



ERGÄNZUNG

zum Haupttratgeber Sozialrecht

BIPOLARE STÖRUNG

Informationen, Leistungen und Ansprechpartner

VERSTÄNDLICH · HILFREICH · PRAKTISCH

WWW.NEURAXWIKI.DE

DIE NEURAXWIKIPRINT PRODUKTE



1. HAUPTTRATGEBER

Sozialrecht

Der krankheitsunabhängige sozialrechtliche Haupttratgeber gibt einen Überblick über alle Leistungen der Sozialversicherungsträger. Er wird zu Beginn jeden Jahres aktualisiert und neu aufgelegt.



2. ERGÄNZUNGEN

zum Haupttratgeber Sozialrecht

Die Einzelbroschüren liefern zusätzliche sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild. Die Broschüren sind eine reine Ergänzung zum Haupttratgeber Sozialrecht.

Die neuraxWiki Ratgeberreihe bietet Patienten, Angehörigen und Fachkräften eine praxisgerechte Hilfestellung bei der Beantwortung sozialrechtlicher und psychosozialer Fragen.

BESTELLEN SIE DIE RATGEBER KOSTENFREI UNTER WWW.NEURAXWIKI.DE

BIPOLARE STÖRUNG

Informationen, Leistungen und Ansprechpartner

VERSTÄNDLICH · HILFREICH · PRAKTISCH

Ergänzung zum Haupttratgeber Sozialrecht

Hinweis im Sinne des Gleichberechtigungsgesetzes

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung (z. B. Patient/Patientin) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

DIAGNOSE BIPOLARE STÖRUNG

Gelegentliche Stimmungsschwankungen, gute und schlechte Tage – das kennt jeder. Bei Menschen mit bipolarer Störung sind diese Schwankungen aber sehr stark ausgeprägt. Das Spannungsfeld zwischen euphorischem und depressivem Lebensgefühl ist für die Patienten sehr belastend.

1.1 Einteilung, Symptome und Verlauf

Bei der bipolaren (affektiven) Störung, früher auch **manisch-depressive Erkrankung** genannt, kommt es zu mehreren wiederkehrenden Episoden, in denen nicht nur die Stimmung wechselt, sondern in der Folge auch das Aktivitätsniveau und das Denken stark beeinträchtigt sind. Die Betroffenen pendeln zwischen manischen Phasen des Tatendrangs mit einem himmelhochjauchzenden Hochgefühl und depressiven Phasen mit niedergedrückter Stimmung und vermindertem Antrieb.

Die Schwankungen und **Verläufe der einzelnen Episoden sind individuell sehr verschieden**. So variiert die Dauer der einzelnen Krankheitsepisoden zwischen einigen Tagen, mehreren Monaten und in seltenen Fällen sogar Jahren. Unbehandelt

dauert eine depressive Krankheitsepisode im Durchschnitt zwischen 4 und 12 Monate, manische Episoden sind in der Regel deutlich kürzer.¹ Dabei können die Episoden direkt ineinander übergehen oder auch (jahre-)lange beschwerdefreie Zeiten dazwischen liegen.

Von einer **Manie** spricht man, wenn die Stimmung vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für den Betroffenen deutlich abnorm ist. Die Episode dauert **wenigstens 1 Woche** und ist schwer genug, um die **berufliche und soziale Funktionsfähigkeit** mehr oder weniger vollständig zu **unterbrechen**.

Es müssen **mindestens 3 der folgenden Merkmale** vorliegen (4, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der alltäglichen Lebensführung verursachen:²

¹ „Bipolare Erkrankungen - Prognose und Verlauf“. Neurologen und Psychiater im Netz. Abgerufen unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/bipolare-erkrankungen/prognose-und-verlauf

² „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 428.

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“)
3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt
5. Vermindertes Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn
7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten und Plänen
8. Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z. B. Ausgaben von Lokalrunden, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

Bei **besonders ausgeprägten, schwerwiegenden manischen Episoden** treten u. U. auch **psychotische Symptome** wie z. B. Verfolgungswahn, Wahnideen und Halluzinationen auf.³

Eine **Hypomanie** ist eine **abgeschwächte Form der Manie**. Die Stimmung ist leicht gehoben (wenigstens einige Tage hintereinander), Antrieb und Aktivität gesteigert. Der Patient empfindet gewöhnlich ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Konzentration und Aufmerksamkeit können aber beeinträchtigt sein, und damit auch die Fähigkeit, sich der Arbeit zu widmen, sich zu entspannen und zu erholen. Zudem können Reizbarkeit, eingebildetes Auftreten

und flegelhaftes Verhalten anstelle der (häufigeren) euphorischen Geselligkeit auftreten.⁴

Von einer **depressiven Episode** spricht man, wenn über einen Zeitraum von mindestens **2 Wochen** folgende Symptome (je nach Schweregrad mindestens 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome) auftreten:⁵

Hauptsymptome

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit
- Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Unentschlossenheit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Von einer **gemischten Episode** spricht man, wenn (hypo)manische und depressive Symptome entweder innerhalb weniger Stunden wechseln oder gleichzeitig auftreten. Die Betroffenen fühlen sich beispielsweise sowohl getrieben und erregt, als auch mutlos und deprimiert.⁶

³ „Bipolare Erkrankungen - Krankheitsbild“. Neurologen und Psychiater im Netz. Abgerufen unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/bipolare-erkrankungen/krankheitsbild

⁴ „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 430.

⁵ Ebd. S. 431.

⁶ Ebd. S. 42.

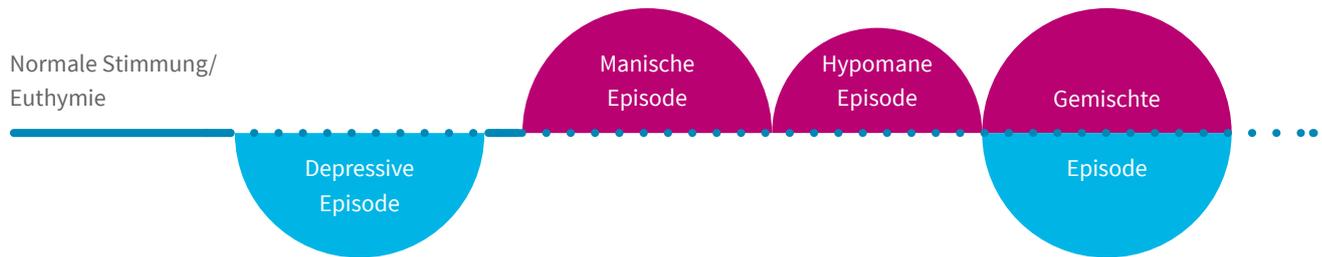


Abbildung: Die verschiedenen Pole der bipolaren Störung⁷

Mögliche Krankheitsverläufe

Entsprechend des Verlaufs der Krankheitsepisoden und deren Ausprägung können bipolare Störungen nach folgendem Schema eingeteilt werden, wobei bei jedem Patienten die Episoden ihrem eigenen Rhythmus folgen:

Bipolar-I-Störung

Bipolar-I- und Bipolar-II-Störungen eint, dass zu Beginn häufig depressive Episoden vorkommen, was zunächst auf eine „normale“ Depression hindeutet. Von einer Bipolar-I-Störung spricht man, wenn der Betroffene eine Episode der voll ausgeprägten Manie hat, gefolgt von mindestens einer voll ausgeprägten depressiven Episode. Zwischen den akuten Krankheitsphasen liegen in der Regel beschwerdefreie Intervalle.

Bipolar-II-Störung

Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass im Verlauf der Erkrankung mindestens eine hypomanische und zusätzlich mindestens eine depressive Episode auftreten, jedoch keine manische Episode. Typisch ist ein Verlauf mit zahlreichen depressiven Episoden. Zwischen den Akutphasen liegen auch hier in der Regel beschwerdefreie Intervalle.

Zyklothyme Störung

Die Zyklothymie markiert innerhalb des bipolaren Spektrums den Grenzbereich zu Temperaments- bzw. Persönlichkeitscharakteristika. **Die Stimmung der Patienten ist über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren fortwährend entweder leicht gehoben oder leicht gedrückt.** Die Stimmungsschwankungen sind jedoch zu keiner Zeit so stark ausgeprägt, dass die Kriterien einer Manie oder einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode erfüllt wären. Zyklothymie tritt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer Störung auf.

Rapid Cycling

Von Rapid Cycling spricht man, wenn der Betroffene **4 oder mehr abgrenzbare Episoden** von Stimmungsstörungen (Manie, Hypomanie, Depression oder gemischte Episode) innerhalb eines Jahres durchlebt.

Die Abgrenzung der o. g. Verlaufsformen ist insbesondere im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten relevant. Während Patienten mit Bipolar-I/II-Störungen und Rapid Cycling in der Regel stets medikamentös behandelt werden sollten, hängt es bei Erkrankten mit einer Zyklothymen Störung vom persönlichen Leidensdruck ab, ob eine entsprechende Therapie eingeleitet werden muss.⁸

Zu berücksichtigen ist auch, dass Manien bzw. Bipolar-I-Störungen häufig erst dann als Problem wahrgenommen werden, wenn die Konsequenzen sehr dramatisch sind (z. B. große Schulden, polizeilich durchgeführte Klinikunterbringung, Arbeitsplatzverlust, Diskussion um gerichtlich bestimmte Betreuung, Arbeitsunfähigkeit, Berentung etc.) oder wenn subjektiv belastende depressive Episoden auftreten.

1.2 Ursachen und Entstehungsbedingungen

Die Frage nach den Ursachen für die Entstehung bipolarer Störungen ist noch nicht abschließend geklärt. Wahrscheinlich ist von einem **Zusammenwirken mehrerer Faktoren** auszugehen. Neben einer relativ starken genetischen Komponente, die wahrscheinlich eine erhöhte Empfänglichkeit für die Erkrankung bedingt, spielen Umwelteinflüsse und Persönlichkeitscharakteristika offenbar eine entscheidende Rolle.

Etwa 50 % der Betroffenen haben Verwandte, die selbst an einer bipolaren Störung erkrankt sind. Entstehung und Verlauf bipolarer Erkrankungen werden aber auch wesentlich von der persönlichen Biographie, der Sozialisation und persönlichen Entwicklung sowie familiären und psychosozialen Faktoren (z. B. Stress, belastende Lebensereignisse) mitbeeinflusst.⁹

Darüber hinaus können auch andere Erkrankungen, Medikamente und Drogen- oder Alkoholkonsum das Gleichgewicht

von Hormonen und Botenstoffen im Gehirn beeinflussen und so zum Ausbruch einer bipolaren Störung beitragen.

1.3 Diagnosestellung

Die meisten Patienten erkranken erstmalig in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter.¹⁰ Aufgrund der sehr individuellen Krankheitsverläufe und der Tatsache, dass die erstmalige Manifestation oft in die – für ihre Stimmungsschwankungen bekannte – Pubertät fällt, ist der Weg bis zur Diagnosestellung in vielen Fällen sehr lang. In der Regel werden Patienten mit bipolaren Erkrankungen erst 5 bis 10 Jahre nach Manifestation der Erkrankung erstmals korrekt diagnostiziert und adäquat behandelt.¹¹ In dieser Latenzzeit erleiden viele der Betroffenen mehrere Episoden und sind einen erheblichen Teil der Zeit krank, vor allem depressiv.¹²

Erkrankte versuchen häufig, depressive Phasen zu ignorieren. (Hypo)Manische Episoden erleben sie dagegen oftmals nicht als belastend oder krankhaft, sondern als angenehm und befreiend. Daher suchen viele Betroffene erst spät ärztliche Hilfe. Der Arzt ist im Gespräch auf die Ausführungen des Patienten und – im Idealfall – zusätzliche Informationen von Angehörigen über die wechselnden Gemütszustände des Patienten angewiesen, um die Symptome zu erkennen und Fehldiagnosen (z. B. Depression) vermeiden zu können.

