen den Psychiater aufsuchen, doch der ist verreist und hat keinen Vertreter benannt.*

## 2. Verhaltenstherapie

Ziel ist eine Verhaltensveränderung des Patienten im Sinne einer besseren Problemlösung. Auf der Basis von Lern- und Sozialpsychologie geht es um die therapeutische Beeinflussung von konkretem Verhalten, von Denkvorgängen, Emotionen, Motivationen und Körperreaktionen. Verhaltenstherapie kann als Einzel- oder Gruppentherapie angewendet werden. Sie beinhaltet die Anwendung konkreter Programme und symptombezogener Strategien (z.B. Trainingsprogramme zum Aufbau sozialer Kompetenz oder Programme für bestimmte Störungen wie Phobien oder sexuelle Störungen). Der Behandlungszeitraum beträgt in der Regel 45 bis 60 Stunden.

Von den nicht erstattungsfähigen Therapiemethoden seien namentlich erwähnt:

- Psychodrama,
- Gesprächspsychotherapie nach Rogers,
- Gestalttherapie,
- systemische Therapie (Familientherapie),
- Logotherapie,
- Transaktionsanalyse.

Diese Methoden sind im Rahmen der krankenkassenfinanzierten ambulanten Behandlung nicht zugelassen, viele haben aber in abgewandelter Form Eingang gefunden in die therapeutischen Konzepte von Kliniken oder einzelner Therapeuten.

### **Merkmale**

*Ihr erkrankter Angehöriger sollte wenigstens eine, besser mehrere sogenannte probatorische („probeweise“) Sitzungen anstreben, in denen Therapeut und Patient herausfinden können, ob zwischen ihnen „die Chemie stimmt“.*

*Bei Familientherapien sollten Angehörige darauf achten, dass alle Beteiligten den gleichen Respekt und die gleiche Anerkennung ihres speziellen Hilfebedarfes erfahren. Schuldzuweisungen sind ein Kunstfehler!*

## **Psychoedukation**

Damit Patienten und Angehörige die Krankheit besser verstehen und die Behandlung unterstützen können, sind sogenannte psychoedukative Verfahren entwickelt worden. Vor allem bei schizophrenen Erkrankungen gibt es mittlerweile ausgereifte Materialien, aber auch bei Depressionen und anderen psychischen Störungen sind Erfolg versprechende Konzepte entwickelt worden. Statt des Wortes Psychoedukation wird auch die neutralere Bezeichnung Psychotraining oder Psycho-Information verwendet. Bei den psychoedukativen Behandlungsansätzen wird versucht, Betroffenen und Angehörigen Hintergrundwissen über die Erkrankung und die Behandlung zu vermitteln, damit sie einerseits mehr Verständnis für die eigene Situation und Grenzen der Belastbarkeit bekommen und andererseits ihre Selbstheilungskräfte stärken lernen.

### **Merkmale**

*Die Einbeziehung der Angehörigen hat sich bei der Psychoedukation als besonders günstig erwiesen. Wenn diese den gleichen Kenntnisstand wie die Patienten besitzen, gibt es weniger Missverständnisse und Konflikte, was ganz wesentlich zur erfolgreichen Bewältigung der Erkrankung beiträgt.*

*Dialogische Formen, wie z.B. die „Psychose-Seminare“, wo Patienten, Angehörige und Behandler gemeinsam sowohl Informationen wie auch Erfahrungen austauschen, sind eine wichtige Ergänzung.*

## **Soziotherapie**

Die Soziotherapie ist zwar als von den Krankenkassen finanzierte Leistung gesetzlich seit 2000 geregelt, wird aber bisher aus verschiedenen Gründen kaum durchgeführt. Für Angehörige chronisch psychisch Kranker ist sie, wie auch die häusliche psychiatrische Pflege, ein sehr hilfreiches Angebot, das die Familien entlasten könnte. Deshalb fordern wir mit Nachdruck die flächendeckende Umsetzung.

Soziotherapie dient der Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalten. Zielgruppe sind psychisch kranke Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. Depressionen mit psychotischen Symptomen.

*Die Klinik hat für einen jungen Patienten die Bestellung einer Betreuung veranlasst und dabei die Mutter übergangen, die den Wunsch geäußert hatte, selbst die Betreuung zu übernehmen. Die Mutter fragt, ob ein solches Vorgehen in Ordnung ist.*

Soziotherapie kann durch niedergelassene Nervenärzte mit besonderer Berechtigung bzw. durch die Institutsambulanz verordnet werden. Danach wird zunächst ein soziotherapeutischer Betreuungsplan erstellt, in dem Ziele und Inhalte der Soziotherapie konkret festgelegt werden.

Erster Behandlungsschritt ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Auf dieser Basis werden zwischen Soziotherapeut und Patient die Möglichkeiten zur psychischen Stabilisierung und der verbesserten Nutzung des ambulanten Hilfesystems (Bereich Arbeit/Tagesstruktur, Wohnen, Freizeit, Betreuung, medizinische Versorgung etc.)

besprochen und abgestimmt, Zugangsschwellen werden gesenkt: Soziotherapie ist eine ambulante, aufsuchende Maßnahme. Durch sie können im häuslichen und sozialen Umfeld des Patienten Probleme und Krisen entschärft und Veränderungsmöglichkeiten ausfindig gemacht werden. Immer ist es sinnvoll, Angehörige, Nachbarn oder Freunde/Bekannte in den Hilfsprozess einzubeziehen.

Ein weiterer Aufgabenbereich der Soziotherapie ist die Förderung der Krankheitswahrnehmung der Patienten. Hier kann es z.B. darum gehen, individuelle Frühwarnsymptome der Erkrankung zu erkennen und einen persönlichen Krisenplan zu erarbeiten.

# Standards in der psychiatrischen Behandlung

Wie in der Medizin allgemein gibt es auch in der Psychiatrie eine Fülle von verschiedenen Behandlungsmethoden, Lehrmeinungen und Denkrichtungen. Da es keine eindeutige Ursachenerklärung für psychische Erkrankungen gibt, tauchen öfter als in der somatischen Medizin neue Thesen auf und verschwinden auch wieder.

Psychiatrische Konzepte und Therapien pendeln zwischen einem rein medizinischen und einem psychosozialen Pol. Es ist deshalb für Patienten und Angehörige schwierig, eine gute und moderne Therapie zu erkennen.

## **Legen Sie folgende Kriterien an professionelle Helfer an:**

- Offenheit, Gesprächsbereitschaft, Menschlichkeit, gepaart mit Kompetenz,
- Verständnis für das Leiden des Patienten und die Situation der Angehörigen,
- Aufklärung des Patienten über:
  - Individuelle Behandlungspläne
  - Medikation und deren Nebenwirkungen
  - Zukunftsaussichten

## **Ihr erkranktes Familienmitglied sollte es nicht hinnehmen, wenn:**

- Gespräche mit dem behandelnden Arzt nicht möglich sind,
- keine oder unzureichende Aufklärung über Behandlung, Medikation und Nebenwirkungen erfolgt,
- keine somatischen Untersuchungen durchgeführt werden,
- keine Kontinuität in der Betreuung besteht,
- Menschlichkeit und vertrauensvoller Umgang nicht zu erkennen sind.

## **Merkmale**

*Auch medizinische Betreuung ist eine Dienstleistung! Es gibt Qualitätsmerkmale und unterschiedliche Anbieter. Wenn Sie Mängel und Missstände feststellen, machen Sie das deutlich und melden Sie diese ggf. Ihrer Krankenkasse. Schlechter Service muss nicht akzeptiert werden!*

*Ein junger Mann ist nach dem Klinikaufenthalt in eine betreute WG gezogen, und die Eltern sind glücklich, dass er sich dort wohlfühlt. Ihnen wurde allerdings nichts über die (hohen) Kosten mitgeteilt und wer sie tragen muss. Sie fragen: „Was kann da noch auf uns zukommen?“*

## **Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen**

Für Patienten und Sie als Angehörige stellt sich das psychiatrische Hilfesystem vielfach als „Dschungel“ dar. Die Versorgungslandschaft ist von Bundesland zu Bundesland und von Landkreis zu Landkreis sehr unterschiedlich. Die hier folgende Auflistung wichtiger Bausteine des Hilfesystems kann daher nur eine recht grobmaschige Orientierung liefern. Erschwerend kommt hinzu, dass es vielfach keine einheitlichen Bezeichnungen gibt. Einrichtungen mit vergleichbarem Angebot tragen in verschiedenen Ländern ganz unterschiedliche Bezeichnungen; umgekehrt gelten identische Bezeichnungen oft für ganz unterschiedliche Dienste. Es führt also kein Weg daran vorbei, dass Sie sich vor Ort über das jeweilige Angebot mit seinen Vorzügen und Nachteilen informieren, besonders auch im Austausch mit anderen Betroffenen.

Hilfen und Unterstützungsangebote für psychisch Kranke und ihre Familien sind in Deutschland in zwei verschiedenen Bereichen angesiedelt: im Gesundheits- und im Sozialwesen. Dies hat erhebliche, vor allem auch finanzielle Konsequenzen für die Betroffenen und ihre Familien. Im Ergebnis läuft es auf eine klare Benachteiligung gegenüber körperlich Kranken hinaus. Krankenkassen und andere Kostenträger der medizinischen Versorgung sind bestrebt, notwendige Leistungen für psychisch Kranke nicht als Bestandteil der medizinischen Versorgung und damit ihrer Zahlungsverpflichtung anzuerkennen. Daher sind große Bereiche der Versorgung und Betreuung psychisch Kranker im Sozialwesen angesiedelt. Gängig ist es, die psychiatrischen Hilfen in stationäre, teilstationäre, ambulante und komplementäre (ergänzende) Angebote zu unterteilen. Unsere Darstellung des Hilfesystems orientiert sich an dieser traditionellen und noch vielerorts vorherrschenden Einteilung. Wie wir aber schon in der Einführung erwähnt haben, wird von Erkrankten und Angehörigen oft kritisiert, dass diese Einteilung an ihren Bedürfnissen und Wünschen vorbeigeht und dass in Krisensituationen keine wirkliche Hilfe geleistet wird. Es gibt seit einigen Jahren viel versprechende Ansätze, daran etwas zu ändern, auf die wir jedoch an dieser Stelle nicht näher eingehen können. Die Reihenfolge, in der die Hilfen und Einrichtungen hier abgehandelt werden, bedeutet jedenfalls keine Wertung, wie wichtig sie im Einzelfall sind. Der Aufenthalt in der Klinik hat sich heute für die allermeisten Patienten im Vergleich zu früher enorm verkürzt; in gleichem Maß ist die Bedeutung der außerstationären Hilfen gewachsen, ohne dass sie jedoch schon überall im erforderlichen Maß zur Verfügung stehen.

### **Psychiatrisches Krankenhaus und psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus**

Das Psychiatrische Krankenhaus ist bei uns die traditionelle Form der Versorgung von Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Stellenwert der Krankenhausbehandlung jedoch verändert, bedingt durch Bettenabbau und Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Kliniken sind heute nur noch eine von mehreren Institutionen und Hilfsangeboten.