⁷ Eigene Darstellung, adaptiert nach: „Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V.: Im Wechselbad der Gefühle Manie und Depression – die bipolare Störung: Ratgeber für Betroffene und Angehörige“. Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Rita Bauer, Michael Bauer, 2011, S. 6.

⁸ „Bipolare Störungen – Eine Erkrankung mit zwei Gesichtern. Eine Informationsschrift der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. für Patienten und Angehörige“. 2011, S. 2.

⁹ „Im Wechselbad der Gefühle Manie und Depression – die bipolare Störung: Ratgeber für Betroffene und Angehörige“. Ulrike Schäfer, Volker Mehlfeld, Rita Bauer, Michael Bauer. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e. V. 2011, S. 7ff.

¹⁰ Ebd. S.10.

¹¹⁺¹² „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 25.

2.

THERAPIEOPTIONEN

Bei bipolaren Störungen stehen zahlreiche medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen zur Verfügung. Die Behandlung ist, abhängig von den Bedürfnissen des Patienten und dessen Erkrankungsbild, in der Regel sowohl stationär als auch ambulant möglich.

Wichtigste **Behandlungsziele** sind die Linderung von Symptomen, die seelische Stabilisierung, die soziale und berufliche Rehabilitation sowie die Sicherung bestmöglicher Gesundheit und Lebensqualität. Idealerweise verständigen sich der Patient, sein Behandler und Angehörige gemeinsam über die medikamentöse Therapie und ergänzende Bausteine wie zum Beispiel Psychotherapie.¹³

Grundsätzlich werden **3 Therapiephasen** unterschieden:

Akuttherapie

Mit Hilfe der Akutbehandlung soll der Patient aus seiner momentanen Krankheitsepisode herausgeholt, der **akute Leidensdruck reduziert und ggf. seine Krankheitseinsicht (wieder)**

hergestellt werden. Hierbei werden Medikamente, begleitende psychotherapeutische Gespräche, psychoedukativen Verfahren und u. U. Wach- und Elektrokrampftherapien eingesetzt.¹⁴

WICHTIG

Bei der Wahl der Akuttherapie muss bereits die ggf. später erforderliche Phasenprophylaxe mit berücksichtigt werden.¹⁵

¹³ „Bipolar – mit extremen Emotionen leben. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei manisch-depressiver Erkrankung“. Dr. med. Eberhard J. Wormer. Humboldt, 2018, S. 50.

¹⁴ „Bipolare Störungen – Eine Erkrankung mit zwei Gesichtern. Eine Informationsschrift der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. für Patienten und Angehörige“. 2011, S. 6.

¹⁵ „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 80.

Erhaltungstherapie

Mit der Erhaltungstherapie sollen ausgeprägte manische oder depressive Episoden verhindert werden. Ziel ist es, die Beschwerdefreiheit des Betroffenen zu festigen. Neben medikamentöser Therapie kommen auch psychotherapeutische und psychoedukative Methoden zum Einsatz. Für eine erfolgreiche Erhaltungstherapie ist die Therapietreue (Adhärenz) des Patienten von entscheidender Bedeutung, da der subjektive Leidensdruck der Patienten in dieser Phase oft gering ist.

Rückfallprophylaxe

Durch gezielte Rückfallprophylaxe sollen mit der Erkrankung einhergehende psychosoziale Beeinträchtigungen vermieden werden. Dabei steht die berufliche und soziale Reintegration im Fokus. Um Rückfälle möglichst zu vermeiden, sollten die Betroffenen lernen, ihr eigenes Verhalten, Denken und Fühlen besser zu beobachten und bei Veränderungen in Richtung (hypo-)manischer oder depressiver Zustände angemessen und flexibel zu reagieren. Zu diesem Zweck werden u. a. Gruppenpsychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie angeboten.

WICHTIG

Grundsätzlich gilt: Je weniger Krankheitsepisoden bis zur Einleitung der Therapie durchlebt wurden, desto besser spricht der Patient auf die Behandlung an.

2.1 Medikamentöse Therapie

Bei der Behandlung bipolarer Störungen kommen vornehmlich Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer sowie atypische Neuroleptika zum Einsatz. Je nach Episode und individueller Ausprägung der Erkrankung werden unterschiedliche Substanzen bzw. Substanzklassen angewandt.

Antidepressiva

Hierzu zählt eine sehr große Gruppe unterschiedlicher Wirkstoffe. Antidepressiva greifen in den Gehirnstoffwechsel ein und bringen den gestörten Neurotransmitterhaushalt (insbesondere Serotonin und Noradrenalin) wieder ins Gleichgewicht. Die gewünschte stimmungsaufhellende Wirkung stellt sich in der Regel nach zwei bis drei Wochen ein.

Stimmungsstabilisierer

Hierbei handelt es sich um Substanzen, die sowohl antidepressive als auch antimanische Eigenschaften haben und so – wie der Name schon sagt – helfen, den Gemütszustand des Patienten zu stabilisieren. Zum Einsatz kommen insbesondere Lithium und Antiepileptika wie Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin.¹⁶ Häufig bleiben die Patienten ein Leben lang darauf angewiesen.

Atypische Neuroleptika

Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Substanzen, die auch für die Behandlung psychotischer (in der Regel schizophrener) Erkrankungen verwendet werden. Ähnlich wie Antidepressiva beeinflussen auch atypische Neuroleptika den Stoffwechsel körpereigener Botenstoffe im Gehirn. Im Vordergrund

¹⁶ „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 83f.

steht dabei meist eine Verringerung von Dopamin-Effekten. Im Bereich bipolarer Erkrankungen werden atypische Neuroleptika hauptsächlich zur Therapie manischer und depressiver Episoden eingesetzt, aber auch zur Stimmungsstabilisierung und im Rahmen der Phasenprophylaxe. Zum Einsatz kommen v. a. Amisulprid, Aripiprazol, Olanzapin, Sertindol, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon.

Aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Wirkstoffe und der sich teilweise überlappenden Anwendungsbereiche kann es einige Zeit dauern bis eine optimale individuelle Therapie gefunden ist, zumal nicht jeder Patient auf die verschiedenen Wirkstoffe in gleicher Weise reagiert.

Hinweis: Eine ausführliche Darstellung und Beurteilung der diversen pharmakologischen Therapieoptionen liefert die **S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen**.

2.2 Nicht-medikamentöse somatische Therapie

Zur ergänzenden Behandlung von bipolaren Störungen kommen vor allem folgende Verfahren zum Einsatz:

Lichttherapie (Phototherapie)

Bei der Lichttherapie werden Patienten über mehrere Wochen, in der Regel morgens, einer Lichtquelle mit starker Lichtintensität (2.500 bis 10.000 Lux) ausgesetzt. Je nach Lichtstärke beträgt die Bestrahlungsdauer zwischen 30 und 120 Minuten. Die Wirksamkeit der Lichttherapie ist vor allem **bei bipolaren Erkrankungen mit gehäuften Auftreten depressiver Episoden** in den Wintermonaten gut belegt. Aufgrund häufiger Rückfälle bei Unterbrechen der Lichttherapie und der guten Verträglichkeit wird die Behandlung oft auch während der gesamten Dunkelperiode durchgeführt. Es kann jedoch in manchen Fällen eine vorübergehende (hypo)manische Episode ausgelöst werden.¹⁷

Wachtherapie

Wachtherapie wird insbesondere in der **Akutbehandlung depressiver Episoden** angewandt. Vor allem Patienten, die unter starken Tagesschwankungen der Stimmung mit Morgentief neigen, sprechen auf Wachtherapie gut an. Nach einer durchwachten Nacht gilt es generell, tagsüber das kurze Einschlafen oder längeren Tagesschlaf zu vermeiden, da hierdurch die therapeutische Wirkung aufgehoben werden kann.

¹⁷ „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 98.

¹⁸ Ebd. S. 99.

¹⁹ Ebd. S. 321.

Hinweis: Bei Erkrankten mit Anfallsleiden, bei Vorliegen einer gemischten Episode oder Suizidalität ist Wachtherapie kontraindiziert!¹⁸

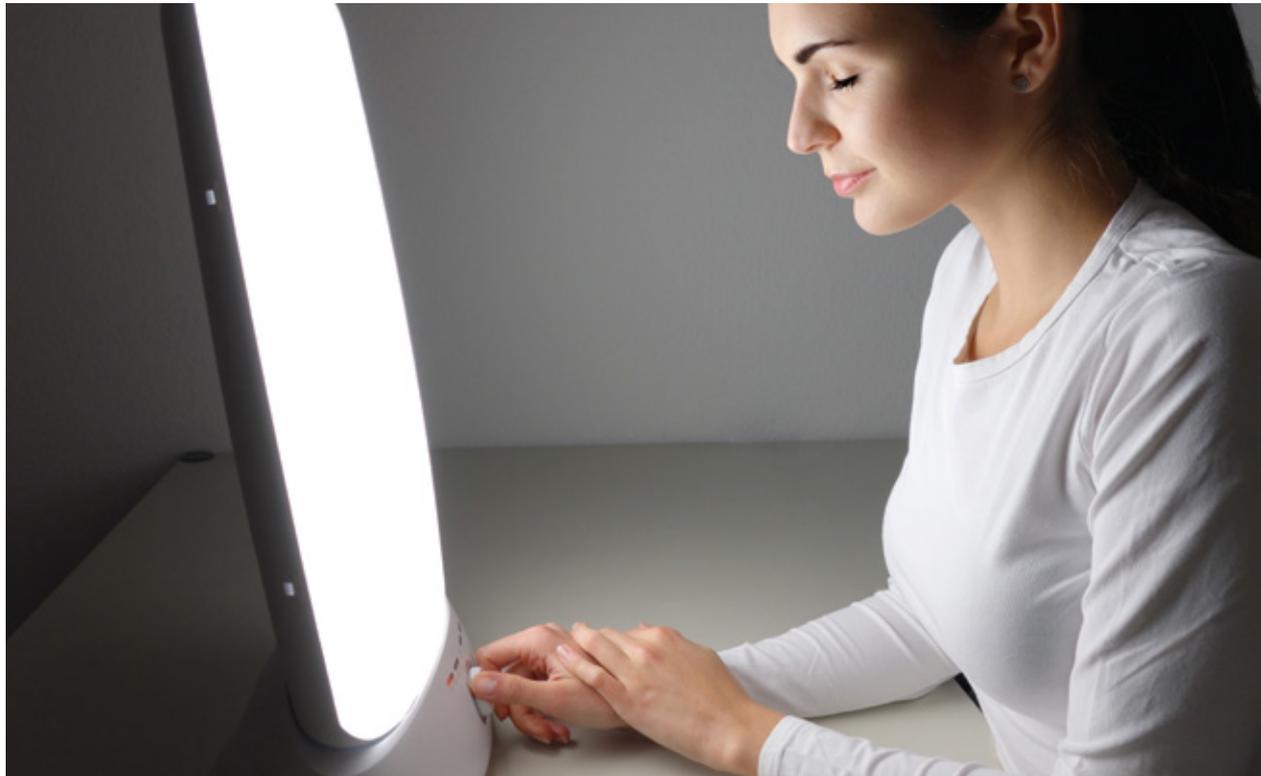
Elektrokonvulsionstherapie/Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei der Elektrokonvulsionstherapie werden durch elektrische Stimulation gezielt generalisierte Krampfanfälle im Gehirn ausgelöst. Sie ist vor allem bei Patienten mit **schweren (wahnhaften) depressiven Episoden**, die nur unzureichend auf die medikamentösen Behandlungsoptionen ansprechen, empfehlenswert.

Eine Behandlungsserie umfasst dabei meist 6–12 Behandlungen. Die Therapie erfolgt unter Vollnarkose und ist ausschließlich in spezialisierten Zentren unter Einhaltung strenger Sicherheitsstandards möglich.¹⁹

WICHTIG

Da alle Methoden auch Nebenwirkungen haben können, sollte deren Einsatz stets ausführlich besprochen und abgewogen werden.



2.3 Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren stellen neben der medikamentösen Therapie einen wichtigen Baustein bei der Behandlung bipolarer Störungen dar. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bewilligen verschiedene psychotherapeutische Verfahren. Deren Wirksamkeit für die Rückfallprophylaxe konnte in klinischen Studien gezeigt werden. Es gibt derzeit allerdings keine klinischen Studien, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren für die Behandlung bipolarer Episoden systematisch untersucht haben.

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Hierbei handelt es sich um eine an möglichen **Ursachen orientierte Psychotherapie**, die sich insbesondere mit der unbewussten Dynamik neurotischer, psychischer und somatischer Symptome befasst. Es werden 2 auf der Psychoanalyse basierende Ansätze angewendet:

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** konzentriert sich auf einen aktuellen Konflikt, den therapeutischen Prozess und das Behandlungsziel
- **Analytische Psychotherapie** befasst sich mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und ist auf längere Zeit angelegt

Verhaltenstherapie

Basierend auf der Verhaltensanalyse wird bei dieser Therapieform davon ausgegangen, dass Verhalten erlernt wird und somit auch wieder verlernt werden kann. Mit Methoden, wie der Konfrontation mit auslösenden Reizen, Verhaltensübungen, Übungen des Modelllernens und psychologischen Selbstkontrolltechniken versucht der Therapeut, die Erkrankung mit seinem Patienten zu bewältigen.

Behandlungsumfang

Alle Behandlungsverfahren können in einzel- oder in gruppentherapeutischen Sitzungen erfolgen. Sowohl in den psychoanalytisch begründeten Verfahren als auch in der Verhaltenstherapie ist die Behandlungsfrequenz auf **maximal 3 Behandlungsstunden pro Woche** begrenzt.

Probestunden

Ein gutes, vertrauensvolles Verhältnis zum Therapeuten und die passende Therapieform sind für den Behandlungserfolg zentral. Daher können Betroffene Probestunden in Anspruch nehmen. Bei der analytischen Psychotherapie sind 8, bei den anderen Therapieformen 5 Probestunden möglich. **Diese werden nicht auf die Therapie angerechnet.**

Behandlungsdauer

Die Länge der Therapie ist abhängig von der Therapieform. In der Kurzzeittherapie können z. B. 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie, in der analytischen Psychotherapie bis zu 300 Stunden verschrieben werden.

Bei allen psychotherapeutischen Behandlungsformen können die Therapeuten und ihre Patienten eine Verlängerung beantragen, wenn der Therapieverlauf zeigt, dass das Behandlungsziel im ursprünglichen Zeitrahmen noch nicht, aber mit einer Verlängerung sehr wahrscheinlich erreicht werden kann.

Eine Umwandlung von Kurzzeit- auf Langzeittherapie ist möglich. Dabei werden die bereits geleisteten Stunden auf die Langzeittherapie angerechnet. Eine Therapieeinheit dauert mindestens 50 Minuten.

Psychotherapeanbieter

Jeweils unter der Voraussetzung der kassenärztlichen Zulassung können Patienten wählen zwischen:

- **Psychologischen Therapeuten** – nach Bedarf für Erwachsene, Kinder und Jugendliche: Diplompsychologen, die sich zum Psychotherapeuten weitergebildet haben
- **Ärztlichen Psychotherapeuten** – nach Bedarf für Erwachsene, Kinder und Jugendliche: (Fach)Ärzte, die eine Ausbildung bzw. eine Zusatzweiterbildung im Bereich Psychotherapie oder Psychoanalyse haben; diese dürfen im Gegensatz zum psychologischen Psychotherapeuten auch Medikamente (Psychopharmaka) verschreiben
- **Kinder- und Jugendpsychotherapeuten** – (Ausschluss: Erwachsene): häufig Diplompsychologen, aber auch studierte Pädagogen, Sozialpädagogen und Sozialwissenschaftler

TIPP

Nähere Informationen zur Psychotherapie in den „Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

Online abrufbar unter:

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

2.4 Psychoedukation

Psychoedukation dient in erster Linie der **Information und Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen** über die Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Psychoedukationskurse finden **als Einzel- oder Gruppenkurse unter fachtherapeutischer Leitung** statt.



Typische Maßnahmen und Inhalte sind:²⁰

- Informationen zur Erkrankung, deren Symptomatik, Verlauf und möglichen Ursachen
- Bedeutung der zuverlässigen Einnahme von Medikamenten
- Erfahrungsaustausch und persönliches Erleben
- Anleitung zur kritischen Selbstbeobachtung, um den Zusammenhang zwischen Stimmungsschwankungen und eigenem Verhalten, Therapie-Compliance und sozialem Leben zu erkennen
- Förderung einer positiven Alltagsstruktur und Reduktion von Belastungen
- Erkennen von Frühsymptomen und Warnzeichen sowie die Sammlung persönlicher Strategien, um bei Krisen und Frühsymptomen frühzeitig gegensteuern zu können (Krisenplanerstellung)

TIPP

Betroffene können sich über Psychoedukationskurse bei ihrem Arzt, Therapeuten oder bei Selbsthilfegruppen informieren. Viele Krankenkassen übernehmen auch die Kosten. Es lohnt sich daher, beim Versicherer nachzufragen.

2.5 Soziotherapie

Soziotherapie ist eine **fachspezifische ambulante Betreuung von schwer chronisch psychisch kranken Patienten**, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen eigenständig in Anspruch zu nehmen. Sie soll Betroffene dazu befähigen, ihren Alltag wieder zu meistern und Selbstverantwortung zu übernehmen.

Wer kann Soziotherapie verordnen?

Grundsätzlich können nur Ärzte eine Soziotherapie verordnen, die hierfür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung haben. In der Regel sind dies Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie Psychiatrische Institutsambulanzen.

Zusätzlich müssen die Fachärzte **eine Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen** Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur vorweisen.

Auch **Psychologische Psychotherapeuten** mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung dürfen Soziotherapie anbieten. Andere Vertragsärzte, wie zum Beispiel Hausärzte, haben die Möglichkeit, ihre Patienten dorthin zu überweisen. Für die Verordnung werden spezielle Vordrucke verwendet.

Ausnahme: Hat der überweisende Arzt Zweifel, dass der Patient den Facharzt aufsucht, kann er eine Verordnung mit maximal 5 Therapieeinheiten ausstellen (sog. Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gem. § 37a SGB V – www.kbv.de/media/sp/Muster_28_10_2017.pdf) und

einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzuziehen. Ziel ist, dass der psychisch kranke Mensch die Überweisung wahrnimmt.

Voraussetzungen

Für Menschen, die an **schweren psychischen Erkrankungen** aus dem schizophrenen Formenkreis oder Störungen des Affekts (z. B. gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren Störung) leiden, kann diese Therapieform beantragt werden.²¹

Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Fähigkeitsstörungen vorliegt:

- Probleme beim Antrieb, der Ausdauer und Belastbarkeit
- Einschränkungen im planerischen Denken und Handeln mit fehlendem Realitätsbezug
- Störungen im Verhalten, in der Konfliktlösung sowie mangelnde Kontaktfähigkeit
- Störungen der Kognition, wie der Fähigkeit zur Konzentration, zum Merken, zum Lernen sowie zum problemlösenden Denken
- Mangelnde/s Krankheitseinsicht und -verständnis
- Probleme beim Erkennen von Konflikten und Krisen

Darüber hinaus sollte der Patient, um die Therapieziele erreichen zu können, **ausreichend belastbar und motiviert sein**, über **Kommunikationsfähigkeiten** verfügen und in der Lage sein, **einfache Absprachen einzuhalten**.

²⁰ „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBe e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 89.

²¹ „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“. Gemeinsamer Bundesausschuss Stand: 8. Juni 2017, S. 3f.

Kostenträger

Kostenträger der Soziotherapie ist die **Krankenkasse**. Die beantragte **Therapie muss vorab** von dieser **geprüft und genehmigt werden** (Ausnahme: 5 Therapieeinheiten zur Sicherstellung des Facharztbesuches). Hierfür kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) involvieren.

Dauer und Inhalte der Behandlung

Die Behandlungsdauer ist abhängig von der Krankheit des Patienten. Meist wird die Therapie als Einzelmaßnahme in einem Zeitraum von maximal 3 Jahren mit insgesamt 120 Stunden à 60 Minuten erbracht. In besonderen Fällen kann die Therapie auch in der Gruppe mit einer maximalen Größe von 12 Teilnehmern erfolgen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Therapieeinheit 90 Minuten, das Gesamtkontingent wird nicht verlängert.

Arzt, Soziotherapeut und Patient erstellen gemeinsam den **Betreuungsplan**. Der Soziotherapeut koordiniert dabei folgende Leistungen:

- Aktive Hilfe wie auch Hilfe zur Selbsthilfe
- Übungen zur Verbesserung von Belastung, Motivation und Ausdauer im sozialen Umfeld des Patienten (Unterstützung durch Familie und Freunde ist hier sehr wichtig)
- Training von Verhaltensänderungen, Tagesstrukturierung und Konfliktlösungsmöglichkeiten
- Hilfestellung bei Krisen
- Anleitung zur Verbesserung und Verstärkung der individuellen Krankheitswahrnehmung

Anbieter

Soziotherapeutische Leistungen dürfen nur von **Sozialarbeitern und Fachpflegekräften für Psychiatrie** mit Berufserfahrung sowie einer **speziellen Zulassung** erbracht werden.

Anlaufstellen

Bei Krankenkassen, sozialpsychiatrischen Diensten und Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde gibt es Listen der örtlich zugelassenen Anbieter von Soziotherapie.

Zuzahlung

Der Versicherte muss pro Kalendertag einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Tag, übernehmen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Patienten bei der Krankenkasse auch eine Zuzahlungsbefreiung beantragen.

TIPP

Ausführliche Informationen zur Soziotherapie finden Patienten in den „Richtlinien des GBA über die Durchführung der Soziotherapie“.

Online abrufbar unter:

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24

2.6 Ergotherapie

Bei bipolaren Störungen kann zur ergänzenden Behandlung Ergotherapie durchgeführt werden. Ergotherapie umfasst verschiedene Verfahren, um manifeste oder drohende Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Alltag zu vermindern bzw. zu verhindern. Sie zielt dabei sowohl auf **psychische, motorische als auch sensorische Funktionseinschränkungen**.

Ziele

Die Ergotherapie ist zunächst darauf ausgelegt, verlorene körperliche und geistige Kompetenzen wiederzuerlangen. Ist dies nicht möglich, sollen alternative Handlungsweisen erlernt werden, welche die Selbstständigkeit im Alltag und im Beruf ermöglichen und Defizite ausgleichen. Ziel ist es, die **maximale Lebensqualität und Selbstständigkeit** in allen Bereichen der persönlichen, häuslichen und beruflichen Lebensführung zu sichern und die gesellschaftliche Teilhabe des Erkrankten zu ermöglichen.

Inhalte und Therapiemethoden

Die Durchführung der Therapie erfolgt je nach Belastbarkeit und individuellen Einschränkungen in Einzel- oder Gruppensitzungen. Zu Beginn der Behandlung erstellen der Ergotherapeut und der Patient zusammen einen **Behandlungsplan**. In diesem legen sie genau die Maßnahmen und Ziele der Behandlung fest. Abhängig vom Krankheitsbild können verschiedene Einzelmaßnahmen kombiniert werden.