Ein Qualitätsmerkmal für die stationäre Psychiatrie sind gute Kenntnisse der anderweitigen Hilfsangebote ebenso wie eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung mit diesen Strukturen.

## **Wohnheime**

Wohnheime für psychisch kranke Menschen sind auf eine prinzipiell nicht befristete Aufenthaltsdauer ihrer Bewohner ausgelegt. Kleine, in normale Wohngebiete integrierte Angebote sind wünschenswert, bislang aber eher selten. Auch Wohnheime sollten darauf ausgelegt sein, ihren Bewohnern in der Zukunft wieder ein eigenständiges Leben außerhalb von Institutionen zu ermöglichen.

Obwohl Wohnheimplätze vielerorts Mangelware sind, sollten Patienten und ihre Angehörigen mehrere Heime besichtigen und nach dem Leistungsangebot fragen. Sowohl bei den räumlichen Bedingungen wie auch bei der Betreuung kann es erhebliche Unterschiede geben.

## **Der Allgemeinarzt**

Eine beachtliche Zahl psychisch Kranker wird – zumindest bei Beginn, manchmal auch über eine lange Zeit – beim Hausarzt behandelt. Dafür gibt es verschiedene Gründe. So kann es sein, dass der Patient nach einer langen und für alle quälenden Zeit gerade zu seinem Hausarzt Vertrauen fasst, oder er scheut (in der Kleinstadt) den Gang zum Psychiater. Der Hausarzt ist oft der erste, der mit psychischen Beschwerden konfrontiert wird. Von seiner Einschätzung kann viel abhängen. Dennoch sollte vor allem bei schwereren Erkrankungen nach Möglichkeit der niedergelassene Nervenarzt zu Rate gezogen werden.

## **Niedergelassene Nervenärzte**

Neben den Hausärzten sind die niedergelassenen Nervenärzte meist erste Anlaufstelle und wichtig für eine längerfristige Versorgung für viele psychisch Kranke. Die Bezeichnung dieser Fachärzte ist unterschiedlich: Arzt für Psychiatrie oder auch Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für Nervenheilkunde und Nervenarzt sind übliche Titel.

Neben der Diagnosestellung und der Abklärung anderer möglicher Erkrankungen wird vom Nervenarzt eine Beratung des Patienten und – mit dessen Zustimmung – auch der Angehörigen über die Krankheit, ihre Behandlung und den Umgang mit ihr erwartet. Eine wesentliche Rolle spielt die Verordnung von Medikamenten und gegebenenfalls die nötige Veränderung, Reduzierung oder Erhöhung der Medikation.

Wichtig ist, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt besteht. Als Angehöriger sollten Sie helfen, den „passenden“ Arzt für den Kranken zu suchen und eventuell auch einen Wechsel in Kauf nehmen.

Die nachfolgenden Fragen sollen Ihnen Hinweise für die Suche nach einem guten Arzt geben:

- Wie viel Zeit nimmt sich der Arzt für das Patientengespräch, werden Angehörige und andere Bezugspersonen einbezogen?
- Wie viel Einfühlungsvermögen und Respekt bringt er auf für die mitunter komplizierte und meist stark verletzte Persönlichkeit des Patienten?
- Weist er hin auf für den Patienten möglicherweise geeignete Angebote im komplementären Bereich, einschließlich Selbsthilfeangebote, und trägt er zum Zustandekommen entsprechender Kontakte bei?
- Welche Hilfen bietet der niedergelassene Arzt im Krisenfall an?

## Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken und Abteilungen

Institutsambulanzen sind Bestandteil der jeweiligen Krankenhäuser. Sie verfügen über einen festen Stellenplan mit Mitarbeitern der verschiedenen im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen. Institutsambulanzen existieren in allen Bundesländern. Sie betreuen schwerpunktmäßig chronisch oder wiederholt psychisch erkrankte Menschen. Für diesen Personenkreis ist die Vor- und Nachsorge in der Ambulanz einer Klinik häufig problemloser als der regelmäßige Besuch beim niedergelassenen Facharzt. Hier stehen neben Ärzten auch Psychologen, Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenpfleger zur Verfügung.

Institutsambulanzen prüfen die Notwendigkeit der Klinikaufnahme und nehmen die medizinische und psychosoziale Betreuung von Krankenhauspatienten nach ihrer Entlassung wahr. Neben der medizinischen Behandlung bestehen auch psychosoziale Betreuungsangebote.

### Tageskliniken

Tageskliniken sind halbstationäre, ärztlich geleitete Einrichtungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Dort werden psychisch kranke Menschen behandelt, die nicht mehr oder noch nicht stationärer Behandlung bedürfen. Sie sind gewöhnlich an eine psychiatrische Einrichtung angebunden. Der Vorteil: Der Patient wohnt im vertrauten Milieu und kann trotzdem klinisch behandelt werden.

Anmeldungen können in der Regel telefonisch erfolgen. Es folgt ein Vorgespräch, in welchem geklärt wird, ob eine tagesklinische Behandlung sinnvoll ist.

Bei Aufnahme in die Tagesklinik ist eine Einweisung erforderlich.

Überweisungen zur tagesklinischen Behandlung erfolgen über einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus. Die Behandlungskosten übernimmt die Krankenkasse.

### Tagesstätten

Hinter dem Begriff „Tagesstätte“ verbergen sich in den verschiedenen Ländern und Regionen der Bundesrepublik ganz verschiedenartige Einrichtungen.

Sie sind häufig mit anderen Einrichtungen wie z.B. Beratungsstellen oder Diensten des betreuten Wohnens zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum verbunden.

Tagesstätten unterscheiden sich von Tageskliniken dadurch, dass sie nicht ärztlich geleitet sind und nicht von der Krankenkasse finanziert werden.

*Die Eltern einer psychisch kranken jungen Frau kümmern sich nicht nur um diese, sondern sorgen auch für das kleine Enkelkind, das bei ihnen lebt. Das Jugendamt nimmt ihnen ohne vorherige Absprache und Ankündigung das Kind weg und gibt es in eine fremde Familie. Die Großeltern sind verzweifelt und tief gekränkt.*

Sie wollen dem Klienten bei seiner Alltags- und Freizeitgestaltung helfen und bieten darüber hinaus häufig ein therapeutisches Rehabilitationsprogramm.

Meist sind sie an fünf Wochentagen für jeweils acht Stunden geöffnet.

### ■ **Merkposten**

*Als Einrichtung des Sozialwesens wird die Tagesstätte auf unterschiedliche Weise finanziert, so dass man sich bei der jeweiligen Einrichtung vorab erkundigen sollte.*

## **Sozialpsychiatrische Dienste**

Angesichts der enormen Unterschiede in Ausstattung, Struktur und Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste selbst innerhalb ein- und desselben Bundeslandes ist eine genauere Aussage über deren Leistungen hier kaum möglich.

Man kann allerdings davon ausgehen, dass die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste im Umgang mit psychisch kranken Menschen und in der Krisenintervention erfahren sind.

Sie sind im Allgemeinen für eine genau abgegrenzte Region zuständig und über das vorhandene Hilfesystem für psychisch kranke Menschen in ihrem Bereich gut informiert.

### ■ **Merkposten**

*Informieren Sie sich vor Ort über die konkreten Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Wenn Sie im Telefonbuch keinen Eintrag finden, können Sie sich beim Gesundheitsamt erkundigen.*

## **Psychiatrie-Koordinator**

Viele Städte und Kreise Deutschlands beschäftigen einen Psychiatrie-Koordinator. Dieser relativ neue Beruf wird im Allgemeinen von einem Psychiater oder Psychologen ausgefüllt. Sein Standort ist in den meisten Fällen das Gesundheitsamt oder eine andere Behörde innerhalb der Stadt-, Kreis- oder Bezirksverwaltung.

Seine Aufgabe ist u.a. die Psychiatrie-Planung und die Mitwirkung bei der Beseitigung von Defiziten.

### ■ **Merkposten**

*Angehörige sollten keine Bedenken haben, sich mit Fragen, Problemen oder Beschwerden an „ihren“ Koordinator zu wenden.*

Besonders wichtig, weil hilfreich für die Familien chronisch Erkrankter, sind folgende Angebote im ambulanten Bereich:

- Betreutes Wohnen
- Krisennotdienste
- ambulante psychiatrische Pflege

## **Betreutes Wohnen**

Betreutes Wohnen ist ein wichtiges ambulantes Hilfsangebot, um psychisch kranken Menschen ein Leben in der Gemeinde zu ermöglichen. Die Betroffenen können einerseits frei und unabhängig in einem eigenen Zuhause leben, werden aber andererseits bei Bedarf betreut und unterstützt. Betreutes Wohnen kann in einer Wohngemeinschaft, aber auch in einer Einzel- oder Paarwohnung stattfinden. Die Finanzierung dieses Angebots ist nicht bundeseinheitlich geregelt.

Angehörige empfinden Betreutes Wohnen immer dann als sehr entlastend, wenn sich der Betroffene dort wohl fühlt und gut mit seinen Mitbewohnern und Betreuern auskommt. Im Allgemeinen werden Angehörige nur bei hohem Einkommen zur Finanzierung herangezogen.

### **Merkmale**

*Erkundigen Sie sich bei Ihrem Gesundheitsamt nach Angeboten an Ihrem Wohnort. Vergleichen Sie mehrere Angebote. Wenn es in Ihrem Heimatort Betreutes Wohnen nicht gibt, fordern Sie es über Ihre Politiker ein!*

## **Krisennotdienste/Krisenhilfe**

Diese Hilfe ist oft das erste, was Angehörige bräuchten. Sie steht nur deshalb am Ende unserer Aufzählung, weil funktionierende Krisenhilfen so außerordentlich selten sind.

An manchen Orten gibt es jedoch psychiatrische und psychosoziale Krisennotdienste, die sehr effektiv arbeiten und allen an der Krise Beteiligten – auch den Angehörigen – gerecht werden. Unterschiede gibt es bei den Zeiten der Erreichbarkeit: Die einen arbeiten rund um die Uhr und am Wochenende, die anderen nur am Wochenende.

Nur selten sind niedergelassene Nervenärzte und Psychiater bereit mitzuarbeiten. Psychiatrische Fachkräfte leisten überbrückende Hilfe im Notfall, bis wieder die reguläre Beratung und Behandlung von Fachdiensten und Praxen in Anspruch genommen werden kann.

Betroffene und ihre Angehörigen kommen immer wieder in Situationen, in denen der „normale“ Notarzt sie nicht ausreichend entlasten kann. Für viele erfolgt der erste Kontakt mit der Psychiatrie traumatisch anlässlich einer Krisensituation. Der Umgang

aller Beteiligten mit dieser Krise prägt nicht selten den weiteren Verlauf der Krankheit und das Vertrauen in die angebotenen Hilfen.