Solche **Einzelmaßnahmen** sind bei einer bipolaren Störung beispielsweise:

- Trainieren des Alltags und der selbstständigen Versorgung: Haushaltsführung, Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Zeiteinteilung, Medikamenteneinnahme
- Anleitung zur Tagesstrukturierung
- Psychische Stabilisierung und Hilfestellung bei seelischen Problemen
- Vermittlung von Entspannungstechniken
- Training kommunikativer und sozialer Fähigkeiten
- Beratung und Anleitung von Angehörigen im Umgang mit dem Betroffenen
- Schulung der Aufmerksamkeit und Konzentration

Methoden

Grundsätzlich kommen bei einer Ergotherapie folgende Therapiemethoden zum Einsatz:

- Handwerkliche Techniken
- Lebenspraktische Übungen
- Gruppenarbeit
- Kreativ-gestalterische Therapiemittel (Musik, Kunst)
- Bewegungsübungen
- Denk- und Gedächtnisaufgaben

Durchführung

Ergotherapeutische Behandlungen können während eines **Krankenhausaufenthalts** oder einer **Maßnahme der Rehabilitation** erfolgen. Im Rahmen der **betrieblichen Wiedereingliederung** kann Ergotherapie auch direkt am Arbeitsplatz eingesetzt werden.

Darüber hinaus gibt es **ambulante Praxen für Ergotherapie**. Wenn der Erkrankte nicht in der Lage ist die Praxis für Ergotherapie selbst aufzusuchen, sind auch Hausbesuche möglich.

Wann erhalten Patienten Ergotherapie?

Eine Ergotherapie gilt als **Heilmittel** und muss vom behandelnden Arzt verordnet werden. Eine Verordnung umfasst in der Regel **10 Behandlungseinheiten**. Eine Therapiemaßnahme dauert üblicherweise zwischen 30 und 60 Minuten. In welchem Abstand die Maßnahmen erfolgen, hängt von der individuellen Situation des Betroffenen ab.

TIPP

Die Verordnung des Arztes bedarf zwar **keiner** Genehmigung durch die gesetzliche Krankenkasse, jedoch muss die Maßnahme innerhalb einer bestimmten Frist beginnen, es sei denn auf der Verordnung ist ein späterer Behandlungszeitpunkt eingetragen. Eine Ergotherapie muss **innerhalb von 14 Tagen** nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Danach verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Kostenübernahme

Die Kosten für eine Ergotherapie übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenkasse. Ab Vollendung des 18. Lebensjahres muss der Patient eine **Zuzahlung von 10 %** an den Leistungs-

erbringer leisten, **plus 10 € pro Verordnung**, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstehenden Kosten. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Hinweis: Auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die gesetzlichen Richtlinien in Bezug auf Ergotherapie als Heilmittel nachzulesen: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12

2.7 Weitere unterstützende Therapieverfahren

Als unterstützende Therapieverfahren bei bipolaren Störungen kommen z. B. Entspannungsverfahren, Sport- und Bewegungstherapie sowie Kunst- oder Musik-/Tanztherapie in Frage. Diese werden im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich in der Regel als Bestandteile eines integrierten Konzepts angeboten.²²

Entspannungsverfahren

Um das sich z. T. permanent drehende Gedankenkarussell zum Stillstand zu bringen, eignen sich Entspannungsverfahren. Diese können insbesondere spezifische Symptome, wie z. B. Unruhe, Angst, Anspannung oder Schlafstörungen, reduzieren. Patienten sollten eine Methode wählen, die sie persönlich als angenehm und entspannend empfinden, wie zum Beispiel Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson, Yoga oder Meditation.

²² „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“. DGBS e. V. und DGPPN e. V. Langversion 2.0, Update vom Februar 2019, S. 99.

Sport- und Bewegungstherapie

Körperliche Aktivität kann bei Menschen mit bipolarer Erkrankung die Stimmung und das Energieniveau verbessern. So scheint Sport bzw. Bewegung durch Ablenkung von negativen Stimuli, Erfahrung von Selbstwirksamkeit sowie die häufig mit Sport assoziierte soziale Interaktion zu einer Stimmungsbesserung zu führen. Bewegung kann daher eine therapeutische Behandlung sinnvoll ergänzen und möglicherweise sogar dem Ausbruch einer Krankheitsepisode vorbeugen. Für Patienten mit bipolaren Störungen gibt es daher **spezielle Angebote im Bereich Rehabilitationssport**.

Kostenübernahme

Die Kostenübernahme für die Teilnahme am Rehabilitationssport ist zwischen den Anbietern und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Der behandelnde Arzt kann auf Wunsch eine entsprechende Verordnung ausstellen. Nach Genehmigung der Verordnung ist das Rehabilitationssportangebot für den Patienten kostenfrei.

TIPP

Verbände wie z. B. der Behindertensportbund oder die Deutsche Depressionshilfe beraten zu Rehabilitationssportangeboten.

Weitere Informationen unter:

www.dbs-npc.de

www.deutsche-depressionshilfe.de

Optimale Sportarten

Zusätzlich zu speziellen Rehabilitationssportangeboten hat sich **Ausdauersport** bei seelischen Erkrankungen besonders bewährt. Wandern, Walking, Radfahren, Schwimmen, häusliches Training an Kardiogeräten, Skilanglauf und Rudern können zudem fast alle Menschen ausüben. Auch Sportstudios, die Wert auf umfangreiche Beratung und Anleitung legen, sind empfehlenswert. Sport in der Gruppe kann den Spaßfaktor und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dabeizubleiben. Grundsätzlich sollten Menschen mit seelischen Erkrankungen körperliche Bewegung als einen positiven Teil des Lebens in ihren Alltag integrieren, also Treppe statt Aufzug nehmen, öfter zu Fuß gehen und ähnliches.

Wie Sport bei einer bipolaren Erkrankung helfen kann:

- Es werden soziale Kontakte geknüpft
- Stresshormone nehmen ab. Endorphin, Dopamin und Serotonin – die sogenannten Glückshormone – werden dagegen vermehrt ausgeschüttet
- Körperliche Aktivität kann von depressiven Gedanken ablenken
- Das Erlernen einer neuen Sportart und die damit verbundenen Erfolgserlebnisse sowie körperliche Fitness allgemein stärken das Selbstbewusstsein
- Sport hat im Vergleich zur medikamentösen Therapie keine Nebenwirkungen
- Regelmäßiges Training gibt dem Tag eine Struktur, die gerade in einer depressiven Phase oft fehlt
- Sport fördert die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Gefühl, durch eigenes Handeln eine Verbesserung zu bewirken, stärkt das Selbstwertgefühl
- Bei Sport setzt der positive Effekt sehr schnell ein, bei Antidepressiva kann dies Wochen dauern

3.

REHABILITATIONS- MÖGLICHKEITEN

Mit rehabilitativen Maßnahmen sollen die Einschränkungen, unter denen Patienten im körperlichen, geistigen und sozialen Bereich leiden, reduziert oder bestenfalls aufgehoben werden. Ziel ist es, den Betroffenen zu befähigen, (wieder) ein selbstständiges Leben zu führen und beruflich aktiv zu bleiben.

3.1 Medizinische Rehabilitation

Rehabilitative Maßnahmen kommen nur in symptomfreien Phasen, also **nach Abklingen der akuten psychotischen bzw. manischen Symptomatik**, in Frage. Nur so sind die Betroffenen in der Lage, sich wirklich mit den psychosomatischen Zusammenhängen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen und Faktoren zu identifizieren, die letztlich den Ausbruch manischer oder depressiver Episoden begünstigen.

Maßnahmen

Während der Rehabilitation kommen verschiedene medizinische, psychologische und pädagogische Verfahren in Kombination mit geeigneten Heilmitteltherapien zum Einsatz.

Dazu gehören:

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz (Kommunikationstraining, Training zum Verhalten in Krisensituationen)
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten

Dauer

Die Regeldauer einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme ist auf 20 Behandlungstage festgesetzt, die einer stationären auf längstens 3 Wochen. Im Einzelfall legt der Kostenträger die Dauer fest. Unter Umständen wird ein längerer Zeitraum schon vor Beginn der Rehabilitation oder während ihres Verlaufs vereinbart.

Kostenträger

Für eine medizinische Rehabilitation kommen fast alle Rehabilitationsträger als Kostenträger in Betracht, bevorzugt die Krankenkasse bzw. die Rentenversicherung. Welcher Leistungsträger in welchem Fall zuständig ist, wird individuell ermittelt und hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hierbei spielt zum Beispiel die berufliche Situation des Betroffenen eine Rolle.

TIPP

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. bietet auf ihrer Webseite eine Auflistung von Kliniken und Bipolar-Ambulanzen in Deutschland an.

Online abrufbar unter:

<https://dgbs.de/service/adressen/bipolar-ambulanzen-und-kliniken>

Hinweis: Weitere Informationen zu Rehabilitationsmaßnahmen gibt es im neuraxWiki Haupttrattegeber Sozialrecht Kapitel „Leistungen zur Rehabilitation“.

3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

Menschen mit bipolaren Störungen können unter Umständen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen. Mit den erforderlichen Maßnahmen soll ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert, ermöglicht oder wiederhergestellt werden.

Voraussetzungen

Bevor eine Leistung zur Teilhabe beginnt, wird sorgfältig geprüft, ob eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint oder ob eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen besser geeignet wäre. In letzterem Fall ist von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auszugehen und der Kostenträger wird stattdessen eine Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gemäß § 116 Abs. 2 SGB VI prüfen.²³

Hinweis: Weitere Informationen zur Erwerbsminderungsrente gibt es im neuraxWiki Haupttrattegeber Sozialrecht Kapitel „Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung“.

²³ „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005, S. 24.

Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben orientiert sich daran, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder die Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint. Für die Rehabilitationsplanung spielen zudem individuelle Fähigkeitsstörungen, Ressourcen, die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens eine Rolle.

Maßnahmen

Bei bipolar erkrankten **Arbeitnehmern** mit positiver Rehabilitationsprognose kommt die Möglichkeit zur beruflichen Weiterbildung oder Umschulung auf einen neuen Beruf in Betracht. **Arbeitgeber** können z. B. Ausbildungs- und Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen sowie teilweise oder volle Kostenerstattung für Probebeschäftigung erhalten.

Im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben sind insbesondere folgende **Leistungen** möglich:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes:** z. B. Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen, Kraftfahrzeughilfe, Arbeitsassistent, Kosten für Hilfsmittel, technische Arbeitshilfen, behinderungsgerechter Wohnraum, Fahrtkosten-, Umzugskostenbeihilfe
- **Berufsvorbereitung** einschließlich einer erforderlichen Grundausbildung

- Individuelle **betriebliche Qualifizierung** im Rahmen der sogenannten unterstützten Beschäftigung
- **Berufliche Bildung:** z. B. Aus- und Weiterbildung (gegebenfalls in Berufsbildungs- bzw. Berufsförderungswerken), spezielle Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen
- **Gründungszuschuss** für die Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit

TIPP

Die Bundesagentur für Arbeit hält ein Merkblatt zum Thema bereit.

Online abrufbar unter:

https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Merkblatt-12-Teilhabe_ba015371.pdf

Kostenträger

Als Kostenträger dieser Hilfen kommen diverse Sozialleistungsträger infrage, z. B. Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jugendamt oder das Sozialamt. Welche Stelle letztlich zuständig ist, ergibt sich aus der individuellen Situation des Betroffenen.

3.3 Spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen

Patienten mit bipolaren Störungen können im Rahmen einer Rehabilitation die Leistungen von spezialisierten **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)** in Anspruch nehmen.

RPKs sind Einrichtungen, in denen Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer **integrierten Komplexleistung unter einem Dach** angeboten werden.

Therapiekonzept

Die **kleinen, wohnortnahen Einrichtungen** mit 10 bis 50 Plätzen sind regional vernetzt. Sie bieten eine längerfristig angelegte Kombination aus medizinisch-psychiatrischer Therapie, beruflichen Vorbereitungs- und Trainingseinheiten und soziotherapeutischen Maßnahmen.

Die **aufeinander abgestimmten Leistungen** können stationär oder ambulant erfolgen. Dabei beziehen sie das berufliche und persönliche Lebensumfeld des Patienten handlungsorientiert mit ein.



Das **multiprofessionelle Therapieteam** besteht aus Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Fachkräften für berufliche Rehabilitation. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen der Region angeboten.

TIPP

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet ein Online-Verzeichnis zur Einrichtungssuche an.

Online abrufbar unter:

www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastuettenverzeichnis/rehastuetten-suche

Im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird geprüft, ob im Anschluss Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Einrichtung notwendig sind. Wenn dies der Fall ist, wird frühzeitig sichergestellt, dass diese Maßnahmen nahtlos anschließen können. Abhängig vom zuständigen Rehabilitationsträger ist gegebenenfalls ein besonderer Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich.

TIPP

Zur Antragstellung kann man sich in den RPK-Einrichtungen persönlich informieren und beraten lassen. Sie geben zudem Auskunft zum Antrags- und Aufnahmeverfahren und bieten Begleitung und Unterstützung an.

Antragstellung

Den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer RPK-Einrichtung stellen Patienten beim jeweiligen Leistungsträger. Hier können auch die Antragsformulare angefordert werden.

3.4 Finanzielle Leistungen während der Rehabilitation

Um Betroffenen die Entscheidung für eine (ganztägig ambulante/stationäre) Therapie zu erleichtern, hat der Gesetzgeber neben der Übernahme der Behandlungskosten, weitere Regelungen zur finanziellen Sicherung und Unterstützung getroffen.

Lohnfortzahlung (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz)

Wird ein Arbeitnehmer krank oder beginnt eine stationäre Therapie, so hat er zunächst Anspruch auf 6 Wochen Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber. Danach erhalten Arbeitnehmer in der Regel Krankengeld von der Krankenkasse oder, falls bereits eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahme begonnen wurde, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist eine Lohnersatzleistung der Rentenversicherung, die für die gesamte Dauer der Rehabilitationsmaßnahme gezahlt werden kann. Voraussetzung ist zum einen, dass unmittelbar vor Beginn der Maßnahme Arbeitseinkommen erzielt wurde oder eine andere Lohnersatzleistung geleistet wurde, deren Berechnung ein Arbeitseinkommen zugrunde liegt. Dies kann zum Beispiel Arbeitslosengeld oder Krankengeld sein. Weitere Voraussetzung ist, dass im sog. Bemessungszeitraum Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden.

Hinweis: Weitere Informationen zum Übergangsgeld gibt es im neuraxWiki [Hauptratgeber Sozialrecht](#) Kapitel „Leistungen zur Rehabilitation“.

Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt

Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erhalten auch während der Rehabilitationsmaßnahme diese Leistung von ihrem zuständigen Jobcenter. Der Träger der Grundsicherung sollte aber darüber informiert sein, dass der Patient dem Arbeitsmarkt in dieser Zeit nicht zur Verfügung steht.

Hinweis: Auch der Anspruch auf Sozialhilfe/Hilfe zum Lebensunterhalt und Erwerbsminderungsrente ändert sich während der Rehabilitationsmaßnahme nicht.

Zusätzliche Leistungen

Unabhängig davon, ob Patienten Lohnfortzahlung oder Leistungen des Lebensunterhalts erhalten, werden von dem jeweiligen Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme (grundsätzlich Kranken- oder Rentenversicherung) bei Bedarf weitere Aufwendungen übernommen, u. a.:

- Die Reisekosten zur An- und Abreise zur stationären Entwöhnung
- Reisekosten für Familienheimfahrten oder Besuche von Angehörigen
- Haushaltshilfe, insbesondere um die Versorgung von Kindern sicherzustellen
- Kosten für notwendige Begleitpersonen

4.

BEHINDERUNG UND SCHWERBEHINDERUNG

Menschen, die unter einer bipolaren Störung leiden, können beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Anerkennung einer Behinderung bzw. Schwerbehinderung stellen. Je nach Grad der Behinderung, der ihnen dabei zuerkannt wird, stehen ihnen verschiedene Rechte und Vergünstigungen zu.

4.1 Grad der Behinderung bei bipolaren Störungen

Die Feststellung einer Behinderung und des Grads der Behinderung (GdB) erfolgt nach den Vorgaben der **Versorgungsmedizinischen Grundsätze**. Eine Behinderung im Sinne des Gesetzes liegt vor, „wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 SGB IX)

Bei einer bipolaren Störung finden sich in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen sowohl unter „Schizophrenie und affektive Psychosen“ als auch unter „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata“ Anhaltswerte für einen Grad der Behinderung:

Anhaltswerte für Schizophrenie und affektive Psychosen²⁴

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

²⁴ „Versorgungsmedizinverordnung, Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information. Stand: September 2015, S. 43.

Ausnahme: Eine Heilungsbewährung braucht **nicht** abgewartet zu werden, wenn eine **monopolar verlaufene depressive Phase**

vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.

Anhaltswerte für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata²⁵

KRANKHEITSBILD	GRAD DER BEHINDERUNG (GDB)
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0–20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30–40
Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit)	50–70
• Mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
• Mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	

Zur Beurteilung des Ausmaßes der Beeinträchtigung des Einzelnen werden nicht einfach die einzelnen GdB-Werte addiert, sondern die Erkrankung wird in ihrer Gesamtheit betrachtet.

Hinweis: Weiterführende, detaillierte Informationen zum Grad der Behinderung, den damit verbundenen Nachteilsausgleichen und Sonderregelungen im Arbeitsleben gibt es im neuraxWiki [Haupttratgeber Sozialrecht](#), Kapitel „Behinderung und Schwerbehinderung“.

²⁵ „Versorgungsmedizinverordnung. Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information. Stand: September 2015, S. 44.



5.

LEBEN MIT BIPOLAREN STÖRUNGEN

Die Diagnose bipolare Störung ist für manche Patienten eine Erleichterung, weil sie ihr extremes Erleben und Verhalten erklärt. Andere sind zunächst schockiert. Erkrankte sollten die Diagnose in Ruhe verarbeiten und dann planen, wie sie damit am besten umgehen.

5.1 Umgang mit der Diagnose

Zunächst ist es wichtig, sich über die Erkrankung umfassend zu informieren. Als erste Informationsquellen eignen sich fachlich fundierte Seiten im Internet, Fachbücher und praktische Ratgeber.

Denn: Zum Experten bezüglich der eigenen Erkrankung zu werden, kann entscheidend zum positiven Verlauf der Therapie beitragen.

Wer die Erkrankung und ihre Symptome kennt, kann schneller aktiv gegensteuern und sich zum Beispiel Unterstützung bei Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrischen Diensten oder anderen Beratungsstellen suchen.

Essenziell ist zudem das Wissen, dass bipolare Störungen behandelt werden können. Betroffene sollten sich auf jeden Fall professionelle Hilfe suchen!

TIPP

Wenn Patienten einen Psychologen, Psychiater oder Psychotherapeuten ihres Vertrauens gefunden haben, können sie im Vorfeld des Gesprächs eine Liste mit all ihren Fragen erstellen. Auch kann es hilfreich sein, Angehörige oder nahestehende Personen zum Arzttermin mitzunehmen.

Bei einer depressiven Phase verstärken sich die oben genannten Symptome über Tage, Wochen oder Monate hinweg.

WICHTIG

Diese unspezifischen Frühwarnsymptome können auch auf verschiedene andere Erkrankungen hinweisen und sollten daher ggfs. ärztlich abgeklärt werden.

5.2 Frühwarnsymptome

Die bipolare Erkrankung betrifft Männer und Frauen gleichermaßen. Allerdings beginnt sie bei Frauen eher mit einer depressiven und bei Männern eher mit einer manischen Phase.²⁶ Nicht selten kündigen Frühwarnsymptome eine Krankheitsepisode bereits im Vorfeld an.

Frühwarnsymptome einer Depression

Anzeichen einer beginnenden depressiven Phase können sein:

- Unspezifische Schmerzen
- Ständige Müdigkeit, Energiemangel, nachlassendes sexuelles Interesse
- Reizbarkeit, Angst, Schlafstörungen
- Zunehmende Lustlosigkeit, gedrückte Stimmung
- Appetitlosigkeit

Frühwarnsymptome einer Manie

Die Frühwarnsymptome einer manischen Phase – auch **Hypomanie** genannt – sind sehr unterschiedlich. Erfahrung, gute Selbstbeobachtung und Austausch mit anderen Betroffenen können dabei helfen, erste Anzeichen zu erkennen, z. B.:

- Veränderte Wahrnehmung
- Gehobene Stimmung
- Stärkere Kontaktbereitschaft
- Gesteigertes Selbstvertrauen
- Konzentrationsschwierigkeiten

²⁶ „Verlauf der Bipolaren Störung“. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. Abgerufen unter www.dgbs.de/de/bipolare-stoerung/verlauf

Beim Auftreten einer Hypomanie können Patienten unter Umständen noch das komplette Abgleiten in die Manie verhindern. Es kann z. B. helfen, äußere Reize und Stress zu reduzieren sowie auf einen geregelten Tagesablauf und ausreichend Schlaf zu achten.

Mit der Zeit können Erkrankte ein Gespür dafür entwickeln, ab wann Schlafmangel, das Aktivitätsverhalten oder finanzielle Ausgaben ein kritisches Level erreichen.

TIPP

Die regelmäßige Dokumentation dieser „kritischen Faktoren“, z. B. mit Hilfe der sog. Life-Chart Methode, kann bei der genauen Einschätzung helfen.

Geeigete Vorlagen gibt es z. B. online unter: www.bipolar-vademecum.de/Web-Site/LifeCharts.html

5.3 Umgang mit der Erkrankung

Es gibt einige Strategien, mit denen Patienten Krankheitsepisoden und Phasen, in denen sich diese ankündigen, besser bewältigen können.

Tagesstruktur erhalten

In einer akut depressiven Phase fühlen sich die Betroffenen oft nicht in der Lage, aufzustehen und hinauszugehen. Dadurch verschlechtert sich die Stimmung, es entsteht ein Teufelskreis. Manische Patienten dagegen sind hyperaktiv und laufen Gefahr, völlig den Kontakt zur Realität zu verlieren.

In dieser Situation sind konkrete „Alltagsanker“ hilfreich, die den Tag strukturieren. Erkrankte sollten morgens zu einer bestimmten Zeit aufstehen, zu festen Zeiten eine Mahlzeit zu sich nehmen und leicht zu bewältigende Aufgaben erledigen, wie z. B. tägliches Blumengießen. Rituale helfen, dem Tag eine Zeitstruktur, Aufgabe und Sinn zu geben.²⁷

Aktiv bleiben

Vor allem in einer depressiven Episode sollten Betroffene versuchen, Dinge zu unternehmen, die ihnen Freude machen. Sport und körperliche Betätigung sind sehr zu empfehlen. Schon kleine Ziele, die keinen Stress und damit mögliche negative Gedanken erzeugen, wirken sich vorteilhaft auf das Befinden aus.

Sozialen Rückzug vermeiden

Patienten sollten versuchen, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Bereits der tägliche Gang zum Bäcker oder Kiosk hilft, den vollständigen sozialen Rückzug zu vermeiden und die Ängste vor anderen Menschen nicht überhand nehmen zu lassen.

²⁷ „Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen“. Thomas Bock. Balance Ratgeber, 4. Auflage 2018, S.112.

Suchtmittel meiden

Drogen und Alkohol scheinen Probleme kurzfristig zu lösen, führen aber langfristig zu weiteren Schwierigkeiten und verschlimmern die Gesamtsituation. Von Suchtmitteln ist daher dringend abzuraten!