### **Merkposten**

*Erkundigen Sie sich vor Ort, ob ein Krisendienst zur Verfügung steht und wie Sie ihn erreichen können. Im Allgemeinen steht die Telefonnummer im Telefonbuch und regelmäßig in Ihrer Tageszeitung. Zögern Sie nicht, sich zu beschweren, wenn es keine Krisenhilfe gibt oder sie schlecht funktioniert!*

*Ein Ehepaar lebt schon an die 30 Jahre mit seinem psychisch kranken Sohn zusammen – die Situation wird immer schwieriger, weil dieser zunehmend aggressiv ist und die Eltern alt und selbst hilfebedürftig sind. Sie lehnen aber Hilfe von außen (etwa durch Bestellung eines Betreuers) ab mit dem Satz: „Uns kommt keiner ins Haus“.*

### **Ambulante psychiatrische Pflege**

Ambulante psychiatrische Pflege ist ein Hilfsangebot zur Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im eigenen Wohnbereich, das bis heute noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Dieser ärztlich verordnete Dienst wird durch Pflegekräfte von Sozialstationen oder Institutsambulanzen geleistet und besteht in ein- bis mehrmaligen wöchentlichen Hausbesuchen bei dem Kranken. Ambulante psychiatrische Pflege soll Rückfällen vorbeugen, sie überwinden oder ihre Folgen in Grenzen halten. Klinikaufenthalte können durch diese aufsuchende Hilfe verhindert bzw. verkürzt werden. Sie fördert die gesunden Anteile der erkrankten Menschen und zielt im Wesentlichen auf die Bewältigung von Alltagsproblemen und die konstruktive Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt.

Die Ambulante Psychiatrische Pflege wendet sich an erwachsene psychisch kranke Menschen, die aufsuchende Hilfe/Betreuung in ihrem häuslichen Rahmen benötigen und nicht in der Lage sind, bestehende Hilfsangebote selbstständig aufzusuchen.

Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen, teilweise über die Länder oder die jeweilige Stadt. Für die psychisch kranken Menschen entstehen in der Regel keine Kosten.

### **Merkposten**

*Ambulante psychiatrische Pflege gibt es in viel zu wenigen Städten und Kreisen. Sie ist für Angehörige besonders hilfreich und entlastend. Wenden Sie sich an die Politik und fordern Sie sie ein!*

# Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

## Die Wurzeln

Wie sinnvoll, heilsam und entlastend die Teilnahme an einer Angehörigengruppe sein kann, davon war in dieser Broschüre schon vielfach die Rede. Im Folgenden möchten wir versuchen, Ihnen einen kurzen Überblick über Entwicklung und Struktur der Angehörigenbewegung in Deutschland zu geben. Das ist gar nicht so einfach, denn als echte „Bewegung von unten“ ist sie vielgestaltig, bunt und alles andere als homogen.

Die Wiege der Angehörigenbewegung steht in Stuttgart. Hier treffen sich 1970 erstmals Angehörige zu einem regelmäßigen Gesprächskreis. Fast zeitgleich schlägt die Geburtsstunde der expertengeleiteten Angehörigengruppe in Hamburg, wo am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf eine Tagesklinik aufgebaut und 1973 erstmals eine Gruppentherapie für Angehörige der Patienten angeboten wird.

Im Lauf des nächsten Jahrzehnts breitete sich die Angehörigenbewegung bundesweit aus. In allen Bundesländern entstanden Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker, und am 8. Juni 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. gegründet.

Inzwischen gibt es weit über 500 Selbsthilfegruppen.

## Das „Herzstück“ – die Selbsthilfegruppe

Selbsthilfe ist schon vom Begriff her untrennbar mit Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit verbunden. In Bezug auf uns als Angehörige von psychisch Kranken heißt das: Wir wollen den Zustand der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins überwinden, in den uns die Erkrankung unseres Familienmitglieds oft bringt. Wir wollen selbstbestimmt und solidarisch mit unseren erkrankten Familienmitgliedern leben. Wir wollen, dass die Rechte aller Beteiligten gewahrt werden.

Dazu können wir selbst viel beitragen. Zum Beispiel, indem wir uns informieren und unser Verhalten der Situation anpassen. Indem wir intervenieren, wenn wir sehen, dass der oder die Erkrankte sich nicht selbst helfen können.

Doch oft überfordern diese Aufgaben unsere Kräfte, wir vermissen Verständnis und einen Ort, an dem wir offen über unsere Sorgen und Nöte, auch über Wut und Frustration reden können. Dieser Ort kann eine Angehörigengruppe sein, wie sie an vielen Orten existiert. Mal ist es eine offene Gruppe, wo jeder kommen und gehen kann, wie er will; ein andermal eine geschlossene Gruppe, die Neue erst auf Nachfrage aufnimmt. Manchmal leitet ein „Profi“ das Ganze, oft aber auch nicht, oder es werden nur von Zeit zu Zeit Gäste aus dem professionellen Bereich eingeladen. Der Teppich der Selbsthilfegruppen ist also bunt, und das ist gut so.

Eines ist den Gruppen gemeinsam: Ihre Mitglieder stellen im Lauf der Zeit fest, dass sie mit ihren Problemen nicht allein stehen. Das tröstet – aber es fordert auch zum Weiterdenken auf. Denn nicht immer sind die Schwierigkeiten „nur“ persönlicher Natur, nicht immer ist Hilfe und Information durch das Gespräch in der Gruppe ausreichend. Häufig – viel zu häufig – sind es Probleme mit dem Hilfesystem selbst, die Angehörige zur Verzweiflung bringen. Hier fehlt es an Hilfe in der Krise, dort gibt es Probleme mit den Krankenkassen oder anderen Kostenträgern, hier will niemand in

der Klinik mit den Angehörigen reden, dort werden sie bei der Zukunftsplanung für den Kranken ungefragt verplant und zur Kasse gebeten ... Die Liste der Zumutungen war und ist lang.

So war der Schritt nicht groß von der „einfachen“ Angehörigengruppe zu einem Zusammenschluss, der sich auch nach außen wendet und diese Probleme angeht. In vielen Regionen entstanden Vereine, auf Landesebene die Landesverbände der Angehörigen und schließlich auch der Bundesverband der Angehörigen. Damit sind wir auf allen politischen Ebenen vertreten, auf denen uns betreffende Entscheidungen fallen. Eine weitere wichtige Aufgabe der Angehörigenverbände ist die Aufklärung der Öffentlichkeit, damit Unwissenheit und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abgebaut werden.

Als Stimme für Familien mit psychisch Kranken haben sich viele engagierte Angehörige in den letzten Jahrzehnten Verdienste erworben. Das alles geschieht weitgehend ehrenamtlich und oft zusätzlich zu erheblichen persönlichen Belastungen.

## **Die Organisation – Landesverbände und Bundesverband**

Als Angehöriger, der mit seinen persönlichen Problemen schon genug zu tun hat, liegt Ihnen der Gedanke an die Notwendigkeit einer Verbandsarbeit sicher zunächst fern. Und wer mag schon Vereinsmeierei? Trotzdem stellt sich die Frage: Wer, wenn nicht wir soll die Interessen der psychisch Kranken und ihrer Familien in Politik und Öffentlichkeit vertreten? Eine starke, gut organisierte und demokratisch legitimierte Selbsthilfebewegung ist als Lobby einfach unverzichtbar. Dabei lebt die Angehörigenbewegung mit ihren Verbänden von zwei wichtigen Wirkungen, wie es Karlheinz Walter, einer der Gründungsväter in Deutschland, formulierte: „Nach innen ist es die erlebte Solidarität, aus der gerade die aktiven, engagierten Menschen wieder neue Kraft schöpfen. Auf den großen Bundes- und Landestreffen der Angehörigen wird eben nicht nur Information vermittelt. Wer es miterlebt hat, weiß, wie viele Kontakte, Bekanntschaften, Freundschaften hier unter gleich Betroffenen entstehen, und das über Stadt- und Ländergrenzen hinaus. Ein zweites ist die Wirkung der Angehörigenbewegung nach außen, also in die Gesellschaft hinein. Dieses Anliegen kann von Gruppen allein kaum bewältigt werden. Angehörigenverbände können die Zentrale darstellen, in der Sorgen und Klagen, aber auch Rückmeldungen über gute Lösungen in der Versorgung gesammelt, gesichtet und schließlich in die Öffentlichkeit, insbesondere in die Gesundheitspolitik, weitergetragen werden.“

Dies galt in der Gründungszeit des Verbandes und ist heute so aktuell wie damals. Heute wie damals brauchen wir engagierte Angehörige. Bitte denken Sie darüber nach, ob Sie die Selbsthilfebewegung der Familien durch Ihre Mitgliedschaft in einem Landesverband oder sogar durch Ihr persönliches Engagement unterstützen wollen und können. Gemeinsam sind wir stark.

### **Merkposten**

*Informationen dazu erhalten Sie im jeweiligen Landesverband. Hier erfahren Sie auch, welche konkreten Informations- und Unterstützungsangebote es für Sie gibt. Die Palette ist sehr vielseitig und reicht von Beratungsangeboten über Tagungen, Seminare, Informationsmaterialien, regelmäßige Info-Dienste bis zu persönlicher Unterstützung im Umgang mit Behörden oder medizinischen Einrichtungen.*

## Rechtsgrundlagen

*Im Folgenden geben wir stichwortartig Informationen und Hinweise zu rechtlichen Regelungen und Fragen, mit denen Angehörige immer wieder konfrontiert sind.*

*Wir haben uns bemüht, verständlich zu sein und möglichst nur bundesweit einheitliche Regelungen zu nennen. Ausdrücklich weisen wir aber darauf hin, dass in Ihrem Bundesland möglicherweise einiges anders gehandhabt wird oder organisiert ist, als in diesem Überblick dargestellt.*

### Information und Einbeziehung von Angehörigen in Behandlung und Rehabilitation

Information und Einbeziehung von Angehörigen sollte gerade bei psychischen Erkrankungen inzwischen eine Selbstverständlichkeit sein. In der Psychiatrie-Personalverordnung sind bereits seit 1990 Gespräche mit Angehörigen als Regelaufgabe beschrieben. Auch im neuen Rehabilitationsrecht (SGB IX) wird bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben ausdrücklich die Information von Angehörigen berücksichtigt, wenn der Betroffene seine Zustimmung erteilt hat.

Letzteres ist ein ganz entscheidender Punkt: Die Weitergabe von persönlichen Daten und Informationen erfordert immer die Zustimmung des Betroffenen, denn alle Menschen, die beruflich persönliche Informationen von Patienten oder Klienten erhalten, sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Für bestimmte Berufsgruppen (z.B. Rechtsanwälte, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) ist die Verletzung der Schweigepflicht unter Strafe gestellt (§203 Strafgesetzbuch).

Daneben ist die Pflicht zur Verschwiegenheit auch in einzelnen Berufsordnungen geregelt, so die ärztliche Schweigepflicht in der „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“. Im Mittelpunkt steht hier das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Von der Schweigepflicht kann der Betroffene seinen Arzt oder Mitarbeiter von Einrichtungen nicht generell entbinden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nur zulässig, wenn der Betroffene zuvor genau erfährt, wer welche Informationen über ihn erhalten soll.

Von der Schweigepflicht wird die allgemeine Information z.B. über psychische Erkrankungen und Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten nicht berührt.