Medikamente korrekt einnehmen

Patienten sollten die verschriebenen Medikamente unbedingt korrekt und regelmäßig einnehmen. Tritt die gewünschte Wirkung trotzdem nicht ein oder treten (neue/gravierende) Nebenwirkungen auf, sollten sie ihren behandelnden Arzt aufsuchen.

Psychotherapie

Durch eine Verhaltens- oder Psychotherapie lernen Patienten, Frühsymptome schneller zu erkennen und mit einer akuten Krankheitsphase besser umzugehen.

Angehörige einbeziehen

Der Kontakt mit Freunden und Verwandten ist für Patienten sehr wichtig. Angehörige und Erkrankte sollten sich gegenseitig respektieren und persönliche Grenzen akzeptieren.



Mit Suizidgedanken richtig umgehen

Wenn Patienten Suizidgedanken haben, sollten sie darüber unbedingt mit nahen Freunden, Angehörigen, einem Arzt, Mitarbeitern des sozialpsychiatrischen Dienstes, der Telefonseelsorge oder anderen Notdiensten sprechen. Bei akuten Krisen sollten sie – auch nachts – das nächstgelegene Krankenhaus oder den ärztlichen Notdienst aufsuchen.

TIPP

Im Notfall ist die Telefonseelsorge rund um die Uhr unter (0800) 111 0 111 oder (0800) 111 0 222 kostenfrei und anonym zu erreichen.

Weitere Infos unter:
www.telefonseelsorge.de

5.4 Krisenplan für Notfälle

Patienten sollten in einer stabilen Phase **gemeinsam mit Angehörigen oder dem Partner einen Krisenplan** für akute Krankheitsepisoden **entwickeln**. Dieser sollte eine Liste der Frühwarnzeichen enthalten, die Patienten und nahestehenden Menschen helfen kann ggfs. frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen. Außerdem wird darin geregelt, wo der Betroffene in einer akuten Krise behandelt werden möchte, wer Kontakt zum behandelnden Arzt oder zur Klinik aufnimmt, wer sich um die Krankmeldung beim Arbeitgeber kümmert und wer für die Alltagsaufgaben und gegebenenfalls für die Kinder Sorge trägt. Es kann auch festgehalten werden, wer im Notfall über Konten und Kreditkarten verfügen kann.²⁸

TIPP

Im Rahmen des Notfallplans kann auch die Erstellung einer **Vorsorgevollmacht** und **Patientenverfügung** sinnvoll sein. Patienten sollten diese Dokumente dann zusammen mit dem Krisenplan den Bevollmächtigten bzw. Vertrauenspersonen übergeben.

WICHTIG

Die Rezidivprophylaxe, also alle Maßnahmen, die einen Rückfall verhindern können, sollte nie vernachlässigt werden. Denn: **Rezidivprophylaxe = Suizidprophylaxe!** Waffen und andere gefährliche Gegenstände gehören aus dem Zuhause verbannt. Patienten sollten mit Familienmitgliedern oder Vertrauten gemeinsam einen Notfallplan entwickeln. Alle an dem Notfallplan Beteiligten sollten mit den wichtigsten Informationen versorgt werden.

5.5 Umgang mit Scham und Schuld

Vor allem nach einer akut-manischen Phase haben Patienten oft mit Schuld und Scham zu kämpfen. Wichtig ist, dass sie **sich nicht zum Opfer der Erkrankung machen, sondern Verantwortung übernehmen**, mit Freunden und Familie das Gespräch suchen und durch Selbstmanagement versuchen, neue Episoden zu vermeiden. Wenn Erkrankte das Geschehene reflektieren und daraus lernen, kann das zu einem positiveren Umgang mit der Erkrankung beitragen.²⁹

5.6 Verhalten in sozialen Beziehungen

Patienten sollten mit **nahestehenden Familienmitgliedern und Freunden** offen über ihre Erkrankung sprechen. Durch die Unterstützung des nahen Umfelds kann oft ein Klinikaufenthalt vermieden werden.

Ob weniger enge Freunde, **Bekannte und Kollegen** über die Erkrankung informiert werden, ist immer eine individuelle Entscheidung. Es kann Vorteile haben, den **Arbeitgeber** zu unterrichten. Die genaue Diagnose müssen Patienten nicht nennen. Arbeitgeber sind verpflichtet, diese Informationen vertraulich zu behandeln und sollten im Gespräch auch darauf hingewiesen werden.³⁰

In der **Schule** empfiehlt sich ein Gespräch mit dem Klassenlehrer und dem Schulpsychologen. An **Universitäten** gibt es einen kostenlosen studentischen psychologischen Dienst. Diese Angebote wahrzunehmen, kann für Betroffene sehr hilfreich sein. In einer **Partnerschaft** stellt die bipolare Erkrankung eine besondere Herausforderung dar. Zu den Symptomen einer manischen Phase können unter anderem eine erhöhte Libido oder der Verlust sozialer Hemmungen gehören. Partner sollten lernen, diese Vorfälle als Krankheitssymptome zu werten und nicht persönlich zu nehmen.

²⁸ „Bipolar – mit extremen Emotionen leben. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei manisch-depressiver Erkrankung“. Dr. med. Eberhard J. Wormer. Humboldt 2018, S. 121f.

²⁹ „Ich stehe nach einer manischen Episode wieder einmal vor einem sozialen und materiellen Scherbenhaufen.“ Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. Abgerufen unter www.dgbs.de/fuer-betroffene/scherbenhaufen-nach-manie

³⁰ „Wie gehe ich mit dem Stigma einer psychischen Erkrankung um?“. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. Abgerufen unter <https://dgbs.de/fuer-betroffene/umgang-mit-dem-stigma>

5.7 Alkohol und Drogen

Bei bipolaren Störungen ist die Komorbiditätsrate mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit besonders hoch. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist die Rate etwa um das 6-fache erhöht.³¹

Alkohol- und Drogenkonsum mindern die Chancen auf dauerhafte Besserung deutlich. Neben einem schlechteren Krankheitsverlauf bringt der Konsum auch oft zusätzliche Probleme im sozialen Umfeld mit sich.³² **Daher sollten Betroffene unbedingt suchttherapeutisch behandelt werden!** Darüber hinaus können Selbsthilfegruppen emotional entlasten und Patienten auf dem Weg zur Abstinenz unterstützen.



5.8 Gewicht und Ernährung

Medikamente, die zur Behandlung der bipolaren Erkrankung eingesetzt werden, können sogenannte **metabolische Effekte** wie Gewichtszunahme oder Appetitsteigerung haben. Gleichzeitig kann die psychische Erkrankung an sich zu Veränderungen von Appetit und Körpergewicht führen. Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, sollten regelmäßig ihr Gewicht kontrollieren, um einer unerwünschten Gewichtszunahme rechtzeitig entgegenzuwirken.

Zudem kommen **verhaltenstherapeutische und diätetische Maßnahmen** wie ein **gezielter Ernährungsplan** und ein **bewusster Lebensstil** infrage, um Nebenwirkungen zu reduzieren oder zu verhindern.³³

Sinnvoll ist die Unterstützung durch einen **Ernährungsberater**, der Erfahrungen bezüglich der Zusammenhänge von Psychopharmaka und metabolischen Veränderungen hat.

TIPP

Patienten können sich bei ihrer Krankenkasse nach einer Ernährungsberatung erkundigen. Die Kosten werden in vielen Fällen übernommen.

5.9 Selbsthilfe und Selbstverantwortung

Um zum Experten der eigenen Erkrankung zu werden, sind der Besuch einer **Selbsthilfegruppe** und **Psychoedukationskurse** empfehlenswert. Studien zeigen, dass der Erfahrungsaustausch sowie die gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen Klinikaufenthalte verkürzen können.

Ein weiterer Schritt zur Selbstverantwortung kann das Führen eines **Stimmungstagebuchs** sein. Es hilft, einen Überblick über den Stimmungsverlauf zu bekommen und Frühwarnzeichen für Stimmungsstörungen und Abweichungen vom Normalzustand rechtzeitig zu erkennen. Auch Gegenstrategien, Tages- und Wochenpläne mit einfachen, realistischen Zielen, positive Ereignisse und weitere Ideen können hier notiert werden.

TIPP

Es gibt diverse APPs zum Download auf das Smartphone, mit denen sich Stimmungsschwankungen protokollieren lassen. Alternativ bietet z. B. die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. einen Stimmungskalender auf ihrer Webseite zum Download an.

Online abrufbar unter:

<https://dgbs.de/bipolare-stoerung/therapie/stimmungskalender>

Hinweis: Unter „Adressen und Ansprechpartner“ findet sich eine Auswahl an Kontaktangeboten und Selbsthilfegruppen.

³¹ „Suchterkrankungen bei Bipolaren Störungen“. Prof. Dr. Stephan Mühlhng. Vortrag auf der 14. Jahrestagung für Bipolare Störungen in Würzburg, 2014.

³² „Bipolare affektive Störung: Komorbidität, Diagnose und Therapie“. Universimed. Medizin im Fokus. Abgerufen unter <https://ch.universimed.com/fachthemen/3652>

³³ „Psychopharmaka in der Ernährungstherapie“. Berufsverband Oecotrophologie e. V. Abgerufen unter <https://blog.vdoe.de/psychopharmaka-in-der-ernaehrungstherapie>

6.

VERHALTENSEMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE UND FREUNDE

Menschen reagieren auf Belastungen und herausforderndes Verhalten sehr unterschiedlich. Es gibt daher keine allgemeingültige „Gebrauchsanleitung“, wie am besten mit einem bipolar Erkrankten umzugehen ist.

6.1 Allgemeine Verhaltenstipps

Angehörige können aber durchaus lernen, mit der Erkrankung und ihren verschiedenen Symptomen besser umzugehen. Behandelnde Ärzte und Selbsthilfegruppen bieten dabei wichtige Unterstützung.

Behandlung des Betroffenen unterstützen

Bei einer bipolaren Erkrankung sind es sehr häufig Angehörige oder Freunde, die zum Arztbesuch raten. Sehr hilfreich ist es, wenn sie den Erkrankten begleiten und ihre Einschätzung dem Arzt mitteilen. Angehörige können auch **positiv auf die Therapie treue des Patienten einwirken**, indem sie die Medikamenteneinnahme überwachen bzw. zu dieser ermutigen. Sie können auch intervenieren, sofern sie Zweifel an der Wirksamkeit, Verträglichkeit oder Qualität der (medikamentösen) Therapie haben.

Sich informieren

Das nahe Umfeld sollte sich möglichst ausführlich und am besten mit dem Patienten gemeinsam über die Erkrankung informieren. Wenn **Angehörige in die Behandlung mit einbezogen** werden, können sie Symptome und Frühwarnzeichen der Erkrankung besser verstehen und schneller reagieren.

Aufmerksam sein

Angehörige und Freunde sollten sich selbst darin schulen, die Stimmungen des Patienten achtsam wahrzunehmen, um ggfs. rechtzeitig handeln zu können. Hat der Betroffene einen guten Tag oder eine hypomane Phase? Ist er depressiv oder hat er nur einen schlechten Tag?

Betroffene vor sich selbst schützen

Depressive und manische Phasen können die Sicht auf die Welt und die Einschätzung von Situationen verzerren. Familie und Freunde sollten daher **darauf achten, dass der Betroffene in**

einer akuten Krankheitsepisode keine wichtigen Entscheidungen trifft. In der manischen Phase sollten Betroffene zudem keinen Zugang zu Geld, Kreditkarten oder Autoschlüssel haben, da sie in der Manie nicht rational und verantwortungsbewusst handeln können.

Auf das eigene Wohlergehen achten

Helfende sollten sich nicht überfordern. Sie müssen ihre eigenen Grenzen achten und weiter ihren eigenen Interessen nachgehen. Der Austausch mit Freunden und Familie über die eigenen Gefühle ist sehr wichtig. Durch den Besuch einer Selbsthilfegruppe und/oder mithilfe einer Psychotherapie können Angehörige lernen, mit der bipolaren Erkrankung besser umzugehen.

Kinder über die Erkrankung aufklären

Sofern das Miteinander beeinträchtigt ist, sollten die Kinder des Patienten über die Erkrankung aufgeklärt werden. Auch kleine Kinder können verstehen, dass ein Elternteil krank ist und sich deshalb nicht wie gewohnt verhält.

6.2 Unterstützungsmöglichkeiten in der manischen Phase

In einer manischen Phase verhält sich der Betroffene irrational, uneinsichtig und exzessiv. Jetzt ist es für Angehörige besonders wichtig, sich klar zu machen, dass dieses Verhalten ein Symptom der Erkrankung und keine Mutwilligkeit ist.

Handlungsempfehlungen in der Manie

Angehörige können auf das Verhalten des manischen Patienten gezielt einwirken. Folgende Handlungsweisen haben sich u. a. bewährt:³⁴

- Den Betroffenen von stimulierenden Aktivitäten fernhalten und Aufregung vermeiden
- Autoritäres Verhalten vermeiden, aber nachdrücklich und konsequent handeln
- Keine langen Diskussionen führen, da in der manischen Phase vernünftige Argumente nicht greifen
- Nicht auf die euphorische Stimmung des Patienten oder auf unrealistische Ideen eingehen
- Freundlich bleiben und mit ehrlichem Interesse auf Augenhöhe kommunizieren
- Ehrlich und authentisch bleiben, um sich selbst und den Betroffenen in der Realität zu verankern
- Auseinandersetzungen sofern möglich aus dem Weg gehen, bei körperlichen Angriffen unbedingt schnellstmöglich Hilfe holen (notfalls Polizei verständigen)

Handlungsempfehlungen nach der Manie

Das wichtigste Ziel ist es, zusammen mit dem Betroffenen daran zu arbeiten, die manische Thematik zu verstehen. Patienten sollten danach ermutigt werden, aus dem Inhalt ihres Krankheitsbildes zu lernen und die Erkenntnisse für ihre Persönlichkeitsentwicklung und ihr weiteres Leben zu nutzen.³⁵

³⁴ „Umgang mit der manischen Phase“. Gesundheitswerkstatt. Abgerufen unter www.gesundheitswerkstatt.de/gesundheitsstipp/bipolare.stoerungen/umgang.mit.der.manischen.phase.html

³⁵ „MANIE: Krankhafte Hochstimmung mit Folgen“. Psychosoziale-Gesundheit. Abgerufen unter www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/manie-internet.pdf

6.3 Unterstützungsmöglichkeiten in der depressiven Phase

Auch eine depressive Phase belastet nicht nur den Erkrankten, sondern auch die Menschen in seiner Umgebung. Schnell gesellen sich zur Hilflosigkeit auch Überlastung und Ärger über den Erkrankten.

Geduldig bleiben

Menschen in depressiven Episoden ziehen sich häufig von der Umwelt, auch von den engsten Bezugspersonen, zurück. Angehörige sollten Geduld haben, Gesprächsbereitschaft signalisieren, die Gefühle des Patienten ernst nehmen und sich selbst keinesfalls von dem Erkrankten abwenden.

Auf die Wortwahl achten

Unwissen, Hilflosigkeit und Ungeduld verleiten Angehörige und Freunde oftmals zu gut gemeinten, aber nutzlosen und sogar schädlichen Ratschlägen wie „Kopf hoch“, „Ist doch nicht so schlimm“, „Reiß dich mal zusammen“ oder „Lach doch mal“. Depressive Patienten können das nicht erfüllen und fühlen sich unter Umständen in ihren Schuldgefühlen verstärkt. Angehörige sollten stattdessen **konstruktiv argumentieren** und immer wieder **daran erinnern, dass es sich um eine behandelbare Erkrankung handelt, die nichts mit Willensschwäche zu tun hat.**

Motivieren – ohne zu überfordern

Angehörige können Menschen in depressiven Episoden dabei unterstützen, den Alltag zu bewältigen, dürfen ihnen aber nicht dauerhaft alle Aufgaben abnehmen. Sie sollten auf eine **tägliche Routine** achten, den Betroffenen zu **kleinen Aktivitäten ermuntern** und seinen **Blick auf Erfolgserlebnisse richten.**

Gleichzeitig darf er nicht unter Druck gesetzt werden, indem zu viel von ihm gefordert wird oder der Angehörige auf seine eigenen Bedürfnisse aufmerksam macht.

6.4 Suizidalität und abrupte Stimmungsumschwünge

Bipolar Erkrankte sind in besonderem Maße suizidgefährdet. Gerade in einer manischen (Umschwungs-)Phase können Patienten die Energie aktivieren, um eine Selbsttötung zu planen und umzusetzen.³⁶

WICHTIG

Angehörige sollten bei abrupten Stimmungsumschwüngen besonders achtsam sein und den Betroffenen auf das Thema Suizid ansprechen. Dieser benötigt vielleicht gerade jetzt ein besonderes Maß an Zuwendung, Besorgnis und Aufmerksamkeit.

Äußert der Erkrankte von sich aus Selbstmordgedanken, sollten Angehörige und Freunde diese immer ernst nehmen!

³⁶ „Bipolar – mit extremen Emotionen leben. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei manisch-depressiver Erkrankung“. Dr. med. Eberhard J. Wormer. Humboldt 2018, S. 27 f.

Im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen empfehlen sich für das nahe Umfeld zudem folgende Herangehensweisen:

- Sich bewusst machen, dass man als Angehöriger, Freund oder Partner nicht für die Situation verantwortlich oder schuldig ist
- Den Betroffenen nicht alleine lassen, ruhig bleiben
- Ein Gespräch anbieten, dieses am Laufen halten, aufmerksam zuhören und genauer nachfragen
- Sich Zeit nehmen, Zuwendung und Anteilnahme vermitteln; nicht bagatellisieren, abwerten oder moralisieren
- Ehrlich sein, keine falschen Versprechungen machen, sich nicht selbst überfordern
- Vermitteln, dass es Hilfe gibt und wie wichtig professioneller Beistand ist
- Den Erkrankten dazu animieren, mit dem behandelnden Therapeuten über die Suizidgedanken zu sprechen und darüber, was dies für die weitere Therapie bedeutet
- Gemeinsam den Arzt oder Therapeuten aufsuchen
- Gegebenenfalls selbst den Therapeuten kontaktieren, wenn der Betroffene sich weigert, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung kann eine Einweisung ins Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen notwendig sein (die sogenannte Zwangseinweisung)
- Der Rettungsdienst ist nicht befugt, Patienten gegen ihren Willen zu transportieren. Suizidgefährdete Patienten, die eine stationäre Aufnahme verweigern, müssen somit in Begleitung der Polizei in eine Klinik gebracht werden. Nahe Angehörige sollten daher den Betroffenen möglichst selbst in das zuständige psychiatrische Krankenhaus bringen

SUIZIDGEDANKEN: DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Selbsttötungsgedanken immer ernst nehmen

Den Patienten nicht allein lassen

Aktiv zuhören und ernst nehmen

Das Gespräch in Gang halten

Ggfs. behandelnden Therapeuten verständigen

Polizei oder Notarzt rufen, sofern man als Angehöriger mit der Situation überfordert ist oder diese zu kippen droht

7.

ADRESSEN UND ANSPRECHPARTNER

Allgemeine Informationen

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)

Die DGBS fördert den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, Angehörigen, Professionellen sowie allen am Gesundheitswesen Beteiligten. Hauptanliegen ist es, die Bedürfnisse von Menschen mit einer bipolaren Störung in Öffentlichkeit und Gesundheitspolitik zur Geltung zu bringen sowie die Forschung, Fortbildung und Selbsthilfe zu fördern.

Kontakt:

Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt am Main
E-Mail: info@dgbs.de

Beratungstelefon:

(0700) 333 444 55 (12 ct./Min. aus dem dt. Festnetz,
Mobil teurer, kostenfreier Rückruf möglich)

Beratungszeiten:

Mo. und Fr. 10–13 Uhr, Di. 14–17 Uhr,
Mi. 15–18 Uhr, Do. 17–20 Uhr
E-Mail: mailberatung@dgbs.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Die DGSP setzt sich für eine menschenrechtsbasierte psychiatrische Behandlung und Versorgung und bessere Lebensbedingungen für psychisch erkrankte Menschen ein. Ihre Mitglieder sind psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen, Psychiatrie-erfahrene und deren Angehörige sowie Träger sozialpsychiatrischer Angebote.

Kontakt:

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Telefon: (0221) 51 10 02
Telefax: (0221) 52 99 03
E-Mail: info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BapK)

Der BapK vertritt sowohl die Anliegen psychisch erkrankter Menschen als auch die Interessen der Angehörigen. Er setzt sich hierzu auf allen gesellschaftlichen Ebenen für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihrer Familien ein.

Kontakt:

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
 Telefon: (0228) 71 00 24 00
 Telefax: (0228) 71 00 24 29
 E-Mail: bapk@psychiatrie.de
www.bapk.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Der BPE ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation von jetzigen und ehemaligen Psychiatriepatientinnen und -patienten. Der Verband setzt sich für eine bessere Lage von Psychiatriebetroffenen in Deutschland ein. Grundlage aller Bemühungen ist eine Veränderung in Richtung mehr Humanität, sinnvoller Alternativen, rechtlicher Gleichstellung und besserer Lebensbedingungen.

Kontakt:

Herner Straße 53, 44791 Bochum
 Telefon: (0234) 68 70 55 52
 E-Mail: Kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

Beratungszeiten:

Mo. und Do. 10–13 Uhr

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Der Verband vertritt deutschlandweit die Interessen der Träger gemeindepsychiatrischer Hilfen. Er setzt sich für eine inklusive und vorrangig ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ein.

Kontakt:

Richartzstraße 12, 50667 Köln
 Telefon: (0221) 27 79 38 70
 Telefax: (0221) 27 79 38 77
 E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
www.psychiatrie.de/dachverband

Irrsinnig Menschlich e. V.

Der Verein begleitet Jugendliche und junge Erwachsene mit Präventionsangeboten und fördert so ein Bewusstsein und eine frühere Auseinandersetzung mit psychischen Gesundheit. Es gibt zielgerichtete Angebote für die Themenfelder Schule, Studium und Arbeit.

Kontakt:

Erich-Zeigner-Allee 69–73, 04229 Leipzig
 Telefon: (0341) 22 28 99 0
 Telefax: (0341) 22 28 99 2
 E-Mail: info@irrsinnig-menschlich.de
www.irrsinnig-menschlich.de

Psychiatrienetz

Internetseite mit Suchmaschine zu sozialpsychiatrischen Diensten, stationären und ambulanten Einrichtungen, Selbsthilfe und Angehörigengruppen, dem Selbsthilfe-Telefon sowie zahlreichen Informationen über Krankheitsbilder, Behandlungskonzepte, Psychopharmaka und ähnliches.

www.psychiatrie.de

Selbsthilfe

NAKOS

Die NAKOS, eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., ist eine nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Neben der Beratungstätigkeit zur Gründung von Selbsthilfegruppen unterhält die Einrichtung eine umfangreiche Datenbank zu themenbezogenen, bundesweit tätigen Selbsthilfeeinrichtungen und zu örtlichen themenübergreifend arbeitenden Selbsthilfekontaktstellen. Das Unterstützungs- und Serviceangebot der Einrichtung ist für Interessierte kostenlos. Relevante Anlaufstellen lassen sich in der Datenbank finden oder können telefonisch und schriftlich erfragt werden.