#### **Merkmale**

*Die örtlichen Angehörigengruppen sind in der Regel auch eine „Informationsbörse“, bei der Erfahrungen über die Information und Einbeziehung von Angehörigen ausgetauscht werden.*

## Rechtliche Vertretung und Vollmachten

In Folge einer psychischen Erkrankung kann die Situation eintreten, dass der Betroffene nicht in der Lage ist, bestimmte rechtliche Angelegenheiten selbst zu regeln, z.B. Anträge auf Sozialleistungen zu stellen, sich um Miet- und Wohnungsangelegenheiten zu kümmern, notwendige Hilfen (auch Behandlung) in Anspruch zu nehmen.

Für einen solchen Fall (z.B. bei einer Wiedererkrankung) kann der Betroffene selbst Vorsorge treffen und eine Vollmacht erteilen. Ist keine Vollmacht erteilt worden, wird auf Antrag (z.B. von Kliniken, Behörden oder Angehörigen) vom Vormundschaftsgericht geprüft, ob die Bestellung eines Betreuers erforderlich ist.

### Vollmachten

Allgemein bekannt ist, dass man vertrauenswürdigen Personen eine Kontovollmacht erteilen kann. Durch seit 1999 geltende neue Regelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ist es inzwischen möglich, für nahezu alle Lebenssituationen Vollmachten zu erteilen. Eine Vollmacht kann sich danach z.B. nicht nur auf Geldangelegenheiten, sondern auch auf die Beantragung von Sozialleistungen, die Zustimmung oder Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, und auch auf die Unterbringung in einer Klinik beziehen. Bei Unterbringungsmaßnahmen oder „riskanten“ Behandlungsmaßnahmen muss der Bevollmächtigte aber ebenso wie ein rechtlicher Betreuer die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts einholen.

Gerade zur Beantragung von Sozialleistungen, z.B. Krankengeld, oder zur Wahrnehmung von Mitwirkungspflichten (z.B. Krankmeldungen bei der Agentur für Arbeit) oder dem Abholen von Post kann es sehr sinnvoll sein, einer Vertrauensperson Vollmacht zu erteilen. Hierbei kommen natürlich insbesondere Angehörige in Betracht, wenn sie sich diese Aufgabe zutrauen und in der Nähe des erkrankten Familienmitgliedes wohnen.

Die Erteilung einer Vollmacht ist aber auch ein Schritt, der gut überlegt sein will.

### ■ **Merkposten**

*Zur Information über Vollmachten und was bei der Erteilung einer Vollmacht zu beachten ist, kann man sich an die örtlichen Betreuungsbehörden (bei der Stadt bzw. Kreisverwaltung) oder an die Betreuungsvereine (bei den Wohlfahrtsverbänden) wenden.*

### **Betreuungsrecht (BtR)**

Mit dem zum 1.1.1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz wurde das Recht der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige reformiert. Dabei wurde kein neues Gesetzbuch geschaffen, wie es der Name „Betreuungsgesetz“ nahelegt, sondern Bestimmungen vor allem im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG, dieses regelt das gerichtliche

Verfahren u.a. bei der Bestellung eines Betreuers und bei der Unterbringung z.B. eines psychisch erkrankten Menschen) geändert.

Mit dem Betreuungsrecht wurde die Entmündigung und die damit weitgehende Entrechtung Volljähriger abgeschafft und das Recht auf Selbstbestimmung in den Vordergrund gestellt.

Ein Betreuer darf vom Gericht nur für die Aufgaben bestellt werden, die der Betroffene nicht selbst regeln kann. Dabei muss das Gericht prüfen, ob der Betroffene z.B. eine **Vollmacht** erteilt hat oder ob andere Hilfen ausreichen, denn diese haben Vorrang vor der Bestellung eines Betreuers.

Der Begriff „Betreuung“ ist manchmal missverständlich, da er auch im Bereich sozialer Hilfen (z.B. betreutes Wohnen) verbreitet ist. Bei der im BGB geregelten **rechtlichen Betreuung** geht es vorrangig um die Wahrung und Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Betreuten. Dabei soll der Betreuer den Betroffenen partnerschaftlich unterstützen und ihn, wenn nötig, nach außen vertreten. Auf die Geschäftsfähigkeit des Betreuten hat die Bestellung eines Betreuers grundsätzlich keine Auswirkung, d.h. der Betreute bleibt geschäftsfähig. Allerdings kann das Gericht z.B. dann, wenn der Betreute unüberlegt Verträge abschließt oder immer wieder sein Einkommen oder Vermögen in Gefahr bringt, für bestimmte Bereiche einen Einwilligungsvorbehalt anordnen. In diesen Bereichen kann der Betreute dann nur mit Zustimmung des Betreuers eine rechtlich wirksame Willenserklärung abgeben.

Bei bestimmten Maßnahmen wie z.B. Wohnungsauflösung, eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung (z.B. in einer psychiatrischen Klinik) oder „gefährlichen“ Behandlungsmaßnahmen benötigt der Betreuer zusätzlich eine Genehmigung durch das Gericht. Auch Angehörige können eine Betreuung beim zuständigen Vormundschaftsgericht anregen und eine Person ihres Vertrauens vorschlagen! Die Übernahme der Betreuung durch einen engen Angehörigen, z.B. durch Vater oder Mutter für das volljährige psychisch erkrankte Kind, sollte sehr gut überlegt werden, da hierdurch die familiären Beziehungen zusätzlich belastet werden können.

*Ein Ehemann fragt, ob es in Ordnung ist, wenn die Klinik wochenlang den Kontakt mit seiner erkrankten Frau unter Hinweis auf ihren bei der Aufnahme geäußerten Willen abblockt.*

## ■ **Merkmale**

*Die Kosten für den vom Gericht bestellten Betreuer (ehrenamtlichen Betreuern steht eine Aufwandspauschale zu, Berufsbetreuer haben einen Anspruch auf Vergütung), muss der Betroffene aus seinem Einkommen oder Vermögen bezahlen. Ist der Betreute mittellos (kein oder nur geringes Einkommen) werden die Kosten von der Justizkasse übernommen.*

*Eine Heranziehung von Angehörigen zu diesen Kosten ist u.U. möglich, wenn der Betreute einen Unterhaltsanspruch gegenüber seinen Angehörigen hat.*

## Unterbringung

Die gesetzlichen Grundlagen für die Unterbringung von psychisch kranken Menschen sind in den vergangenen Jahren neu gefasst worden. Es ist zu unterscheiden zwischen

- zivilrechtlicher
- öffentlich-rechtlicher
- strafrechtlicher Unterbringung.

Durch das Betreuungsgesetz wurde ein einheitliches Verfahren für zivilrechtliche Unterbringungen nach dem BGB (durch den vom Gericht bestellten Betreuer) und die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach den Landesunterbringungsgesetzen geschaffen. Dies sind in den meisten Ländern Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG). Ausschließliche Unterbringungsgesetze gibt es derzeit noch in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und dem Saarland.

Für die strafrechtliche Unterbringung gelten als Rechtsgrundlagen das Strafgesetzbuch und die Maßregelvollzugsgesetze der Länder.

### Gründe für eine Unterbringung

Eine Unterbringung auf der Grundlage des Zivilrechts (durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten) ist nur zulässig, wenn diese zum Wohl des Betroffenen erforderlich ist und

- aufgrund einer psychischen Krankheit bzw. einer geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten eine erhebliche Selbstgefährdung vorliegt,
- eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betroffene z.B. aufgrund seiner psychischen Krankheit die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen kann (§1906 BGB).

Nach den für die öffentlich-rechtliche Unterbringung geltenden Landesgesetzen ist eine Unterbringung sowohl bei erheblicher Selbstgefährdung wie auch bei Fremdgefährdung möglich.

Die Unterbringung wie auch unterbringungsähnliche Maßnahmen (z.B. Fixierung oder „Ruhigstellung“ durch Medikamente) sind nur mit Genehmigung des Gerichts zulässig.

### Sofortige Unterbringung

Ausnahmen bilden die Regelungen zur sofortigen Unterbringung (Unterbringung in Eilfällen), bei denen eine Genehmigung durch das Gericht unverzüglich nachgeholt werden muss. Eine sofortige Unterbringung ist nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Zivilrechtlich (nur bei erheblicher Selbstgefährdung) kann sie durch den Betreuer oder Bevollmächtigten erfolgen (§1906 Abs. 2 BGB); bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung ist sie in der Regel als behördliches Verfahren (durch die örtliche Ordnungsbehörde) in den Landesgesetzen geregelt.

Kein ausreichender Grund für eine Unterbringung ist, wenn die Gefahr eines Rückfalls oder des Ausbruchs einer Psychose besteht oder der Betroffene sich weigert, ärztlich verordnete Medikamente zur Behandlung der psychischen Erkrankung einzunehmen oder sich in Behandlung zu begeben.

## Das gerichtliche Verfahren

Das gerichtliche Verfahren für die zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringung ist einheitlich im Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) geregelt. Es enthält als Anforderungen

- die Bestellung eines Verfahrenspflegers, wenn der Betroffene die eigenen Interessen nicht selbst vertreten kann und kein Bevollmächtigter mit der Interessenwahrnehmung beauftragt wurde;
- die persönliche Anhörung des Betroffenen;
- Gelegenheit zur Anhörung eines Angehörigen oder einer vom Betroffenen benannten Vertrauensperson;
- Einholung eines fachärztlichen Gutachtens (§§70 b – 70e FGG).

Ein Unterbringungsbeschluss muss folgende Angaben enthalten:

- die Bezeichnung des Betroffenen und eine nähere Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme,
- die vorgesehene Dauer (maximal ein Jahr, in Ausnahmefällen maximal zwei Jahre bis zur erneuten Überprüfung),
- eine Rechtsmittelbelehrung (§70f FGG).

### ■ **Merkposten**

*Gegen die Entscheidung des Gerichts kann der Betroffene oder auch ein Angehöriger Beschwerde einlegen.*

## Haftung

Von Angehörigen psychisch kranker Menschen wird häufig die Frage gestellt, wer für einen Schaden haftet, den ihr psychisch erkranktes Familienmitglied in Folge seiner Erkrankung verursachen könnte.

Angehörige haften nicht für Schäden, die ihr volljähriges Familienmitglied verursacht. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung kann die Schuldfähigkeit vermindert sein oder Schuldunfähigkeit vorliegen, so dass der Betroffene für einen von ihm verursachten Schaden nicht haftbar gemacht werden kann.

### ■ **Merkposten**

#### **Zur Haftpflichtversicherung**

*Um ein Haftungsrisiko abzudecken, empfiehlt sich der Abschluss einer Privat-Haftpflichtversicherung. Informieren Sie sich bei unterschiedlichen Anbietern.*

#### **Zur Unfallversicherung**

*Nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen können psychisch Kranke ebenso wie Pflegebedürftige und andere Personengruppen keine Unfallversicherung abschließen.*

## Kindergeld

Ohne Rücksicht auf das Lebensalter wird Kindergeld unbefristet weitergezahlt, wenn eine Behinderung vor dem 27. Lebensjahr eingetreten ist und das Kind wegen körperlicher, geistiger und/oder seelischer Behinderung nicht in der Lage ist, sich selbst zu unterhalten, also seinen Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit oder andere Einkünfte zu bestreiten. Dies ist der Fall, wenn das Einkommen des (volljährigen) Kindes einen Grenzbetrag nicht überschreitet, seit 2004 sind dies 7680 €.

Zum Einkommen gehören u.a. Versicherungs- und Versorgungsleistungen (z.B. Rente), Erwerbseinkommen (auch aus Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen/WfbM), Einkünfte aus Kapitalvermögen usw. Sollte das Kind pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sein, gehört das Pflegegeld nicht zu den Einkünften.

### Merkmale

*Wenn die vorstehenden Voraussetzungen erfüllt sind, haben Eltern eines psychisch behinderten Volljährigen einen Anspruch auf Kindergeld. – Es gibt 75-jährige Eltern, die für ihr 50-jähriges „Kind“ Kindergeld beziehen! Zuständig ist die Kindergeldkasse bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt).*

## Unterhaltungspflicht: Heranziehung von Angehörigen

Wenn ein psychisch erkrankter Mensch kein oder kein ausreichendes Einkommen und auch kein Vermögen besitzt (ausgenommen ein kleiner „Barbetrag“, z.B. auch auf einem Sparsbuch), aus dem er seinen Lebensunterhalt bestreiten kann, ist er vielfach auf **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) und dem zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) angewiesen.

Nimmt ein Familienmitglied Leistungen der **Sozialhilfe** oder **Arbeitslosengeld II** (ALG II) in Anspruch bzw. werden Leistungen beantragt

- wird bei gemeinsamem Haushalt das Vermögen und Einkommen des Partners und bei unverheirateten Kindern der Eltern in die Bedarfsberechnung einbezogen;
- werden bei (räumlich) getrennten Haushalten auch Ansprüche gegenüber Verwandten ersten Grades (Ehepartner, Eltern, Kinder) geprüft und geltend gemacht, wenn diese über ein entsprechendes Einkommen und Vermögen verfügen. Diese Rückgriffsmöglichkeiten gelten nicht uneingeschränkt und sind unterschiedlich bei Sozialhilfe und ALG II. Hier ist es im Einzelfall sinnvoll, sich fachlich beraten zu lassen (Arbeitslosenzentren, Fachanwälte etc.).

Ist der psychisch erkrankte Mensch auf weitere Leistungen der Sozialhilfe angewiesen – häufig sind es Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen –, gelten hierfür höhere Freibeträge für die

*Die Mutter einer psychisch kranken jungen Frau streitet mit der Krankenkasse um eine Reha-Maßnahme und über die Anrechnung des Kindergeldes als Einkommen der Tochter.*

Angehörigen bzw. besondere Regelungen. Grundsätzlich ist die Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger jedoch dann ausgeschlossen, wenn sie eine unbillige Härte bedeuten würde.

Zu den Sonderregelungen, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden: Seit 2005 gelten einheitliche Grundsätze für die Heranziehung der Angehörigen, egal ob es sich um ambulante oder stationäre Hilfe handelt. Benötigt ein psychisch erkrankter Mensch sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe wie auch Hilfe zum Lebensunterhalt, wird die Heranziehung von Angehörigen auf folgende Beträge beschränkt:

- bis zu 26 € monatlich für Leistungen der Eingliederungshilfe;
- bis zu 20 € monatlich für die Hilfe zum Lebensunterhalt.

Hat das psychisch erkrankte Familienmitglied Anspruch auf Leistungen der **Grundsicherung** im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII viertes Kapitel) für den Lebensunterhalt, kommt eine Heranziehung von Angehörigen nur in Betracht, wenn deren Jahreseinkommen über 100.000 € liegt.

# Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Für psychisch kranke und behinderte Menschen sieht das Sozialrecht eine Vielzahl von Hilfen vor, wobei ausdrücklich betont wird, dass den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung zu tragen ist (§27 Abs. 1 SGB V, §10 Abs. 3 SGB IX). Das sozialrechtliche Gefüge mit den gesetzlichen Regelungen, dazugehörigen Verordnungen sowie Richtlinien und Empfehlungen ist jedoch insgesamt so komplex, dass nur Wenige einen Überblick über das gesamte System haben.

Ähnlich sieht es mit dem konkreten Hilfeangebot aus, das bezüglich der Verfügbarkeit von Einrichtungen und Diensten teilweise erhebliche regionale Unterschiede aufweist.

## Merkposten

*In fast allen Regionen gibt es **Sozialpsychiatrische Dienste** (meistens beim Gesundheitsamt der Stadt/Kreisverwaltung angegliedert; in Baden-Württemberg und Bayern bei den Wohlfahrtsverbänden), die in der Regel einen guten Überblick über das regionale Hilfeangebot haben (sollten). Des Weiteren gibt es in den meisten Regionen inzwischen die Funktion und Stelle eines **Psychiatriekoordinators**, der von Berufs wegen einen Überblick haben muss. Bei diesen Stellen sind kompetente Informationen zum regionalen Hilfeangebot am ehesten zu erhalten; teilweise gibt es auch „psychosoziale Adressbücher“ oder „Wegweiser“.*

*Die Beratung und Information zu den Rechtsansprüchen ist eine Aufgabe der jeweiligen Leistungsträger (Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Sozialamt, Integrationsamt, usw.). Für die Beratung und Unterstützung von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Vertrauenspersonen (und hierzu gehören die Angehörigen) über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, **gemeinsame Servicestellen** zu schaffen. Die Umsetzung dieser Vorgabe geht zwar dem „Türschild“ nach zügig voran (vielfach bei den Rentenversicherungsträgern), aber vor Ort gibt es meistens auch weiterhin noch die „Servicestellen“ der jeweiligen Rehabilitationsträger (Kranken-, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Sozial- und Jugendhilfeträger).*

## Bei Krankheit: Leistungen zur Krankenbehandlung

Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) räumt Versicherten einen Anspruch auf Krankenbehandlung ein, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§27 SGB V). Zuständig für diese Leistungen ist die Krankenversicherung.

Sofern keine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse besteht und die Betroffenen bedürftig sind, werden die notwendigen Behandlungskosten im Rahmen der Krankenhilfe (§48 SGB XII) vom Sozialamt übernommen.

Zu den Leistungen der Krankenbehandlung gehören die

- ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie sowie zahnärztliche Behandlung;
- Arzneimittel (Medikamente) sowie Heilmittel, zu denen unter anderem die Ergotherapie gehört, die bei psychischen Erkrankungen zur gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen mit dem Ziel der Verbesserung und Stabilisierung von Antrieb, Motivation, Ausdauer und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung verordnet werden kann;
- Häusliche Krankenpflege, hier gibt es spezielle Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege;
- die im Jahr 2000 für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eingeführte Soziotherapie, die bisher aber nur zögerlich umgesetzt wird;
- Krankenhausbehandlung sowie
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Zu allen diesen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind Zuzahlungen zu leisten, die zum 1.1.2004 neu geregelt worden sind. Danach müssen alle Versicherten Zuzahlungen bis zu einer Belastungsgrenze zahlen, die bei zwei Prozent des Einkommens liegt. Eine Sonderregelung gilt für chronisch Kranke, die wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung sind: Hier beträgt die Belastungsgrenze ein Prozent des Einkommens.

*Die entfernt wohnende Schwester einer psychisch kranken Frau versucht vergeblich, diese von unsinnigen riesigen Geldausgaben abzuhalten. Sie fragt, ob und wie man solche Geschäfte rückgängig machen kann.*

## ■ **Merkposten**

Informationen zu den Zuzahlungsregelungen sowie zur Definition der chronischen Erkrankung erhalten sie u.a. bei den Krankenkassen. Zur Beantragung der Befreiung von Zuzahlungen nach Erreichen der Belastungsgrenze sind die Belege über geleistete Zuzahlungen zu sammeln.

## **Bei (drohender) Behinderung: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe**

Im Sozialrecht gelten Menschen als psychisch behindert, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Gleichgestellt mit diesem Personenkreis sind diejenigen, die von Behinderung bedroht sind, d.h. bei denen der Eintritt einer solchen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen gibt es die Leistungen zur Rehabilitation, die sich unterteilen in

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen in Betracht, wenn über die kurative Versorgung (damit sind die vorstehend beschriebenen Leistungen zur Krankenbehandlung gemeint) hinaus ein interdisziplinäres (unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Pflegekräfte und Sozialarbeiter) Hilfeangebot erforderlich ist, um

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Der Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation entspricht weitgehend dem der Krankenbehandlung, wobei der Schwerpunkt der Hilfen nicht auf der Behandlung der Erkrankung, sondern der Überwindung oder Minderung der in Folge der Erkrankung bestehenden oder drohenden Beeinträchtigungen liegt.

Mit dem seit 2001 geltenden neuen Recht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) wurden ausdrücklich auch weitergehende medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen als Teil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesetzlich definiert, die vor allem auch für chronisch psychisch kranke Menschen wichtig sind. Diese Hilfen sind nahezu wortgleich auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX aufgeführt (im untenstehenden Abschnitt zur Teilhabe am Arbeitsleben sind diese Hilfen im einzelnen aufgelistet).

Als Kostenträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen bei einer psychischen Erkrankung in Betracht

- die Rentenversicherung (wenn die Anforderungen an die Vorversicherungszeit erfüllt sind und die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt bzw. eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann);
- die Krankenversicherung und
- die Träger der Sozialhilfe (falls keine Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung besteht).

Für den Zugang zur medizinischen Rehabilitation muss in einem Begutachtungsverfahren die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit festgestellt werden. Außerdem muss dabei eine günstige Prognose für den Erfolg der Maßnahme (voraussichtliches Erreichen des Rehabilitationsziels) abgegeben werden. Dies gilt für alle Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden bislang noch vorwiegend stationär, zunehmend aber auch ambulant bzw. teilstationär durch Rehabilitations-einrichtungen erbracht, von denen es insgesamt jedoch viel zu wenige gibt.

## Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation

Als speziell für psychisch Kranke entwickeltes Angebot gibt es die **Rehabilitations-einrichtungen für psychisch Kranke (RPK)**, die über ein integriertes Angebot zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation verfügen und im Einzelfall dann mit der Phase der medizinischen Rehabilitation beginnen, in der es unter anderem auch um die Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten (Belastbarkeit und Ausdauer, Konzentration usw.) geht. Für diese Phase kommen die vorstehend genannten Leistungsträger in Betracht. Je nach Erfordernis des Einzelfalls folgt unmittelbar anschließend durch das gleiche Rehabilitationsteam eine Phase zur beruflichen Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben). Zu den Besonderheiten dieses Angebotes gehört, dass auch hinsichtlich der Dauer dem spezifischen Bedarf bei schweren psychischen Erkrankungen Rechnung getragen wird: Die Maßnahme kann bis zu einem Jahr dauern, wobei nach sechs Monaten eine Überprüfung stattfindet.

Von diesen Einrichtungen, die eigentlich als Angebot zur gemeindenahen Rehabilitation konzipiert sind, gibt es allerdings bundesweit noch nicht einmal 30; in manchen Bundesländern gar keine. Daneben gibt es in einigen Bundesländern noch Übergangseinrichtungen, die teilweise mit Rentenversicherungsträgern, in wenigen Fällen auch mit Krankenkassen Vereinbarungen zur Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen haben. Seit 2006 ist dieses Angebot auch in ambulanter bzw. teilstationärer Form möglich. Entsprechende Angebote sind leider bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Glauchau) noch nicht vorhanden.

Hinzuweisen ist daneben noch auf die **psychiatrisch-psychosomatischen Rehabilitationskliniken**, deren Angebot aber oft nicht dem Bedarf von Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen entspricht. Diese Kliniken führen in der Regel nur eher kurzfristige Maßnahmen (drei bis sechs Wochen) durch, die zumeist durch ein intensives psychotherapeutisches Angebot geprägt sind.

Vor dem Hintergrund der völlig unzureichend entwickelten Angebote zur medizinischen Rehabilitation werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in vielen Fällen faktisch auf Angebote verwiesen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe von der Sozialhilfe finanziert werden (z.B. Betreutes Wohnen, Wohnheime, Tagesstätten).

## Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen darauf, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Zu den Leistungen gehören vor allem

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung,
- berufliche Ausbildung,
- sonstige Hilfen, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Zu den Leistungen gehören auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese im Einzelfall erforderlich sind, um das vorstehend beschriebene Ziel zu erreichen.

Zu diesen Hilfen gehören

- die Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- mit Zustimmung der Leistungsberechtigten die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
- die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- die Beteiligung von Integrationsfachdiensten.

Erbracht werden können die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- in Betrieben, dazu gehören auch Integrationsfirmen;
- durch örtliche Träger von Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen – dies können Bildungsträger, aber auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen sein;
- in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für (psychisch) behinderte Menschen sowie in Werkstätten für behinderte Menschen.

Ziel der Leistungen ist jeweils die berufliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aus dieser Zielsetzung und den Vorgaben der Leistungsträger ergibt sich, dass die Betroffenen bereits zu Beginn einer Maßnahme über eine vergleichsweise hohe Belastbarkeit verfügen müssen (mindestens vier Stunden täglich). Da Maßnahmen in Teilzeit (halbtags) bislang kaum angeboten werden, müssen die behinderten Menschen in der Regel vollschichtig belastbar sein.

Über den Umfang von Maßnahmen entscheidet der zuständige Rehabilitationsträger:

- Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)
- Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung, früher BfA und LVA)
- Berufsgenossenschaft
- Träger der Sozialhilfe.

## ■ **Merkmale**

*Beratung und Information zu den Leistungen der Arbeitsförderung ist eine Aufgabe der **Agenturen für Arbeit** (Arbeitsämter). **Integrationsfachdienste** sind vorrangig für die Beratung, Information und Unterstützung schwerbehinderter Menschen bei Fragen der beruflichen Integration zuständig, können aber auch für Menschen tätig werden, die nicht als schwerbehindert anerkannt sind. Adressen und Ansprechpartner können bei den Integrationsämtern (früher: Hauptfürsorgestelle) oder der örtlichen Agentur für Arbeit erfragt werden.*

*Diese Stellen verfügen in aller Regel auch über Informationen zu den regionalen und überregionalen Hilfeangeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben.*

## Angebote der beruflichen Rehabilitation

Grundsätzlich können die oben beschriebenen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation in Betrieben oder bei Bildungsträgern vor Ort stattfinden. Die allgemeinen Angebote der Bundesagentur für Arbeit (z.B. Umschulungs- und andere Qualifizierungsmaßnahmen) können genutzt werden. Besondere Leistungen werden erbracht, wenn es die Art und Schwere der Behinderung bzw. die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen erforderlich machen.

Für die besonderen Leistungen stehen verschiedene Angebote für die berufliche Rehabilitation zur Verfügung.

**Berufliche Trainingszentren (BTZ)** sind speziell für psychisch behinderte Menschen konzipierte Einrichtungen, die sich als regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation verstehen, die aber bislang nur an 15 Orten bestehen. Diese Einrichtungen bieten Möglichkeiten zur Berufsfindung und Belastungserprobung, zur Feststellung von Belastbarkeit und Ausdauer sowie zur beruflichen Orientierung. An diese Phase können sich weiterführende Maßnahmen anschließen. Zum anderen bieten die BTZ Trainings- und Qualifizierungsmöglichkeiten, um bereits erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten zu reaktivieren und an die Anforderungen der Arbeitswelt anzupassen.

**Berufsbildungswerke (BBW)** dienen der erstmaligen Berufsausbildung vorwiegend jugendlicher Menschen mit Behinderung. Von den bestehenden 52 Berufsbildungswerken wenden sich insgesamt 28 ausdrücklich auch an psychisch Behinderte, wobei zwei Einrichtungen ausschließlich Jugendliche mit einer psychischen Behinderung aufnehmen.

**Berufsförderungswerke (BFW)** sind außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen zur Aus- und Weiterbildung von Erwachsenen mit einer Behinderung. Sie verfügen über ein breites Angebotsspektrum, das von Berufsfindung und Arbeitserprobung über Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen bis hin zur Ausbildung reicht. Die meisten der bestehenden 28 Einrichtungen nehmen auch psychisch behinderte Menschen auf, wobei allerdings nur wenige über spezielle Angebote für diesen Personenkreis verfügen.

Auf die **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)**, die sich durch ein integriertes Angebot von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben auszeichnen, wurde bereits bei der medizinischen Rehabilitation hingewiesen.

Seit dem 1.1.2009 besteht die Fördermöglichkeit der **Unterstützten Beschäftigung** (§38a SGB IX). Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung. Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung erhalten behinderte Menschen insbesondere, um sie für geeignete betriebliche Tätigkeiten zu erproben, auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten und bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz zu unterstützen. Die Leistungen umfassen auch die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit der behinderten Menschen. Leistungen der Berufsbegleitung erhalten behinderte Menschen insbesondere, um nach Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses die zu dessen Stabilisierung erforderliche

*„Er ist immer noch sehr passiv und hat kaum Antrieb. Nun soll er in eine Werkstatt für Behinderte; sie verlangen aber Anwesenheit an fünf Tagen in der Woche; das kann er im Augenblick unmöglich leisten.“*

Unterstützung und Krisenintervention zu gewährleisten. Die Leistungen werden für bis zu zwei Jahre erbracht, soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind. Sie können bis zu einer Dauer von weiteren zwölf Monaten verlängert werden, wenn auf Grund der Art oder Schwere der Behinderung der gewünschte nachhaltige Qualifizierungserfolg im Einzelfall nicht anders erreicht werden kann und hinreichend gewährleistet ist, dass eine weitere Qualifizierung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führt.

Die **Werkstätten für (psychisch) behinderte Menschen (WfbM)** haben einen

rehabilitativen Auftrag und bieten daneben auch die Möglichkeit zu längerfristiger Beschäftigung. Das Angebot der Werkstätten für Behinderte umfasst

- das Eingangsverfahren. Es soll klären, ob die Werkstatt der „richtige“ Ort für die Beschäftigung des behinderten Menschen ist und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für einen behinderten Menschen in Betracht kommen, darüber hinaus wird ein Eingliederungsplan erstellt;
- die Leistungen im Berufsbildungsbereich, die maximal bis zu zwei Jahren gefördert werden, um die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und nach Möglichkeit eine berufliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen;
- den Arbeitsbereich, in dem die Möglichkeit zu längerfristiger, ggf. auch dauerhafter Beschäftigung geboten wird, wenn eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen der Behinderung nicht oder noch nicht möglich ist. Voraussetzung für die Aufnahme in den Arbeitsbereich ist, dass der behinderte Mensch ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringt.

Im Berufsbildungsbereich und im Arbeitsbereich können die Arbeitsplätze in Betriebe dauerhaft ausgelagert werden.

Mit rund 650 Einrichtungen verfügen die WfbM bundesweit über das dichteste Netz von Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, viele haben spezielle Abteilungen oder eigene Werkstätten für psychisch behinderte Menschen, teilweise auch in Betriebe ausgelagerte Arbeitsplätze.

Auch wenn dies gesetzlich nicht festgeschrieben ist, so wird seit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende als Zugangsvoraussetzung eine Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden von den zuständigen Leistungsträgern definiert. Bezieher von ALG II können demnach nicht die Angebote einer WfbM nutzen, insbesondere nicht den Arbeitsbereich.

Während der Leistungen im Berufsbildungsbereich erfolgt die Entgeltzahlung (z.B. Übergangsgeld durch Rentenversicherung, Agentur für Arbeit) durch den zuständigen Rehabilitationsträger.

Bei einer Beschäftigung im Arbeitsbereich wird ein Entgelt unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit aus den erwirtschafteten Erlösen gezahlt, das meist zwischen 100 und 150 € monatlich liegt. Zur Sicherung des Lebensunterhaltes sind die behin-

dernten Menschen daher oft darauf angewiesen, ergänzende Leistungen (Hilfe zum Lebensunterhalt) in Anspruch zu nehmen. Zur Unterhaltungspflicht von Angehörigen in diesen Fällen siehe Abschnitt „Rechtsgrundlagen“. Die in einer WfbM beschäftigten Menschen sind in der gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung) pflichtversichert.

### **Besondere Arbeitsangebote**

Hinzuweisen ist noch auf die **Integrationsfirmen**, die früher als „Selbsthilfefirmen“ vor allem gegründet wurden, um chronisch psychisch erkrankten Menschen Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen. Inzwischen gibt es bundesweit über 400 dieser Firmen, die als besondere Angebote zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelten und besonderen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Hier erhalten die behinderten Menschen ein tarifliches oder ortsübliches Entgelt. Viele dieser Integrationsprojekte bieten neben Voll- und Teilzeitstellen behinderten Menschen auch die Möglichkeit, für einige Stunden in der Woche einer bezahlten Arbeit nachzugehen und damit zur Rente oder Sozialhilfe etwas hinzu zu verdienen. Deshalb werden diese Beschäftigungsmöglichkeiten häufig auch als „**Zuverdienstangebot**“ bezeichnet.

Daneben gibt es – meist über gemeindepsychiatrische Einrichtungen organisiert – noch andere Zuverdienstmöglichkeiten, teilweise im Rahmen von Tagesstätten, teilweise in eigenständigen Zuverdienstprojekten. Die Anforderungen, die an Leistung, Pünktlichkeit und Regelmäßigkeit gestellt werden, sind häufig niedrig gehalten. Gleichzeitig wird Wert auf kommunikative und soziale Aspekte der Arbeit gelegt.

### **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

Aufgabe dieser (in §55 SGB IX) geregelten Leistungen ist, behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Zu den für psychisch behinderte Menschen wichtigen Leistungen gehören insbesondere

- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Diese Leistungen werden aber nur von wenigen Rehabilitationsträgern erbracht. Dazu gehören vor allem die Sozialhilfe, daneben auch die Unfallversicherung. Kranken- und Rentenversicherung sowie Agentur für Arbeit erbringen diese Leistungen nicht!

Für Menschen mit einer psychischen Behinderung kommt für diese Leistungen im Wesentlichen nur die Sozialhilfe als Kostenträger in Betracht. Rechtsgrundlage bilden hier die Regelungen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sozialhilferecht (SGB XII).

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören neben den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf die bereits eingegangen wurde. Darüber hinaus werden im Rahmen der Eingliederungshilfe auch die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer vergleichbaren Beschäftigungsstätte

geregelt sowie Hilfen, um einem behinderten Menschen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen.

Ein erheblicher Anteil der in den letzten drei Jahrzehnten neu entstandenen gemeindepsychiatrischen Hilfeangebote wird gegenwärtig im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanziert. Hierzu gehören die verschiedenen Formen des ambulant betreuten Wohnens (Einzelwohnen, Wohngemeinschaften), Wohnheime und Tagesstätten.

### **Geld- oder Sachleistung / Persönliches Budget**

Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe alleine, mit anderen Leistungsträgern oder unter Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen erbringen. Hier handelt es sich in der Regel um Sachleistungen.

Auf Antrag können die Leistungen zur Teilhabe auch durch ein **Persönliches Budget** gewährt werden, um dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung gewährt, bei regelmäßigen Leistungen monatlich. In begründeten Fällen werden Gutscheine ausgegeben. Persönliche Budgets werden so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.

Als „Experten in eigener Sache“ entscheiden Budgetnehmer so selbst, welche Hilfen für sie geeignet sind und welcher Dienst bzw. welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.

Zwischen dem Budgetnehmer und den Kostenträgern wird eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Darin sollen die bedarfsgerechten Hilfen und die damit verbundenen Ziele näher beschrieben werden. Eine Nachweispflicht besteht für den Budgetnehmer im Hinblick auf die Zielerreichung, nicht jedoch für die Verwendung der Geldleistung (z.B. durch Rechnungen oder Kontoauszüge).

Besondere Bedeutung für die Fortentwicklung der Leistungen zur Teilhabe hat das **Trägerübergreifende Persönliche Budget** als so genannte Komplexleistung. Hiervon spricht man, wenn mehrere Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen, die von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht werden, in einem einzigen Budget zusammengefasst werden. Seit 2004 können neben allen Leistungen zur Teilhabe auch andere Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, der sozialen Pflegeversicherung, der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Pflegeleistungen der Sozialhilfe in trägerübergreifende Persönliche Budgets einbezogen werden. Voraussetzung ist, dass es sich um alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Hilfebedarf handelt.

Seit 2008 besteht auf diese Form der Leistungserbringung ein Rechtsanspruch. Das bedeutet, dass dem Wunsch- und Wahlrecht des Budgetnehmers in vollem Umfang entsprochen werden muss und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich alle Anträge auf Bewilligung von Persönlichen Budgets zu genehmigen sind. Leider gibt es noch nicht ausreichende Möglichkeiten, sich über die Nutzung dieses Angebots unabhängig beraten zu lassen. Eine Informationsbroschüre zum Trägerübergreifenden Persönlichen Budget ist kostenlos zu beziehen beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin und steht als Download auf den Internetseiten des Ministeriums ([www.bmas.de](http://www.bmas.de)) unter Publikationen zur Verfügung.

## Schwerbehinderte Menschen: Hilfen und Nachteilsausgleiche

Als schwerbehindert gelten Menschen, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt. Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt durch das Versorgungsamt der Kommune, in der der Behinderte lebt. Bei Menschen mit einer psychischen Behinderung wird die Schwerbehinderteneigenschaft vorrangig nach dem Grad der sozialen Anpassungsstörungen beurteilt, wobei teilweise große Ermessensspielräume bestehen. Wird ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft abgelehnt oder ein zu niedriger Grad der Behinderung anerkannt, sollte man sich nicht scheuen, Widerspruch einzulegen. Häufig wird nach Widerspruch dem Antrag entsprochen.

Die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft kann vor allem dann sinnvoll und wichtig sein, wenn der Betroffene einen Arbeitsplatz hat: Wer als schwerbehindert anerkannt ist, hat Anspruch auf begleitende Hilfen im Arbeitsleben und ggf. Lohnkostenzuschüsse (z.B. zum Ausgleich von in Folge der Behinderung gegenüber nicht behinderten Menschen verminderter Leistungsfähigkeit), zusätzlichen Urlaub und einen Steuerfreibetrag.

Der Schwerbehindertenausweis wird zeitlich befristet für fünf Jahre ausgestellt und bei Fortbestehen der Behinderung jeweils für fünf Jahre verlängert.

Liegt ein Grad der Behinderung von weniger als 50, mindestens aber 30 vor, kann bei der Agentur für Arbeit die „Gleichstellung“ beantragt werden, wenn der behinderte Mensch ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten kann. Leider ist in letzter Zeit die Tendenz zu beobachten, Anträge von psychisch kranken Menschen abzulehnen.

### Merkmale

*Über die Vor- und Nachteile eines Behindertenausweises für den Betroffenen wird unter Angehörigen viel diskutiert. Manche psychisch kranke Menschen fühlen sich durch ihn diskriminiert und abgestempelt, für andere bedeutet der Ausweis Schutz und Sicherheit. Angehörige sollten die letzte Entscheidung, ob Ausweis oder nicht, dem Betroffenen überlassen.*

## Hilfen bei Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig werden im **Pflegeversicherungsgesetz** (SGB XI) Personen beschrieben, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung auf Dauer, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß Hilfe brauchen, um die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens zu bewältigen. Diese gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Pflegeversicherungsgesetz abschließend aufgezählt und liegen in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Mobilität und
- hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist bei der Pflegekasse (unter dem Dach der jeweiligen Krankenkasse) von dem Betroffenen zu beantragen und erfolgt durch eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MDK).

Die Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen je nach Umfang der Pflegebedürftigkeit eingeteilt. Für die erste Stufe muss mindestens einmal täglich Pflegebedarf bei den im Gesetz aufgezählten Verrichtungen im Bereich der Grundpflege (Ernährung, Mobilität, Körperpflege) mit einem Zeitaufwand von mindestens 45 Minuten bestehen.

Abhängig vom Umfang der Pflegebedürftigkeit werden in den drei Pflegestufen unterschiedlich hohe Beträge zur Verfügung gestellt.

Bei häuslicher Pflege kann zwischen Geldleistung oder Sachleistung (Hilfe durch einen Pflegedienst) gewählt werden, wobei auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen möglich ist.

Übernehmen Verwandte oder nahe stehende Personen die Pflege, so erhält der Pflegebedürftige bei Pflegestufe I 215 €, bei Stufe II 420 € und bei Stufe III 675 € monatlich (ab 1.10.2010: 225 € / 430 € / 685 €, ab 1.1.2012: 235 € / 440 € / 700 €). Wenn Angehörige oder nahe stehende Personen einen Pflegebedürftigen betreuen, übernehmen die Pflegekassen bei Urlaub oder bei Krankheit der Pflegeperson die Kosten für die Pflegevertretung für bis zu vier Wochen im Jahr. Wenn entfernte Verwandte oder erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte dann die Pflege übernehmen, werden Kosten bis zu 1.470 € (ab 1.10.2010 1.510 €, ab 1.1.2012 1.550 €) erstattet.

Für Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen durch die Behinderung oder Krankheit dauerhaft eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt, können seit 2008 zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden. Die Kosten hierfür werden bis zu 200 € monatlich ersetzt. Hierbei handelt es sich nicht um ein Pflegegeld, sondern die Betreuung kann nur durch einen anerkannten Leistungserbringer (Pflegedienst) erfolgen.

## Wichtiges zur Pflege

Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen unfallversichert. Bei Unfall können sie Leistungen wie bei einem Arbeitsunfall beanspruchen. Zuständig sind die Gemeindeunfallversicherungen.

Wer nach einer Pflegetätigkeit wieder in den Beruf zurückkehren möchte, hat Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit (Finanzierung von Fortbildung und Bezug von Unterhaltsgeld).

Pflegepersonen, die mindestens 15 Stunden wöchentlich Pflegeleistungen erbringen, werden bei den Rentenversicherungen versichert. Die Pflegekassen (bzw. die privaten Pflegeversicherer) tragen die Beiträge. Pflegezeiten gelten also als ganz normale Beitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Für Menschen, die pflegebedürftig sind, die aber nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (vorausgegangene Beitragszahlung), wird **Hilfe zur Pflege** im Rahmen des SGB XII – Sozialhilfe gewährt. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weithin denen der Pflegeversicherung (gleiche Beträge in den einzelnen Pflegestufen für Pflegegeld und Sachleistung). Ein wichtiger Unterschied liegt darin, dass bei der Hilfe zur Pflege Leistungen auch dann gewährt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit die Pflegestufe I unterschreitet oder voraussichtlich für weniger als sechs Monate besteht. In diesen Fällen werden aber nur die Kosten

für Sachleistungen (durch einen Pflegedienst) übernommen. Für die Heranziehung von Angehörigen gelten dabei Regelungen, die denen bei der Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen entsprechen.

### ■ **Merkposten**

*Es wird oft kritisiert, dass die Pflegeversicherung nur auf körperliche Beeinträchtigungen abzielt. Ein psychisch kranker Mensch, der von Angehörigen – häufig rund um die Uhr und über viele Jahre hinweg – beaufsichtigt und betreut werden muss, hat manchmal große Schwierigkeiten, diesen Pflegebedarf anerkannt zu bekommen.*

*Wenden Sie sich an Angehörigenverbände, die mit diesem Defizit der Pflegeversicherung bei ihren Mitgliedern Erfahrungen gesammelt haben.*

## **Sicherung des Lebensunterhalts**

Die Sicherung des Lebensunterhalts erfolgt üblicherweise durch eigenes Einkommen. Ist es auf Grund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung nicht möglich, ein Erwerbseinkommen zu erzielen, gibt es verschiedene Formen von „Lohnersatzleistungen“:

- Bei **Krankheit** und vorausgegangener Erwerbstätigkeit: Zunächst die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber (meistens sechs Wochen), danach **Krankengeld** von der Krankenkasse, das maximal 18 Monate gewährt wird.
- Während **Reha-Maßnahmen** nach vorausgegangener Erwerbstätigkeit
  - a) bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation: **Unterhaltsgeld** durch die Rentenversicherung oder **Krankengeld** durch die Krankenkasse,
  - b) bei Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben: **Unterhaltsgeld** durch die Rentenversicherung oder die Agentur für Arbeit.
- Bei teilweiser oder vollständiger **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (früher: **Erwerbsunfähigkeit**) und vorausgegangener rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung: **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**. Bei einer Arbeitsfähigkeit von weniger als drei Stunden täglich gibt es eine volle Erwerbsminderungsrente; bei einer Arbeitsfähigkeit von drei bis sechs Stunden täglich eine halbe Erwerbsminderungsrente.
- Volljährige, die aufgrund einer Behinderung dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und kein bzw. nur ein geringes Einkommen haben (z.B. keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente, weil sie nicht oder nur kurz rentenversicherungspflichtig beschäftigt waren), können einen Antrag auf **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (SGB XII Kapitel IV) stellen. Träger der Grundsicherung sind die Kreise und Städte. Die Höhe der Grundsicherung orientiert sich an der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz und setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag (dieser entspricht dem Sozialhilfe-Regelsatz sowie Mehrbedarf – 17% des Regelsatzes – und einmaligen Bedarfen wie bei der Sozialhilfe) sowie den Kosten von Heizung und Unterkunft. Außerdem werden die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge übernommen.

- Bei **Arbeitslosigkeit** nach vorausgegangener Beschäftigung: Je nach Voraussetzung (Dauer der Beschäftigung) wird bis zu 18 Monaten **Arbeitslosengeld I** gezahlt. Dieses orientiert sich an dem zuletzt erzielten Lohn oder Gehalt; Vermögen wird nicht angerechnet. Nach dem Auslaufen beziehen alle mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähigen Arbeitssuchenden (hierzu gehören auch Personen, die innerhalb der nächsten sechs Monate wieder erwerbsfähig sein werden) **Arbeitslosengeld II (ALG II)**, dessen Höhe sich an der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) orientiert.
- Für alle, die weniger als drei Stunden erwerbsfähig sind und in absehbarer Zeit (6 Monate) auch nicht sein werden, ist **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem SGB XII zu gewähren. Leistungen der Sozialhilfe werden aber nur nachrangig gewährt (§2 SGB XII), das bedeutet, Sozialhilfe erhält nicht, wer sich selbst helfen kann oder Hilfe von anderen erhält, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt umfasst zum einen die Regelsätze (für Ernährung, Körperpflege, persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens, teilweise Kleidung) sowie die Kosten der Unterkunft (Miete). Daneben werden nur sehr begrenzt Mehrbedarfe (z. B. bei krankheitsbedingter kostenaufwändiger Ernährung) und einmalige Bedarfe (z.B. Erstausrüstung Wohnung, Erstausrüstung Bekleidung und bei Schwangerschaft und Geburt, mehrtägige Klassenfahrten) gewährt und Krankenversicherungsbeiträge übernommen.

Zur Unterhaltungspflicht von Angehörigen siehe Abschnitt „Rechtsgrundlagen“.

### ■ **Merkposten**

*Die vorstehenden Leistungen werden jeweils nur auf Antrag gewährt. Eine Ausnahme bilden Leistungen der Sozialhilfe, für die vom Gesetz her kein Antragsersfordernis geregelt ist, für die aber in der Praxis gleichwohl Antragsformulare auszufüllen sind.*

## Weiterführende Informationen

### Mit psychisch Kranken leben – Rat und Hilfe für Angehörige

Empfehlen möchten wir Ihnen ausdrücklich den vom Bundesverband herausgegebenen Angehörigenratgeber *Mit psychisch Kranken leben*. Er ist im Balance buch+medien verlag, Bonn, 2008 als Neuauflage erschienen, umfasst 319 Seiten und kostet 17,90 €.

Dieser Ratgeber

- informiert wesentlich umfangreicher als die vorliegende Broschüre über die häufigsten psychischen Krankheiten, Therapiemöglichkeiten und das psychosoziale Versorgungssystem,
- erklärt ausführlich die wichtigsten Rechtsbegriffe von A wie Akteneinsicht bis Z wie Zwangseinweisung,
- läßt Angehörige zu Wort kommen mit ihren Erfahrungen und Erkenntnissen und
- enthält ein Kapitel über Kommunikationstechniken, die den Umgang mit den kranken Familienmitgliedern erleichtern können.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker erweitert ständig sein Angebot an Informationsbroschüren. Einen Bestellschein mit allen Titeln finden Sie am Ende dieser Broschüre. Außerdem finden Sie ergänzende Informationen auf unserer Internetseite [www.bapk.de](http://www.bapk.de).

Zu den einzelnen *Sozialgesetzen* gibt die Bundesregierung fortlaufend aktualisierte Informationsmaterialien heraus.

- Bundesministerium für Gesundheit: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > publikationen
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: [www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de) > publikationen
- Bundesministerium der Justiz: [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de) > publikationen

Dort können Sie Broschüren und CD's bestellen und meist auch downloaden.

Einen allgemeinen Überblick über die Leistungen für chronisch kranke und behinderte Menschen gibt die Schrift

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe: *Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen*, 35. Auflage, 2007, 4,80 €

Bezug: BAG Selbsthilfe, Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf,  
Tel. 0221/31006-0, Fax 0211/31006-48, eMail: [info@bag-selbsthilfe.de](mailto:info@bag-selbsthilfe.de)

Einen vertiefenden Überblick über Rechtsfragen für psychisch kranke und behinderte Menschen und ihre Angehörigen gibt der Wegweiser

Rolf Marschner: *Psychisch Kranke im Recht*, 2008, 240 Seiten, 15,95 €

Balance buch+medien verlag, Bonn

## **Psychosoziale Umschau**

Vierteljährlich erscheint die *Psychosoziale Umschau* als unsere Verbandszeitschrift. Diese im deutschsprachigen Raum mit Abstand auflagenstärkste sozialpsychiatrische Zeitschrift hat sich als Forum für Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter im psychiatrischen System etabliert, sie informiert über aktuelle Themen der Gemeindepsychiatrie, interessante Projekte aus Versorgung, Kunst und Medien, Neues aus den Ländern und Regionen und aus der Verbandsarbeit.

## **www.psychiatrie.de**

Sehr umfangreich ist auch unser Informationsangebot im Internet. Im Psychiatrienetz haben wir unter der Adresse **www.psychiatrie.de** gemeinsam mit anderen Fachverbänden und dem Psychiatrieverlag sowohl Basiswissen, Erfahrungen wie auch aktuelle Informationen zum Thema psychische Erkrankungen zusammengestellt. Dort finden Sie auch viele Literaturhinweise und haben die Möglichkeit, Fragen an Experten zu stellen.

## **Hotline 01805 / 950 951**

Der Bundesverband bietet außerdem telefonische Selbsthilfebberatung unter der Nummer **01805 / 950 951** (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz) zu folgenden Zeiten an: Montag, Dienstag und Donnerstag von 15.00 bis 19.00 Uhr. Jederzeit sind wir für Sie per eMail unter der Adresse: **beratung.bapk@psychiatrie.de** erreichbar.

## **Unsere Geschäftsstelle**

Kontakt und Informationen zum Bundesverband finden Sie über unsere Geschäftsstelle in Bonn. Die Adresse:

**Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.**

**Oppelner Straße 130**

**53119 Bonn**

**Tel. 0228/63 26 46**

**Fax 0228/65 80 63**

**eMail [bapk@psychiatrie.de](mailto:bapk@psychiatrie.de)**

Die Adressen unserer Landesverbände finden Sie auf unserer Internetseite [www.bapk.de](http://www.bapk.de) oder können Sie in der Geschäftsstelle erfragen.



## Bestellung

Publikation	Einzelpreise / Rabatte *)			Bestellmenge
<b>Verbandsinformationen:</b>				
200201	Flyer	0,00 €		<input type="text"/>
200202	Leitbild	0,00 €		<input type="text"/>
<b>Broschüren:</b>				
200905	<b>Psychisch krank. Und jetzt?</b> Erstinformationen für Familien mit psychisch Kranken	3,00 €	ab 10 St. 2,55 € ab 25 St. 2,10 €	<input type="text"/>
200302	<b>Psychisch krank. Und jetzt? (türkisch)</b> Erstinformationen für Familien mit psychisch Kranken in türkischer Sprache	0,00 €		<input type="text"/>
200304	<b>Psychisch krank. Und jetzt? (russisch)</b> Erstinformationen für Familien mit psychisch Kranken in russischer Sprache	0,00 €		<input type="text"/>
200603	<b>Zwischen Liebe und Abgrenzung</b> Angehörige im Zwiespalt der Gefühle	2,50 €	ab 10 St. 2,25 € ab 25 St. 2,00 €	<input type="text"/>
200601	<b>Psychisch krank im Job. Was tun?</b> Praxishilfe für Unternehmen	1,00 €	bis 4 St. 0,00 € ab 5 St. 1,00 €	<input type="text"/>
200401	<b>Medikamente bei psychischen Erkrankungen</b> Antwort auf die häufigsten Fragen, die Angehörige zu Psychopharmaka stellen	2,50 €	ab 10 St. 2,25 € ab 25 St. 2,00 €	<input type="text"/>
200602	<b>Borderline</b> Die Krankheit verstehen und Hilfe finden	3,00 €	ab 10 St. 2,70 € ab 25 St. 2,40 €	<input type="text"/>
200402	<b>Mit psychisch Kranken leben - "Amelie"</b> Aufklärung - Information - Hilfe	0,00 €		<input type="text"/>
200901	<b>Jetzt bin ICH dran</b> Informationen für Kinder von 8 bis 12 Jahren	0,00 €		<input type="text"/>
200902	<b>It's my turn</b> Informationen für Jugendliche	0,00 €		<input type="text"/>
200903	<b>Nicht von schlechten Eltern</b> Informationen für psychisch kranke Eltern und ihre Partner	0,00 €		<input type="text"/>
<b>Broschürensätze:</b>				
200906	<b>„Basisinformationen“</b> bestehend aus: 200905, 200603, 200601, 200401, 200602, 200402	9,50 €		<input type="text"/>
200904	<b>"Kinder psychisch kranker Eltern"</b> für Kinder, Jugendliche, Eltern bestehend aus: 200901, 200902, 200903	0,00 €		<input type="text"/>
<b>Bücher:</b>				
200101	<b>BApK (Hg.): Mit psychisch Kranken leben – Rat und Hilfe für Angehörige</b> 319 Seiten, Neuausgabe 2008	17,90 €		<input type="text"/>
200801	<b>Mattejat, Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern Kinder psychisch Kranker</b> 224 Seiten, Neuausgabe 2008	14,95 €		<input type="text"/>

\*) alle Lieferungen zuzügl. Versandkosten; bis 500 g 1,50 € (Inland); darüber nach Gewicht  
Preisliste gültig ab 1.4.2009; Preisänderungen vorbehalten



**Liefer- und Rechnungsanschrift:**

Organisation, Name	
Organisation, Name	
Straße, Postfach	
PLZ	Ort

Datum, Unterschrift

---

---

Bestellung bitte senden an:

**Familien-Selbsthilfe Psychiatrie**  
**BAPK e.V.**  
**Oppelner Straße 130**  
**53119 Bonn**

## Impressum

Herausgeber	Familien-Selbsthilfe Psychiatrie Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Text und Redaktion	Ursula Brand, Jutta Seifert, Karl-Ernst Brill, Jörg Holke, Beate Lisofsky
Grafische Gestaltung	markus lau hintzenstern, mlh-design.com, Berlin
Druck	Siebengebirgs-Druck, Bad Honnef
Ausgabe	April 2009

Diese Broschüre basiert auf der Überarbeitung des Angehörigenratgebers  
**Angehörige helfen sich selbst**, den der BApK 1998 erstmals herausgegeben hat.