Kontakt:

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg

Telefon: (030) 31 01 89 80

Telefax: (030) 31 01 89 70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

Aktion Psychisch Kranke e. V.

Auf dieser Internetseite finden sich zahlreiche Publikationen, Downloads und Projekte (z. B. über die Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Behandlung), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

Kontakt:

Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Telefon: (0228) 67 67 40 oder (0228) 67 67 41

Telefax: (0228) 67 67 42

E-Mail: apk-bonn@netcologne.de

www.apk-ev.de

Hilfe für psychisch Kranke e. V. Bonn/Rhein-Sieg (HfpK)

Die HfpK ist eine Interessenvertretung für Angehörige und deren psychisch erkrankte oder behinderte Familienmitglieder. Oberstes Ziel ist es, durch eine aktive Aufklärungsarbeit und ein umfassendes Angebot in Form von Angehörigentreffen, Einzelgesprächen etc. Informations-, Beratungs-, Präventions- und Inklusionsarbeit zu leisten.

Kontakt:

Kaiserstraße 79, 53113 Bonn

Telefon: (0228) 28 91 49 1

Telefax: (02 28) 28 91 49 2

E-Mail: info@hfpk.de

www.hfpk.de

Sorgentelefone und Suizidprävention

Seelefon

Das Seelefon bietet bundesweit Information und Hilfe bei psychischen Erkrankungen für Betroffene und Angehörige. Die Beratung kann anonym in Anspruch genommen werden und ist sowohl per Telefon als auch E-Mail möglich.

Beratungstelefon:

(0228) 71 00 24 24 oder (0 18 05) 950 951

Beratungszeiten:

Mo. bis Di. 10–12 Uhr und 14–20 Uhr
Fr. 10–12 Uhr und 14–18 Uhr

Per E-Mail wochentags i. d. R. binnen 48 Stunden:
seelefon@psychiatrie.de

TelefonSeelsorge

Bei der TelefonSeelsorge handelt es sich um ein bundesweites Angebot der Evangelischen und Katholischen Kirche in Deutschland. Ausgebildete ehrenamtliche Mitarbeiter beraten kostenlos und anonym. Es besteht die Möglichkeit zur telefonischen, Email- oder Chatberatung.

Beratungstelefon:

(0 800) 111 0 111 oder (0 800) 111 0 222
(täglich kostenfrei rund um die Uhr)

Onlineberatung:

www.telefonseelsorge.de

Kinder- und Jugendtelefon Nummer gegen Kummer e. V.

Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche bei allen erdenklichen Problemlagen. Telefonische Beratung anonym und kostenlos.

Beratungstelefon:

(0800) 116 111

Beratungszeiten:

Mo. bis Sa. 14–20 Uhr
Samstags spezielle Beratung von Jugendlichen für Jugendliche:
(0800) 116 111 oder (0800) 111 0 333

Elterntelefon Nummer gegen Kummer e. V.

Ansprechpartner für Eltern bei allen Sorgen in Bezug auf ihr/e Kind/er. Telefonische Beratung anonym und kostenlos.

Beratungstelefon:

(0800) 111 0 55 0

Beratungszeiten:

Mo. bis Fr. 9–11 Uhr und Di. und Do. 17–19 Uhr

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatung

Internetseite der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online-Suchmaschine für regionale Beratungsanbieter zu sozialpsychiatrischen Diensten und anderen Beratungsstellen.

Kontakt:

Neumarkter Straße 84c, 81673 München

Telefon: (089) 43 61 0 91

Telefax: (089) 43 11 2 66

E-Mail: info@dajeb.de

www.dajeb.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS)

Die DGS ist die Dachgesellschaft für alle Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen. Wesentliche Aufgaben sind die Förderung von Forschung, Fortbildung und Praxis sowie die nationale und internationale Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

www.suizidprophylaxe.de

Suchtberatung

Kreuzbund e. V.

Als zahlenmäßig größter deutscher Suchtselbsthilfverband unterstützt der Kreuzbund e. V. Betroffene dabei, Wege in ein suchtmittelfreies Leben zu finden und informiert über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten. Darüber hinaus werden auch spezielle Anlaufstellen und Informationen für Angehörige geboten.

Kontakt:

Münsterstraße 25, 59065 Hamm

Telefon: (0 23 81) 6 72 72 0

Telefax: (0 23 81) 6 72 72 33

E-Mail: info@kreuzbund.de

www.kreuzbund.de

Suchthilfverzeichnis

Dieses Online-Portal der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen liefert alle wichtigen Informationen zu den bundesweit über 1.400 ambulanten Suchtberatungsstellen und 800 stationären Suchthilfeeinrichtungen. Auch die Kontaktdaten regionaler Selbsthilfegruppen sind dort zu finden.

www.suchthilfverzeichnis.de

Psychotherapie

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Auf der Internetseite des G-BA können sich Betroffene über die allgemeinen Psychotherapie-Richtlinien informieren.

www.g-ba.de/richtlinien/20

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Die DGPT stellt in unregelmäßigen Abständen Informationen für Mitglieder und Interessierte zu den o. g. Themenbereichen bereit.

www.dgpt.de

Verbraucherzentrale

Auf der Internetseite der Verbraucherzentrale kann ein kostenpflichtiger Ratgeber über Psychotherapie bestellt werden.

www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/psychotherapie

Psychotherapeutensuche

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet auf ihrer Internetseite eine regionale Psychotherapeutensuche an. Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem eine telefonische Beratung an.

Kontakt:

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon: (030) 40 05 0

Telefax: (030) 40 05 15 90

E-Mail: info@kbv.de

www.kbv.de/html/arztsuche.php

Bundespsychotherapeutenkammer

Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landeskammern der Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Die Internetseite bietet eine Therapeutensuche nach Bundesland.

Kontakt:

Klosterstraße 64, 10179 Berlin

Telefon: (030) 27 87 85 0

Telefax: (030) 27 87 85 44

E-Mail: info@bptk.de

www.bptk.de/service/therapeutensuche.html

Beratungszeiten:

Mo. bis Fr. 9–17 Uhr

Psychotherapie-Informationsdienst

Die Deutsche Psychologen Akademie ist die Bildungseinrichtung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. Eine individuelle Therapeutensuche ist über eine Online-Datenbank auf der Internetseite oder über eine Telefonberatung möglich.

Kontakt:

Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

Telefon: (030) 20 91 66 33 0

Telefax: (030) 20 91 66 31 6

E-Mail: pid@psychologenakademie.de

www.psychotherapiesuche.de

Beratungszeiten:

Mo. bis Di. 10–13 Uhr und 16–19 Uhr; Mi. bis Do. 13–16 Uhr

Weisse Liste

Die Weisse Liste ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung. Strategische Partner und Co-Initiatoren der Weissen Liste sind die Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die Verbände begleiten das Projekt mit Blick auf die Interessen von Patienten und Verbrauchern. Das Angebot ist kosten- und werbefrei. Auf der Internetseite können neben Psychotherapeuten auch Ärzte anderer Fachrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime gesucht werden. Allgemeine Information sind ebenfalls hier zu finden.

www.weisse-liste.de

Ergotherapie

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Auf der Internetseite des G-BA können sich Betroffene über die Möglichkeiten einer Verordnung von Ergotherapie als Hilfsmittel informieren:

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)

Der DVE ist der maßgebliche Berufsverband aller Ergotherapeuten in Deutschland. Neben seiner politischen Arbeit forciert der Verband die Weiterentwicklung der Ergotherapie in Praxis, Aus- und Fortbildung, Studium und Wissenschaft. Auf der Internetseite können Betroffene zudem nach Ergotherapeuten in ihrer Nähe suchen.

Kontakt:

Postfach 22 08

Becker-Göring-Straße 26/1, 76307 Karlsbad-Ittersbach

Telefon: (0 72 48) 91 81 0

Telefax: (0 72 48) 91 81 71

E-Mail: info@dve.info

<https://dve.info/service/therapeutensuche>

Rehabilitation und Teilhabe

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BA RPK)

Auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen finden sich allgemeine Informationen über Rehabilitation und eine Suchmaschine für wohnortnahe RPK-Einrichtungen.

Kontakt:

Geschäftsstelle BAG RPK e. V., Annette Theißing c/o beta-REHA,
Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover
Telefon: (0511) 3 49 25 14
Telefax: (0511) 3 49 25 24
E-Mail: theissing@beta89.de
www.bagrpk.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen haben die Aufgabe, die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu sichern und zu fördern. Auf der Internetseite der BIH finden Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausführliche Informationen zur Integration und Teilhabe Behinderter auf dem Arbeitsmarkt.

Kontakt:

Von Vincke Straße 23–25, 48143 Münster
Telefon: (0251) 5 91 38 63
Telefax: (0251) 5 91 71 42 82
E-Mail: bih@integrationsaemter.de
www.integrationsaemter.de

REHADAT – Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation

REHADAT ist das zentrale Informationsangebot zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Verantwortlicher Herausgeber ist das Institut der deutschen Wirtschaft Köln. Das Informationsangebot von REHADAT ist kostenlos. Es richtet sich an Menschen mit Behinderung und an alle, die sich für ihre berufliche Integration einsetzen. Über die Startseite lassen sich weitere thematisch untergliederte REHADAT-Portale ansteuern.

Hauptseite: www.rehadat.de/de

Berufliche Bildung: www.rehadat-bildung.de/de

Arbeitsleben und Behinderung: www.talentplus.de

u. v. a.

Impressum

Herausgeber

neuraxFoundation gGmbH

Elisabeth-Selbert-Straße 23, D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00

E-Mail: info@neuraxFoundation.de

www.neuraxFoundation.de

Sitz der Gesellschaft: Langenfeld

Amtsgericht Düsseldorf: HRB 72546

Vertreten durch den Geschäftsführer:

Dr. Olaf Krampe

1. Auflage: Stand 01.09.2019

Fotos und Illustrationen

© istockphoto.com/kupicoo, KatarzynaBialasiewicz,
SDI Productions, Rocky89, vgajic, Marjan_Apostolovic,

Arx0nt, Tassii

© Laureen Keitsch

Konzept und Layout

Laureen Keitsch

Satz und Reinzeichnung

Anna Jessica Eickhoff

Lektorat

Claudia Wohlhüter

Druck und Verarbeitung

Backes Druck GmbH, Langenfeld

Alle Rechte vorbehalten

© 2019 neuraxFoundation

Der Ratgeber einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung inner- oder außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Weder das Werk noch Teile hiervon darf/dürfen – auch nicht auszugsweise – in irgendeiner Form oder durch irgendein Verfahren genutzt, verbreitet, vervielfältigt, reproduziert, übersetzt, mikroverfilmt oder in elektronische Systeme bzw. Datenverarbeitungsanlagen eingespeichert und/oder verarbeitet werden.

Für die getroffenen Angaben in diesem Werk wird seitens Redaktion und Herausgeber keine Haftung übernommen.

Mit freundlicher Unterstützung von





AUCH ONLINE

NEURAXWIKI.DE

Ihr Informationsportal zu sozialrechtlichen Ansprüchen und Leistungen bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen.

FÜR PATIENTEN, IHRE FAMILIEN UND FACHPERSONAL.



Über neuraxFoundation

Die neuraxFoundation gemeinnützige GmbH steht für therapeutisches, gesellschaftliches und soziales Engagement in der Neurologie und Psychiatrie.

Das Herzstück des gemeinnützigen Engagements ist der einzigartige sozialrechtliche Informationsdienst neuraxWiki.

Mit Hilfe von neuraxWiki finden Patienten, Angehörige und Fachkräfte zielgerichtete und verständlich aufbereitete Antworten auf ihre sozialrechtliche Fragen.

Wo Sie diesen Ratgeber bestellen können:

neuraxFoundation gGmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 23
D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00
E-Mail: info@neuraxFoundation.de
www.neuraxFoundation.de



FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK.