

HIV und AIDS

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu den Erkrankungen



Vorwort

Die Diagnose HIV oder der Ausbruch von AIDS sind ein großer Schock für Betroffene und ihr Umfeld. HIV und AIDS sind noch immer nicht heilbar. Auch wenn es große medizinische Fortschritte und gute Behandlungsmöglichkeiten gibt, bringt die Infektion viele Veränderungen, Herausforderungen und Fragen mit sich. Was genau passiert bei einer HIV-Infektion? Wen informiere ich? Wie wird es weitergehen? Was bringen Medikamente?

Hier möchte der Ratgeber erste Fragen beantworten und einen Überblick über die Erkrankungen, ihren Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten geben. Betroffene und ihre Angehörigen werden aber auch zwangsläufig mit Fragen konfrontiert, die soziale und rechtliche Bereiche betreffen: Welche medizinischen und finanziellen Leistungen gibt es? Wo kann man diese beantragen? Wer muss von der Infektion wissen? Kann man trotz HIV-Infektion weiter arbeiten?

Der Ratgeber legt daher einen Schwerpunkt auf sozialrechtliche Themen, die bei HIV und AIDS von Bedeutung sein können. Er möchte Sie dabei unterstützen, sich im oftmals schwer verständlichen „Dschungel“ rechtlicher Regelungen und Fristen zurechtzufinden, damit rechtzeitig die Leistungen beantragt werden können, die betroffenen Menschen zustehen.

Inhalt

Vorwort	2
HIV und AIDS	5
Übertragung	5
Symptome und Verlauf	7
HIV	7
AIDS	8
Prävention	9
Safer Sex	9
Safer Use	9
Medikamentöse Prävention	9
Diagnostik	11
HIV-Antikörper-Test	11
HIV-Antigen-Antikörper-Test	11
Schnelltest	11
PCR-Methode	11
Heimtest	12
Therapie	13
Antiretrovirale Therapie (ART)	13
Therapiebeginn	15
Konsequente Medikamenteneinnahme	16
Neben- und Wechselwirkungen	16
Psychotherapie	18
Psychotherapeutische Sprechstunde	18
Psychotherapeutische Akutbehandlung	18
Probatorische Sitzungen	18
HIV und Datenschutz	20
Mitteilungspflicht	20
Schweigepflicht	20
Leben mit HIV	21
Ernährung	21
Sport und Bewegung	22
Reisen	22
Partnerschaft und Familie	22
Kinderwunsch	23
Umfeld	23
Arbeit	24
Versicherungen	25
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	26
Entgeltfortzahlung	26

Krankengeld _____	28
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit _____	33
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____	35
Erwerbsminderungsrente _____	35
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	37
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	39
Zuzahlungen in der Krankenversicherung _____	40
Zuzahlungsregelungen _____	40
Zuzahlungsbefreiung _____	41
Sonderregelung für chronisch Kranke _____	44
Rehabilitation _____	45
Überblick über Reha-Leistungen _____	45
Ambulante Reha-Maßnahmen _____	46
Stationäre Reha-Maßnahmen _____	47
Anschlussheilbehandlung _____	50
Stufenweise Wiedereingliederung _____	51
Berufliche Reha-Maßnahmen _____	53
Übergangsgeld _____	54
Haushaltshilfe _____	56
Behinderung _____	59
Definition _____	59
Grad der Behinderung _____	59
Schwerbehindertenausweis _____	60
Nachteilsausgleiche _____	61
Pflege _____	63
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	63
Pflegegrade _____	66
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse _____	66
Pflegeleistungen _____	67
Leistungen für pflegende Angehörige _____	70
Patientenvorsorge _____	73
Vorsorgevollmacht _____	73
Betreuungsverfügung _____	73
Patientenverfügung _____	74
Adressen _____	75
Impressum _____	77

HIV und AIDS

HIV ist eine unheilbare Virus-Infektion, die das Immunsystem befällt und dadurch zu einer zunehmenden Schwächung der Immunabwehr führt. In den Frühstadien zeigen sich bei schleichendem Beginn zunächst wenige Symptome. Bei längerem Verlauf und zunehmender Immunschwäche kann der Körper eindringende Krankheitserreger oder entartete Körperzellen nicht mehr richtig bekämpfen und es kommt zu zum Teil lebensbedrohlichen Erkrankungen (z.B. Pilzinfektionen oder Lungenentzündungen, die normalerweise beherrschbar wären). Bricht das Immunsystem vollständig zusammen, liegt das Spätstadium der HIV-Infektion AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) vor.

Laut Schätzungen des Robert Koch Instituts leben in Deutschland rund 85.000 Menschen mit HIV oder AIDS. Da viele Betroffene nichts von ihrer Infektion wissen, lassen sich keine genauen Zahlen nennen.

Übertragung

HIV wird nur durch direkten Kontakt von bestimmten Körperflüssigkeiten übertragen.

Die Hauptübertragungswege der HI-Viren sind:

- **Kontakt mit infiziertem Blut**, meist beim Geschlechtsverkehr (durch winzige Verletzungen), insbesondere beim Analverkehr, auch beim vaginalen Verkehr, selten beim Oralverkehr. HIV kann auch durch das gemeinsame Benutzen von Injektionsnadeln beim Drogenkonsum übertragen werden. Selten kommt es zu einer Ansteckung über die gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten oder im medizinischen Bereich, z.B. in Folge einer Nadelstichverletzung. Die Übertragung durch Bluttransfusionen ist heute in Deutschland so gut wie ausgeschlossen, da das Spenderblut konsequent untersucht wird.
- **Sexueller Kontakt** mit Übertragung von infiziertem Sperma oder infizierter vaginaler Flüssigkeit. Dies ist insbesondere bei ungeschütztem Anal- und vaginalen Verkehr, selten auch bei Oralverkehr (durch Schlucken von infiziertem Ejakulat oder wenn infiziertes Sperma oder Menstruationsblut auf geschädigte Mundschleimhaut gelangt) möglich.
- **Von der Mutter auf das Kind** bei Schwangerschaft, Geburt oder durchs Stillen. Dies kann jedoch durch vorbeugende Maßnahmen verhindert werden.

Das Übertragungsrisiko wird erhöht,

- wenn sexuell übertragbare Krankheiten oder Verletzungen vorliegen, weil dann die HI-Viren leichter eindringen können.
- wenn der HIV-Infizierte eine hohe Viruslast hat, weil dann viele HI-Viren vorhanden sind.

Nicht übertragen werden kann HIV durch Tröpfcheninfektionen, Tränen, Schweiß, Speichel, Nahrungsmittel oder Trinkwasser. Das heißt eine Übertragung ist **nicht** möglich durch:

- Küssen, Händedruck, Umarmen, Streicheln
- Anhusten oder Anniesen
- Benutzen derselben Teller, Gläser und Bestecke

- Gemeinsame Benutzung von Toiletten, Handtüchern oder Bettwäsche
- Besuch von Schwimmbad oder Sauna
- Zusammenarbeiten und -wohnen mit HIV-infizierten Menschen
- Insektenstiche oder andere Tierkontakte im üblichen Rahmen

Symptome und Verlauf

HIV

HIV ist die Abkürzung für „Human Immunodeficiency Virus“, es handelt sich also um ein „menschliches Abwehrschwäche-Virus“ aus der Gruppe der Retroviren.

Es gibt zwei Typen von HIV, die jeweils in mehrere Untergruppen unterteilt werden können. In Deutschland kommt vor allem der HIV-1-Typ vor. HIV-2 ist hingegen nur für ca. 0,5 % aller Fälle verantwortlich und tritt vor allem in Westafrika auf.

Die Infektion mit HIV verläuft in mehreren Phasen:

1. Akute Infektion

Das HI-Virus greift das Immunsystem durch Eindringen in bestimmte Immunabwehrzellen und dortiger Vermehrung an, weshalb der Körper Krankheitserreger und entartete Körperzellen nicht mehr so gut bekämpfen kann. Zur Vermehrung werden vor allem Lymphocyten, die den CD4-Rezeptor auf der Oberfläche tragen, welcher das Viruseindringen begünstigt (sog. CD4-Zellen, auch T-Helferzellen genannt) und Makrophagen benötigt. Das Virus veranlasst durch ein spezielles Enzym („Reverse Transkriptase“) eine Umschreibung und Eingliederung seines Erbguts (RNA) in das Erbgut der Wirtszelle (DNA) und regt dadurch die Zelle zur Produktion von Virus-Erbgut an. Die vom Virus befallenen Zellen produzieren auf diese Weise neue Viren, werden aber durch die Virenproduktion schnell zerstört, während Makrophagen länger leben und kontinuierlich Viren herstellen, die sich im Körper ausbreiten. Der Körper reagiert auf diese Infektion und bildet Antikörper, die sich im Blut nachweisen lassen.

Nach der Infektion vermehren sich die HI-Viren zunächst stark. Das Immunsystem wehrt sich dagegen und es kommt nach einem Zeitraum von etwa 6 Tagen bis 6 Wochen zu grippeähnlichen Symptomen, die häufig nicht als HIV-Infektion erkannt werden. Typisch sind z.B. Fieber, Lymphknotenschwellungen, Ausschläge am Körper, z.T. Durchfall und schmerzhaftes Schluckbeschwerden, selten auch Symptome einer leichten Hirnhautentzündung.

2. Asymptomatische Latenzphase

Die HI-Virenzahl („Viruslast“) sinkt danach ab und das Virus lässt sich nur noch schwer nachweisen. Nachweisbar bleiben aber die Antikörper, anhand derer in der Regel HIV diagnostiziert wird.

Der Infizierte spürt in dieser Zeit meist keine körperlichen Veränderungen. Allerdings vermehrt sich das HI-Virus weiter. T-Helferzellen werden zerstört, können vom Körper aber in ausreichender Anzahl nachgebildet werden. Die symptomfreie Latenzzeit kann Monate bis Jahre dauern.

3. Lymphadenopathie-Syndrom (LAS)

In diesem Stadium treten Lymphknotenschwellungen auf, die längere Zeit anhalten können. Der Körper ist nicht mehr in der Lage genügend T-Helferzellen zu bilden, sodass die Abwehrkräfte geschwächt sind und es vermehrt zu Erkrankungen kommt. Die Betroffenen entwickeln unspezifische Beschwerden, d.h. Beschwerden, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten können. Typisch sind z.B. ein schlechtes Allgemeinbefinden, Veränderungen der Haut und Schleimhäute oder Magen-Darm-Probleme. Die Symptome sowie ihre Häufigkeit und Ausprägung sind individuell sehr unterschiedlich. Dieses Stadium kann zusammen mit der Latenzphase unbehandelt 8 bis 12 Jahre dauern.

AIDS

AIDS ist die Abkürzung für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, übersetzt „erworbenes Immunschwäche-Syndrom“.

Von AIDS spricht man erst, wenn es infolge des geschädigten Immunsystems zu lebensbedrohlichen Infektionen kommt. Typisch sind eine spezielle, durch einen Pilz ausgelöste, Form der Lungenentzündung (*Pneumocystis jirovecii*), Pilzinfektionen der Schleimhäute (*Candida albicans*), Hirnabszesse infolge einer Toxoplasmen-Infektion oder schwere Erkrankungen an Augen, Lunge, Hirn oder Darm, die von einem bereits vorhandenen Herpes-Virus verursacht werden.

Man spricht hier von „opportunistischen Infektionen“. Das sind Infektionen, die nur auftreten, wenn das Immunsystem schon durch eine andere Erkrankung stark geschwächt ist, in diesem Fall durch die HIV-Infektion.

Zudem können bestimmte Krankheiten neu auftreten. Typisch für AIDS sind Krebsarten, die durch Viren bedingt sind, z.B. das Kaposi-Sarkom (Krebsart an den Schleimhäuten) und das B-Zell-Lymphom (Krebsart der Lymphzellen). Diese Krebsarten zählen zusammen mit den opportunistischen Infektionen, einer bestimmten Gehirnerkrankung (HIV-assoziierte Enzephalopathie) und einem Gewichtsverlust von über 10 % ohne erkennbare Ursache (Wasting-Syndrom) zu den sog. AIDS-definierenden Erkrankungen.

HIV-Co-Infektionen

HIV-Co-Infektionen sind Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI), z.B. Infektionen mit Chlamydien, Humanen Papillomviren, Hepatitis C oder Syphilis. Einige STI können bei HIV einen besonders schweren Verlauf nehmen. Zudem erhöht eine Co-Infektion das Risiko, dass andere Menschen sich mit HIV anstecken. HIV-Infizierte sollten sich deshalb jährlich auf versteckte Infektionen untersuchen lassen.

Besonders gefährlich ist Hepatitis (Leberentzündung), insbesondere wenn sie durch Viren hervorgerufen wird. Es gibt harmlosere und gefährlichere Arten. Hepatitis B und C können chronisch oder gar lebensbedrohlich werden, was vor allem bei Menschen mit Immunstörungen, also auch bei HIV-Infizierten, passiert. Gegen Hepatitis A und B gibt es Schutzimpfungen, die man als HIV-Positiver möglichst in Anspruch nehmen sollte.

Wer hilft weiter?

Informationen zu STI bietet die Deutsche STI Gesellschaft (DSTIG) unter www.dstig.de.

Prävention

Einer Ansteckung mit HIV kann auf verschiedenen Wegen gut vorgebeugt werden. Daher spielt die Prävention eine entscheidende Rolle.

Safer Sex

Mit „Safer Sex“ (sichererem Sex) kann die Infektion mit HIV verhindert werden.

Die beiden wichtigsten Regeln sind:

- Beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzen.
- Beim Oralverkehr kein Sperma in den Mund kommen lassen.

Safer Use

Mit „Safer Use“ (sichere Nutzung) ist die Verhinderung einer Infektion durch geeignete Schutzmaßnahmen gemeint.

Bei Drogenkonsumenten ist dies die Benutzung von eigenem, möglichst sterilem Spritzengesteck. Im medizinischen Bereich verhindert die konsequente Einhaltung der Hygienerichtlinien (z.B. das Tragen von Schutzhandschuhen) eine Ansteckung.

Medikamentöse Prävention

Eine medikamentöse Prävention ist auf 2 Wegen möglich:

PEP

Wer den Verdacht hat, sich mit HIV angesteckt zu haben, sollte sich **sofort** in fachärztliche Behandlung begeben.

Mit einer PEP (Postexpositionsprophylaxe, also Vorbeugung nach dem Viruskontakt) kann verhindert werden, dass sich das HI-Virus im Körper festsetzt. Die Medikamente müssen so schnell wie möglich eingenommen werden, am besten bereits innerhalb der ersten 2 Stunden, spätestens nach 48 Stunden. Nach 72 Stunden wird die Einnahme nach heutigem Kenntnisstand nicht mehr empfohlen.

Die erheblichen Kosten für eine PEP werden von der Krankenkasse nur übernommen, wenn tatsächlich ein Infektionsrisiko bestanden hat, z.B. bei

- Verletzungen mit HIV-kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsnadeln,
- Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-kontaminierten Flüssigkeiten,
- ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person,
- Gebrauch von HIV-kontaminiertem Injektionsbesteck,
- Transfusion von HIV-kontaminiertem Blut oder Blutprodukten.

Ob ein relevantes Risiko vorliegt, muss im Einzelfall von einem Arzt entschieden werden.

Wichtig: Die HIV-PEP ist keine „Pille danach“, sondern eine aufwendige medizinische Behandlungsmöglichkeit für Ausnahmesituationen.

Wer hilft weiter?

Detaillierte Informationen und einen Link zu Kliniken, die eine PEP anbieten, gibt die Deutsche AIDS-Hilfe unter www.aidshilfe.de/safer-sex-unfallpep.

PrEP

PrEP ist die Abkürzung für Prä-Expositions-Prophylaxe (Vorbeugung vor dem Kontakt). Hier kann ein HIV-negativer Mensch präventiv Medikamente der HIV-Therapie einnehmen, um sich vor einer Infektion zu schützen. In Deutschland wurde ein HIV-Medikament für die PrEP zugelassen, wird derzeit allerdings nicht von der Krankenkasse bezahlt. Es ist möglich, sich das Medikament auf einem Privatrezept verschreiben zu lassen, jedoch kostet das bis zu 800 € pro Monatspackung. Seit Oktober 2017 gibt es die PrEP aber auch für ca. 50 € (28 Tabletten), allerdings nur in ausgewählten Apotheken. Näheres unter www.aidshilfe.de/prep-ab-50-euro.

Die Vorbeugung durch die PrEP ist nur in ganz speziellen Fällen sinnvoll (z.B. bei Menschen mit einem sehr hohen HIV-Risiko). Eine ausführliche ärztliche Beratung ist daher unbedingt zu empfehlen.

Wer hilft weiter?

Detaillierte Informationen der Deutschen AIDS-Hilfe gibt es unter www.aidshilfe.de/faq-prep.

Diagnostik

Bei Verdacht auf HIV sollte man sich umgehend testen lassen, denn

- je früher die Behandlung beginnt, desto höher ist die Chance, lange und symptomfrei mit HIV zu leben und den Ausbruch von AIDS zu verzögern oder zu verhindern.
- wer über seine Infektion Bescheid weiß, kann andere schützen, weil er das Virus nicht unwissentlich überträgt.

Es gibt mehrere Testverfahren, die entweder nach HIV-Antikörpern im Blut oder direkt nach dem HI-Virus oder seinen Bestandteilen suchen:

HIV-Antikörper-Test

Beim HIV-Antikörper-Test wird zunächst ein hochempfindlicher Test (ELISA) durchgeführt, der nach Antikörpern gegen das HI-Virus sucht. Daher liefert der Test erst etwa 3 Monate nach einer Infektion ein sicheres Ergebnis. Im Falle eines positiven Testergebnisses erfolgt dann ein hochspezifischer Test (WESTERN-BLOT), der fälschlich positive Ergebnisse ausschließt und die Diagnose bestätigt.

HIV-Antigen-Antikörper-Test

Diese Tests suchen neben HIV-Antikörpern auch nach einem ganz bestimmten Bestandteil des HI-Virus 1, dem „p24-Antigen“. Dieses kann schon ca. 2 Wochen nach einer HIV-Infektion nachgewiesen werden. Das p24-Antigen ist allerdings nur so lange nachweisbar, wie es frei im Blut auftritt. Sobald sich Antikörper bilden, bindet sich das freie p24 und führt dadurch zur Zerstörung anderer Immunzellen. Die Antikörper-Komponente des Tests schlägt dann allerdings trotzdem an, weshalb es zu zuverlässigen Ergebnissen kommt. Auch hier wird zunächst der hochempfindliche Suchtest durchgeführt und dann gegebenenfalls der hochspezifische Bestätigungstest.

Wichtig: Ein HIV-positiver Befund im Antigen-Antikörper-Test ist zu jedem Testzeitpunkt zutreffend. Ein negativer Befund ist erst 6 Wochen nach einem Risiko aussagekräftig. Man spricht hier auch vom sog. Diagnostischen Fenster.

Schnelltest

Der Schnelltest kann schon etwa 30 Minuten nach der Blutentnahme ein Ergebnis liefern. Allerdings sollte auch dieser nicht früher durchgeführt werden als der HIV-Antikörper-Test, denn ein HIV-negativer Befund im Schnelltest ist ebenfalls erst etwa 3 Monate nach einem Infektionsrisiko aussagekräftig. Der Test liefert also nicht schneller (im Sinne von früher) Ergebnisse, sondern kann nur schneller ausgewertet werden. Da es beim Schnelltest zu einem falsch-positiven Ergebnis kommen kann, sollte auch hier bei einem positiven Ergebnis ein HIV-Antikörper-Test nachgeschaltet werden.

PCR-Methode

Die PCR-Methode (PCR= Polymerasekettenreaktion) weist nicht die Antikörper, sondern das Virus selbst nach. Dies ist schon etwa 15 Tage nach der Infektion möglich. Da sich das HI-Virus in einigen Fällen langsamer vermehrt und daher noch nicht erkannt wird, sollte auch hier nach 3 Monaten ein

HIV-Antikörper-Test zur Bestätigung der Diagnose gemacht werden. Die PCR-Methode kann zudem nur HIV-1, nicht jedoch das in Deutschland allerdings selten auftretende HIV-2, nachweisen und ist sehr teuer.

Die PCR-Methode wird auch genutzt, um die Viruslast und damit den Erfolg einer HIV-Behandlung zu messen.

Heimtest

Im Internet sind Schnelltests für zu Hause erhältlich, die aber in Deutschland nicht zugelassen sind. Ihr Erwerb und Besitz ist jedoch straffrei. Der Test liefert bereits nach 15 Minuten ein Ergebnis, jedoch muss man bedenken, dass man dann keinen professionellen Ansprechpartner hat, der einen in diesem Moment gegebenenfalls unterstützen kann. Auch beim Heimtest muss ein positives Testergebnis durch einen weiteren Test bestätigt werden, um die Diagnose zu sichern.

Praxistipp!

HIV-Tests kann man bei vielen Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfe-Stellen und Präventionsprojekten kostenlos und anonym machen lassen. Erfolgt der Test beim Arzt, wird er namentlich durchgeführt und mit dem Ergebnis in die Patientenakte eingetragen.

Therapie

Wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird, kann eine HIV-Infektion heute so behandelt werden, dass der Ausbruch von AIDS um Jahrzehnte hinausgezögert oder sogar verhindert werden kann.

Hierbei wird die antiretrovirale Therapie (ART, Therapie gegen das Retrovirus HIV), eine Kombinationstherapie aus mehreren verschiedenen Medikamenten, eingesetzt. Diese muss immer individuell an den Patienten angepasst werden und erfordert ein gutes Fachwissen des Arztes, sodass ein Besuch bei einem Spezialisten empfehlenswert ist.

Antiretrovirale Therapie (ART)

Die antiretrovirale Therapie (ART) wird auch als HAART (hochaktive antiretrovirale Therapie), als cART (combined ART) oder einfach nur als „Kombinationstherapie“ bezeichnet. Sie wurde 1996 eingeführt und entwickelt sich laufend weiter.

Wenn antiretrovirale Medikamente in Monotherapie gegeben werden, können sich resistente Mutationen bilden. Um eine Resistenzbildung zu verhindern, werden in der HAART-Therapie mehrere Substanzen miteinander kombiniert. Diese greifen an verschiedenen Stellen des HIV-Lebenszyklus an oder haben einen unterschiedlichen Wirkmechanismus. Die HI-Viren können sich dann erst wieder wirksam vermehren, wenn sie gegen mehrere Wirkstoffe gleichzeitig resistent geworden sind. Für den Therapieerfolg und um Resistenzen zu verhindern ist es enorm wichtig, dass die Therapie konsequent eingehalten wird.

HAART wirkt nachgewiesenermaßen nur gegen den HIV-Typ 1. Für eine Behandlung der in Deutschland sehr selten auftretenden Infektion mit HIV-Typ 2 sollte man sich an ausgewiesene HIV-Spezialisten wenden (siehe S. 17).

Die HAART hat mehrere Ziele:

- Vermehrung der HI-Viren hemmen und damit die Viruslast im Blut senken
- Symptome der HIV-Infektion unterdrücken
- Krankheitsfortschritt verlangsamen, d.h. im besten Fall das Immunsystem verbessern
- Zellimmunität wiederherstellen
- Entzündungen infolge der chronischen Abwehrschwäche reduzieren
- Ansteckungsgefahr verringern
- Dem Betroffenen ein möglichst normales und langes Leben mit Wohlbefinden ermöglichen

Eine wirksame HAART sollte die Viruslast auf 0 bzw. unter die laborchemische Nachweisgrenze (unter 20 Virus-RNA-Kopien pro ml Blut) reduzieren. Die sog. Viruskonzentration sinkt anfangs schnell, dann langsamer. Der Zielwert „unter der Nachweisgrenze“ sollte nach 3 bis 4, maximal nach 6 Monaten erreicht werden. Wenn nur wenige HI-Viren aktiv sind, kann sich auch das Immunsystem wieder erholen und die Zahl der T-Helferzellen steigt an.

Patienten mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze gelten als fast nicht mehr ansteckend.

Dennoch sollten auch HIV-Infizierte mit niedriger Viruslast die empfohlenen Schutzmaßnahmen einhalten, weil sie sich damit auch vor anderen Infektionen schützen.

Bei HIV-Infizierten werden nach Einleitung der Therapie zur Kontrolle die Werte der T-Helferzellen und der HIV-RNA in kurzen Abständen bestimmt. Wenn die ART dauerhaften Erfolg zeigt, reichen Kontrollmessungen alle 3 Monate bzw. nach Absprache mit dem behandelnden Arzt.

Eine HAART wirkt umso besser, je weniger Symptome bereits vorhanden sind. Wichtig ist die kontinuierliche Einnahme, da Therapieunterbrechungen oder -abbruch zu einem Anstieg der Viruslast führt bzw. Resistenzen durch den Umbau der Erbinformation fördert. Bei späten Diagnosen, insbesondere wenn AIDS bereits ausgebrochen ist, sind die Prognosen deutlich schlechter.

Nach wie vor kann eine HIV-Infektion nicht geheilt werden, d.h. es bleiben immer HI-Viren im Körper. Es gibt auch (noch) keinen Impfstoff gegen die Ansteckung mit HIV.

Medikamente der Kombinationstherapie

Bei einer HAART werden mindestens 3 verschiedene antiretrovirale Medikamente aus mehreren Wirkstoffklassen kombiniert.

Das „I“ in den folgenden Abkürzungen steht immer für „Inhibitor“ = Hemmer. Mittlerweile sind 5 Gruppen von Medikamenten im Therapieeinsatz. Die meisten setzen an Enzymen an, die für den HIV-Vermehrungszyklus notwendig sind.

Entry-Inhibitoren

Diese Gruppe umfasst 3 unterschiedliche Substanzen bzw. Angriffstellen, um das Eindringen des HI-Virus in die Zelle zu verhindern. Sie blockieren entweder die Andockstellen des Virus an die Zelle (Attachment-Inhibitoren), belegen eine zweite notwendige Bindungsstelle auf der Zielzelle (Korezeptorantagonisten) oder verhindern das Verschmelzen von Virus und Zielzelle (Fusionsinhibitoren).

Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (RTI)

Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI), auch Nukleosid-Analoga genannt, waren die ersten HIV-Medikamente. Die Umwandlung der HIV-RNA (Erbsubstanz des HI-Virus) in DNA durch das Enzym Reverse Transkriptase ist ein für die Vermehrung des Virus notwendiger Schritt. NRTI sind „falsche“ Bausteine, die den natürlichen Zellbausteinen nachempfunden sind (Nukleosid-Analoga). Sie werden statt der „richtigen Bausteine“ in die neue DNA eingebaut und bewirken eine Unterbrechung der DNA-Kette.

NNRTI (nicht-nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) sind synthetisch hergestellte Substanzen, die direkt an das Enzym Reverse Transkriptase binden und so die Nukleosidanbindung und Molekülverknüpfung verhindern.

Integrase-Inhibitor (INI)

Das HI-Virus braucht das Enzym Integrase, um seine aus Virus-RNA umgeschriebene DNA in die DNA der menschlichen Zelle einzugliedern. Integrasehemmer verhindern dies.

Protease-Inhibitoren (PI)

Das Enzym Protease ermöglicht den Bau neuer HI-Viren aus Protein-Bestandteilen. Proteasehemmer blockieren diesen Prozess, sodass nur ungefährliche Viruspartikel entstehen. Die Wirkung der Protease-Inhibitoren wird gesteigert („geboostert“) durch eine geringe Dosis von 2 weiteren Medikamenten: entweder Ritonavir (PI/r) oder Cobicistat (PI/c).

Kombination

Die gängigen Kombinationstherapien bestehen derzeit aus 2 NRTI + 1 NNRTI + 1 INI oder geboostertes PI.

Monotherapien, also Therapien nur mit NRTI oder NNRTI, gelten heute als nicht mehr angezeigt. Auch duale Therapieansätze ohne NRTI-Bestandteil werden heute nicht mehr empfohlen.

Die genaue Zusammensetzung der Medikamentenkombination ist individuell unterschiedlich und orientiert sich an der Lebenssituation des Patienten sowie gegebenenfalls weiteren Infektionen, Erkrankungen und Nebenwirkungen. Meist werden bewährte Fixkombinationen verschrieben, also mehrere Medikamente in einer Tablette. Sie haben den Vorteil, dass sie einfacher einzunehmen sind. Wenn das nicht geht, z.B. weil die Dosis nicht passt, ein Bestandteil nicht vertragen wird, eine Resistenz oder eine weitere Erkrankung vorliegt, werden die Einzelsubstanzen verordnet.



Praxistipp!

Die Deutsche und die Österreichische AIDS-Gesellschaft publizieren gemeinsam die „Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion“. Diese Leitlinien werden aufgrund der schnellen Veränderungen der therapeutischen Erkenntnisse regelmäßig aktualisiert. Download bei der DAIG unter www.daignet.de > Leitlinien.

Therapiebeginn

Wegen der Neben- und Wechselwirkungen wird der Beginn einer HAART zum Teil hinausgezögert. Infolge immer verträglicherer Medikamente beginnt die Behandlung jedoch zunehmend früher, da sich gezeigt hat, dass ein früher Therapiebeginn die Prognose verbessert.

Es müssen jedoch die Entwicklung viraler Resistenzen und die Langzeitnebenwirkungen der HIV-Medikamente gegen die Vorteile eines frühen Beginns der Therapie abgewogen werden.

Es gibt verschiedene Faktoren, die bei der Entscheidung helfen können, ob mit einer Therapie begonnen oder lieber noch gewartet werden soll:

- Beschwerden
- Anzahl der T-Helferzellen
- Viruslast (Zahl der Viren im Blut)

Bei einer T-Helfer-Zellzahl unter 200/Mikroliter wird eine Behandlung generell empfohlen. Wenn der Betroffene Symptome wie anhaltende Müdigkeit und Schwäche oder längere Durchfälle hat, sollte der Therapiebeginn bereits früher erfolgen.

Zusatzkriterien für einen frühen Therapiebeginn (bei einer Anzahl an T-Helferzellen zwischen 350 und 500/Mikroliter Blut) können zudem sein:

- Schwangerschaft
- Therapiebedürftige Hepatitis B
- Chronische Hepatitis C
- Höheres Lebensalter (ab 50 Jahren)
- Hohes kardiovaskuläres Risiko

- Rasches Absinken der Anzahl der T-Helferzellen
- Immunsuppression bei Chemotherapie, Radiotherapie, Autoimmunerkrankungen oder Transplantation
- Senkung des Übertragungsrisikos

Derzeit geben die einzelnen Fachgesellschaften jeweils etwas abweichende Empfehlungen zum Therapiebeginn, der aber immer individuell abgestimmt werden muss. Um den richtigen Zeitpunkt des Therapiebeginns nicht zu verpassen, ist es wichtig, sich regelmäßig von einem auf HIV spezialisierten Arzt untersuchen zu lassen.

Konsequente Medikamenteneinnahme

Die meisten HIV-Medikamente müssen ein- oder zweimal täglich eingenommen werden, um wirksam zu sein und eine Resistenzbildung zu vermeiden. Die Anwendung muss konsequent und lebenslang erfolgen.

Das erfordert eine gute Mitarbeit und viel Disziplin auf Seiten des Patienten. Aus diesem Grund sollte sich der Betroffene die Zeit nehmen zu überlegen, ob er die Notwendigkeit eines Therapiebeginns einsieht und bereit ist, diese auch konsequent einzuhalten. Die Medikamenteneinnahme ist nämlich auch deshalb eine Herausforderung, weil insbesondere am Anfang häufig starke Nebenwirkungen auftreten. Dann geht es vielen Patienten, die noch gar keine Symptome der Infektion spüren, mit der Therapie erst einmal schlechter als ohne. Die Langzeitprognose ist mit HAART jedoch erheblich besser, daher ist ein rascher Therapiebeginn empfehlenswert.

Wenn die Nebenwirkungen zu stark sind, muss eine Umstellung auf andere Medikamente erfolgen. Da die Medikamente unterschiedlich schnell und lange im Körper wirken, muss auch die Absetzung bzw. Umstellung sorgfältig vom Spezialisten geplant werden, damit keine ungewollte Therapiepause entsteht.

Therapiepausen dürfen nur in enger Absprache mit einem spezialisierten Arzt stattfinden. Wenn die Tabletten nicht regelmäßig eingenommen werden, sinkt ihr Wirkspiegel im Blut ab und die HI-Viren können sich wieder vermehren. Zudem können Resistenzen entstehen, die dazu führen, dass die Viruslast trotz erneuter Medikamenteneinnahme ansteigt, weil die Viren nicht mehr auf die Medikamente reagieren. Oft kommt es zu Kreuzresistenzen, d.h. wenn ein Medikament einer Gruppe nicht mehr wirkt, gilt das meist auch für alle anderen Medikamente aus der Gruppe. Die Behandlungsmöglichkeiten sind bei einer Resistenzbildung erheblich eingeschränkt. Um das zu verhindern, sollten sich Patienten im Vorfeld sorgfältig informieren und die Empfehlungen des Arztes konsequent einhalten. Nur so kann die Vermehrung des Virus und damit auch die Zerstörung der T-Helferzellen wirksam unterdrückt und ein Therapieversagen verhindert werden.

Neben- und Wechselwirkungen

Wie alle rezeptpflichtigen Arzneimittel können antiretrovirale Medikamente Nebenwirkungen haben. Zudem kommt es durch die verschiedenen Wirkstoffe auch häufig zu Wechselwirkungen.

Nebenwirkungen

Man unterscheidet akute Nebenwirkungen, die zu Beginn der Therapie auftreten und meist nach 2 bis 4 Wochen wieder verschwinden, und Langzeitnebenwirkungen, die sich häufig erst nach Jahren

bemerkbar machen und schleichend auftreten.

Je nach Substanzgruppe gehören zu den **akuten** Nebenwirkungen gastrointestinale Beschwerden wie Völlegefühl, Magenbeschwerden, Übelkeit und Durchfall sowie Hautausschläge, Kopfschmerzen und erhöhte Leberwerte.

Zu den **Langzeitnebenwirkungen** zählen Nervenstörungen (Polyneuropathien), Fettverteilungsstörungen wie Lipodystrophie mit Abbau von Fettgewebe in Gesicht, Gesäß, Armen, Beinen und Anlagerung am Bauch und Nacken (Stiernacken), Blutzuckererhöhung, Veränderung des Fettstoffwechsels mit Cholesterin-/Triglycerid-Anstieg und dadurch erhöhtem Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Wechselwirkungen

Die Beachtung von Wechselwirkungen ist bei HIV-Patienten besonders wichtig, da allein im Rahmen der HAART in der Regel mindestens 4 Medikamente eingesetzt werden. Dazu kommen häufig Begleitmedikamente und Nahrungsergänzungsmittel, gegebenenfalls auch Medikamente gegen opportunistische Infektionen.

Wechselwirkungen können dazu führen, dass Medikamente stärker (Vergiftung) oder schwächer (unerwünschte Therapiepause) wirken als beabsichtigt. Wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind, sollte also unbedingt sichergestellt werden, dass alle über das gesamte Einnahmespektrum informiert sind.

Da Vorhersagen schwer möglich sind und der Organismus individuell sehr unterschiedlich reagiert, wird bisweilen der Medikamentenspiegel bestimmt. Dabei erfolgt eine Analyse der Medikamentenwirkstoffkonzentrationen im Blut (TDM = Therapeutic Drug Monitoring).



Praxistipp!

Zur HIV-Infektion wird intensiv geforscht, es kommen laufend neue Medikamente hinzu und die Therapieempfehlungen verändern sich. Deshalb sollte man sich von HIV- und AIDS-Spezialisten in HIV-Schwerpunktpraxen oder HIV-Ambulanzen behandeln lassen, die diesen Fortschritt laufend mitverfolgen.



Wer hilft weiter?

Die Beratungsstellen der AIDS-Hilfe vermitteln Adressen von Schwerpunktpraxen. Im Internet sind sie u.a. unter www.hiv-symptome.de > HIV Schwerpunktpraxen zu finden.

Die meisten Schwerpunktpraxen sind nur in größeren Städten verfügbar. Wegen der besseren Langzeitprognose sollte man den Weg aber nicht scheuen.

Psychotherapie

Der Schock der Diagnose, die Erkenntnis, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, ein ungewisser Verlauf, Probleme im Berufs- und Privatleben, ständiger Druck, die Therapie einzuhalten, Diskriminierung, Nebenwirkungen von Medikamenten und die Verschlechterung des Gesamtzustands können für die Betroffenen sehr belastend sein.

Wer sich dadurch so beeinträchtigt fühlt, dass seine Lebensqualität spürbar leidet, sollte sich nicht scheuen, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Dazu ist keine ärztliche Überweisung nötig.

Da die Wartezeiten für einen Therapieplatz leider häufig sehr lang sind, gibt es folgende Möglichkeiten, um die Zeit bis zum Therapiebeginn zu überbrücken:

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Klärung, welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen, Kinder und Jugendliche höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Voraussetzung für eine weitere Therapie ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Eine psychotherapeutische Akutbehandlung findet im Anschluss an eine Sprechstunde (siehe oben) statt. Ziel ist, den Patienten mit seinen akuten Anliegen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen gegebenenfalls einbezogen werden. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe unten) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Probatorische Sitzungen

Hat man einen Therapeuten mit freien Kapazitäten gefunden, werden zunächst 2-4 Probestunden vereinbart. Diese sog. probatorische Sitzungen dienen dazu, sich gegenseitig kennenzulernen und zu schauen, ob man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann. Erst dann wird ein Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt.

Praxistipps!

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen:** Die meisten Kassenärztlichen

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen:** Unter www.kbv.de > Service > Arztsuche können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.
- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer:** Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter www.bptk.de/service/therapeutensuche.html.
- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informationen-Dienst:** Der Psychotherapie-Informationen-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter www.psychotherapiesuche.de oder Telefon 030 209166330.
- Manche Psychotherapeuten stehen auch im Telefonbuch unter „Ärzte“ oder in den Gelben Seiten unter „Psychotherapie“ oder „Psychologie“.
- **Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung:** Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:
 - die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist
 - eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anruftdatum und Wartezeit
 - der Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann

Die Krankenkasse prüft dann nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten (Kostenerstattung).

HIV und Datenschutz

HIV und AIDS sind leider noch immer sehr stigmatisiert und es gibt viele Menschen, die nicht genügend aufgeklärt sind und Vorurteile haben. Daher ist es wichtig zu wissen, wem gegenüber eine Mitteilungspflicht besteht und für wen die Schweigepflicht gilt.

Mitteilungspflicht

Wenn ein Betroffener von seiner Infektion weiß, sollte er seinen Sexualpartner darüber informieren. Wenn er das nicht tut und weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr hat, macht er sich wegen versuchter Körperverletzung strafbar.

Eine rechtliche Verpflichtung der Mitteilung gegenüber Ärzten und Behörden besteht nicht. Es ist allerdings ratsam, alle behandelnden Ärzte über die HIV-Infektion in Kenntnis zu setzen, damit Wechselwirkungen vermieden und Nebenwirkungen richtig eingeordnet werden können. In manchen Fällen ist es auch notwendig, Leistungsträger über die Infektion zu informieren, z.B. wenn aufgrund der AIDS-Erkrankung eine Rente beantragt wird.

Näheres über die Mitteilungspflicht im Arbeitsleben auf S. 24.

Schweigepflicht

Für Ärzte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens besteht eine Schweigepflicht, die nur bei einem rechtfertigenden Notstand gebrochen werden darf.

Ein rechtfertigender Notstand ist in der Praxis jedoch nicht einfach zu begründen und liegt daher nur in Ausnahmefällen vor. Auch bei einer Gefährdung Dritter (z.B. wenn ein HIV-Infizierter ungeschützten Geschlechtsverkehr mit seinem Partner hat und dieser nicht über die Infektion informiert ist) gilt zunächst die Schweigepflicht. Es müssen erst alle Maßnahmen (z.B. eindringliche Aufklärung über die Konsequenzen des Handelns) ausgeschöpft sein, bis der Arzt seine Schweigepflicht brechen und den Sexualpartner informieren darf.

Ein Arzt darf sein Wissen über eine Infektion auch nicht beliebig an andere Klinikmitarbeiter weitergeben. Ein Einverständnis des Patienten in die Mitteilung gegenüber Dritten erstreckt sich nur auf Mitarbeiter, die unmittelbar mit dem Patienten befasst sind. Die Verschwiegenheit gilt auch für die Dokumentation und Weitergabe von Befunden sowie die Abrechnung mit der Krankenkasse. Das Ergebnis eines HIV-Tests darf z.B. nicht ohne Einverständnis des Patienten in einem Arztbrief weitergegeben werden. Wenn kein Einverständnis vorliegt, kann der Arzt einen Hinweis auf Unvollständigkeit eintragen. Der Betroffene kann dann allerdings der Weiterleitung eines solchen Arztbriefes widersprechen.

Auch Privatpersonen sind durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wer das Wissen um eine Infektion ohne Zustimmung des Betroffenen weiterträgt, kann auf Schadensersatz verklagt werden.

Leben mit HIV

Eine HIV-Infektion schwächt das Immunsystem und geht mit Entzündungsprozessen im Körper einher. Eine möglichst gesunde Lebensweise mit ausreichend Schlaf, Bewegung an frischer Luft, wenig negativem Stress, gesunder Ernährung und möglichst wenigen Giften unterstützt die Behandlung und erhöht die Lebensqualität.

Ernährung

Eine gesunde Ernährung stärkt das Immunsystem und steigert die Lebensqualität. Zudem kann sie die Wirksamkeit der Medikamente verbessern, weil diese dann leichter über den Darm ins Blut aufgenommen werden können. Dies kann auch ihre Verträglichkeit steigern und Nebenwirkungen wie Übelkeit, Durchfall, Gewichtsverlust und Mangelernährung reduzieren.

Die Einnahme einiger Medikamente ist mit besonderen Ernährungsvorgaben verbunden, die der Packungsbeilage zu entnehmen sind.

HIV-infizierte Menschen sollten zudem auf eine „risikoarme“ Ernährung mit Blick auf mögliche Infektionen achten. Das bedeutet z.B.:

- Rohe Eier, rohes Fleisch und Rohmilch-Produkte meiden, da hier die Gefahr von Salmonellen oder Toxoplasmose erhöht ist
- Zubereitungen mit rohen Zwiebeln nicht lange stehen lassen
- Obst, Salat und Gemüse gründlich waschen

Zu meiden sind folgende Nahrungsmittel, da sie die Medikamentenwirkung beeinflussen:

- Mate-Tee
- Pfefferminze
- Johanniskraut
- Grapefruit

Gifte

Zu einer gesunden Lebensweise gehört auch, dem Körper möglichst wenig Gifte zuzumuten, da ihr Abbau vor allem die Leber belastet, die jedoch infolge der Infektion und der Medikamente ohnehin schon mehr leisten muss. Das heißt:

- Möglichst wenig, am besten keinen Alkohol, Tabak und Drogen
- Möglichst wenig Schadstoffe wie Spritzmittel oder Zusatzstoffe in der Nahrung, also am besten viele Bio- und wenig verarbeitete Produkte essen

Sport und Bewegung

Sport und Bewegung stärken das Immunsystem, steigern die Lebensqualität und reduzieren viele Gesundheitsrisiken. Letzteres gilt insbesondere für Erkrankungen, die bei Menschen mit HIV-Infektion häufiger auftreten, z.B. Depressionen, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenfunktions- oder Fettstoffwechselstörungen.

Empfohlen wird vor allem Ausdauersport, z.B. Walking, Wandern, Joggen, Radfahren oder Schwimmen. Zudem ist Krafttraining hilfreich, weil es die Muskelmasse und damit die Verfügbarkeit von Sauerstoff im Körper erhöht.



Praxistipps!

- In vielen Städten, in denen es AIDS-Hilfe-Beratungsstellen gibt, existieren auch spezielle HIV-Sportgruppen.
- Wer neu mit dem Sport beginnt, sollte vorher einen ärztlichen Herz-Kreislauf-Check machen und sich die richtige Trainingsfrequenz empfehlen lassen.

Reisen

Eine Reise sollte aufgrund der Medikamenteneinnahme sorgfältig geplant und mit dem Arzt abgestimmt werden. Es empfiehlt sich zudem, mehr Medikamente mitzunehmen als unbedingt nötig und sie auf Handgepäck und Koffer zu verteilen. So kann auch bei einem Diebstahl oder vorübergehendem Gepäckverlust die Therapie eingehalten werden.

Es gibt zudem Länder, die Menschen mit HIV nicht einreisen lassen oder ausweisen. Detaillierte Informationen bietet www.hivtravel.org, ein deutschsprachiger Download findet sich rechts unten auf der Website.

Partnerschaft und Familie

Wenn in einer Partnerschaft einer der Partner HIV-positiv ist, kann das die Beziehung vor einige Herausforderungen stellen. Die meisten Paare kommen aber nach einiger Zeit gut mit der Situation zurecht.

Die Gefahr einer HIV-Infektion des nicht infizierten Partners lässt sich durch geschützten Geschlechtsverkehr und im Notfall durch eine PEP so gut wie ausschließen. Nimmt der HIV-positive Partner Medikamente, ist das Übertragungsrisiko durch eine Senkung der Viruslast stark reduziert.

Eine besonders schwierige Situation kann entstehen, wenn in einer Beziehung trotzdem HIV übertragen wird. Vorwürfe einerseits und Schuldgefühle andererseits können die Beziehung stark belasten. Wenn Schuldgefühle, Ängste oder vielleicht auch Wut auf den Partner die Beziehung gefährden, ist es wichtig darüber zu sprechen. Hier kann eine Beratungsstelle der AIDS-Hilfe eine gute Anlaufstelle sein.

Wenn beide Partner HIV-positiv sind, stellen sich manche Paare die Frage, ob sie auf Kondome verzichten können. Die Antwort fällt von Fall zu Fall unterschiedlich aus:

- Wenn beide Partner keine HIV-Medikamente nehmen, besteht unter Umständen das Risiko, dass sie sich gegenseitig mit weiteren HI-Virusvarianten infizieren, vor allem bei einer hohen Viruslast

und einer frischen HIV-Infektion. Dann sind Kondome empfehlenswert.

- Wenn mindestens einer der Partner sich in einer gut funktionierenden HIV-Therapie befindet, ist dieses Risiko so gering, dass es vernachlässigt werden kann.

Im Zweifel sollten Paare ihre behandelnden Ärzte fragen, ob sie auf Kondome verzichten können.

Kinderwunsch

Viele Menschen mit HIV wünschen sich Kinder. Dieser Wunsch muss nicht unerfüllt bleiben: Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind trotz einer HIV-Infektion möglich. Eine Infektionsgefahr für den HIV-negativen Partner kann durch HIV-Medikamente und andere Maßnahmen nahezu ausgeschlossen werden.

Auch für das Kind besteht heute beinahe keine Infektionsgefahr, wenn entsprechende Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. Die Zeugung sollte allerdings ausschließlich nach eingehender Beratung erfolgen. Nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen geht der HIV-negative Partner so gut wie kein Risiko ein.

Wenn eine natürliche Zeugung nicht in Frage kommt oder nicht gewünscht ist, gibt es noch weitere Möglichkeiten:

- Wenn die Frau HIV-positiv ist, kann die Zeugung durch eine künstliche Befruchtung mit dem Sperma des Mannes erfolgen.
- Ist der Mann HIV-positiv, wird sein Sperma „gewaschen“. Das bedeutet das HI-Virus wird im Labor aus dem Sperma entfernt. Danach erfolgt eine künstliche Befruchtung.

Schwangerschaft und Geburt

Die Übertragung von HIV von der HIV-positiven Mutter auf das Kind kann heute in fast allen Fällen verhindert werden. Folgende Maßnahmen sind notwendig:

- Regelmäßige Einnahme von HIV-Medikamenten während der Schwangerschaft
- Regelmäßige Untersuchungen beim Frauenarzt und in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder HIV-Ambulanz
- Bei der Geburt sollte ein Ärzte-Team bereitstehen, das sich mit HIV auskennt
- Verzicht aufs Stillen
- Vorbeugende Behandlung des Neugeborenen mit HIV-Medikamenten für 4 Wochen

Die Entbindung findet heute in den meisten Kliniken per Kaiserschnitt statt. Einige spezialisierte Kliniken bieten auch die Möglichkeit der vaginalen Entbindung. Damit ist kein höheres Risiko für das Kind verbunden, wenn die oben genannten Maßnahmen eingehalten werden.

Umfeld

Die Frage wann und wen ein HIV-Infizierter über seine Erkrankung informieren sollte, kann nicht pauschal beantwortet werden. Die Angst vor einer Ansteckung bringt das Umfeld häufig dazu auf Distanz zu gehen.

Aus diesem Grund ist eine Aufklärung über die Übertragungswege von HIV sehr wichtig, denn oftmals gibt es noch die fälschliche Annahme, HIV könnte durch normalen Körperkontakt, z.B. beim Händeschütteln, übertragen werden.

Es ist hilfreich mit der Diagnose nicht alleine zu bleiben. Aber jeder Betroffene sollte für sich überlegen, wer vertrauenswürdig, stabil und informiert genug ist, damit so umzugehen, dass er für ihn eine Hilfe und keine weitere Belastung ist. Grundsätzlich steht es dem Betroffenen frei selbst zu entscheiden wen er informiert, sofern er nicht wissentlich die Gefahr eingeht, andere Menschen anzustecken. Hilfreich kann auch der Kontakt zu anderen Betroffenen sein.

Wer hilft weiter?

Ein spezielles Angebot für die ersten Schritte ins Leben mit HIV ist das Projekt „Sprungbrett“. Es vermittelt bundesweit sog. Buddies, das sind Männer und Frauen, die selbst HIV-positiv sind und neu Betroffenen ehrenamtlich zur Seite stehen. Näheres unter www.sprungbrett.hiv.

Arbeit

Die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten haben dazu geführt, dass sich die Arbeitsfähigkeit HIV-Infizierter in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Es gibt nur wenige Ausnahmen, bei denen allein die Infektion dazu führen kann, dass der Beruf aufgegeben werden muss.

Das ist z.B. bei Chirurgen oder Zahnärzten der Fall, bei denen die Viruslast nicht unter die Nachweisgrenze gesenkt werden kann, da die Ansteckungsgefahr im Falle einer Verletzung durch die invasive Arbeit an offenen Wunden besonders hoch ist. Andere Berufe im Gesundheitswesen, z.B. im Bereich der Pflege, können hingegen weiterhin ausgeübt werden, da die Gefahr einer Übertragung des HI-Virus bereits durch die standardisierten Schutzmaßnahmen vermieden wird. Dies gilt auch für Berufe im Lebensmittel- und Gastronomiebereich.

Im Bereich der Luftfahrt hat sich in den vergangenen Jahren viel getan. Neue europäische Vorschriften besagen, dass eine HIV-Infektion kein Ausschlusskriterium mehr ist, um als Flugbegleiter oder Pilot arbeiten zu können. Entscheidend ist lediglich der persönliche Gesundheitszustand des Betroffenen, der bei einer bekannten HIV-Infektion engmaschig kontrolliert werden muss.

Auch im Bewerbungs- und Einstellungsverfahren spielt die HIV-Infektion keine Rolle, wenn die Infektion die Eignung des Bewerbers für die Tätigkeit nicht einschränkt oder eine erhöhte Infektionsgefahr für andere Menschen besteht. So muss auf Fragen nach einer HIV-Infektion in diesen Fällen nicht wahrheitsgemäß geantwortet werden. Bei einer Einstellungsuntersuchung kann ein HIV-Test verweigert werden.

Kündigung

Für eine Kündigung ist entscheidend, in welchem Krankheitsstadium sich der Betroffene befindet. Eine HIV-Infektion allein ist kein Kündigungsgrund. Anders sieht es aus, wenn bereits eine AIDS-Erkrankung besteht und es hierdurch zu langen Arbeitsausfällen kommt.

Doch auch hier muss eine Kündigung die Kriterien der sozialen Rechtfertigung einer krankheitsbedingten Kündigung erfüllen. Eine krankheitsbedingte Kündigung ist daher nur möglich bei

- negativer Gesundheitsprognose,
- Beeinträchtigung betrieblicher Interessen,
- häufigen oder lang anhaltenden Arbeitsausfällen, die das Arbeitsverhältnis unzumutbar belasten.

Die Kriterien des Kündigungsschutzgesetzes gelten allerdings nicht für Kleinbetriebe mit bis zu 10 vollbeschäftigten Mitarbeitern. Hier können Angestellte ohne Angabe von Gründen unter Einhaltung der Kündigungsfrist entlassen werden.

Versicherungen

Menschen mit HIV-Infektion können bestimmte private Versicherungen, bei denen der Gesundheitszustand von Bedeutung ist, nicht mehr abschließen. Bei bestehenden Verträgen sind Betroffene nicht verpflichtet, die Versicherung über die Infektion zu informieren und müssen auch nicht um ihren Versicherungsschutz bangen.

- Bei Neueintritt in eine **private Krankenversicherung** ist nur noch der Basistarif möglich. Bei bestehenden Verträgen sind Upgrades in einen Tarif mit mehr Leistungen meist ausgeschlossen.
- **Private Zusatzversicherungen** für gesetzlich Versicherte, z.B. 2-Bett Zimmer oder Chefarztbehandlungen, sind nach einem positiven Testergebnis in der Regel nicht mehr möglich. Es gibt aber manchmal Aktionen, bei denen Zusatztarife mit vereinfachten Gesundheitsprüfungen abgeschlossen werden können. Hier sollten sich Betroffene regelmäßig informieren, um solche Aktionen nicht zu verpassen.
- Die **Zahnzusatzversicherung** bildet eine Ausnahme und kann auch mit einer HIV-Infektion abgeschlossen werden.
- Bei einer **Reisekrankenversicherung** ist zu beachten, dass Erkrankungen, die bereits vor der Reise bestanden haben, nicht mitversichert sind. HIV-Positive, die beschwerdefrei sind, haben jedoch keine Einschränkungen zu befürchten. Es ist allerdings ratsam, sich vor der Reise ein Attest ausstellen zu lassen, das die uneingeschränkte Reisefähigkeit bescheinigt und bestätigt, dass keine akuten Behandlungen zu erwarten sind.
- Eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** kann mit HIV nicht mehr abgeschlossen werden. Angestellte können aber ggf. über den Arbeitgeber eine „betriebliche Berufsunfähigkeitsversicherung“ in Anspruch nehmen. Wichtig ist hier, sich im Vorfeld beraten zu lassen.
- Auf den Abschluss einer **Rentenversicherung** hat eine HIV-Infektion keine Auswirkungen.
- Bei einer **Risikolebensversicherung** kommt es bei vielen Anbietern auf den individuellen Gesundheitszustand an. Eine HIV-Infektion ohne Ausbruch von AIDS führt aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr zu einer pauschalen Ablehnung. Dennoch werden weiterhin viele Anträge abgelehnt oder es muss mit einem Risikozuschlag gerechnet werden. Es lohnt sich in jedem Fall mehrere Angebote einzuholen oder einen Versicherungsmakler zu beauftragen.
- Eine **Sterbegeldversicherung** kann ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden. So kann man seine Angehörigen davor schützen, die Kosten seiner Beerdigung übernehmen zu müssen. Es sollte aber unbedingt darauf geachtet werden, in welcher Relation die eingezahlten Beiträge zur Versicherungssumme stehen. Bei einer langen Laufzeit ist eine solche Versicherung meist nicht sinnvoll.

Grundsätzlich sollte man gegenüber Versicherungen mit der Information einer Infektion eher vorsichtig umgehen, da die Gefahr besteht, dass man auf einer „schwarzen Liste“ landet und die Information weiter gestreut wird als einem lieb ist. Eine unabhängige Beratung ist also noch wichtiger als bei gesunden Menschen. Neutrale Beratung erhält man z.B. bei den AIDS-Hilfen.

Praxistipps!

- Einen guten Überblick und Ersteinstieg gibt die AIDS-Hilfe unter www.aidshilfe.de > Versicherungen.
- Nähere Informationen zu Versicherungen bei einer HIV-Infektion gibt es unter www.positiv-versichert.de.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Auch wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich verbessert haben, können eine HIV-Infektion und vor allem die AIDS-Erkrankung zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung

Arbeitnehmer haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. ein Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten oder eine grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, bereits früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.

Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Tritt diese während der Arbeit auf, beginnt die Entgeltfortzahlung ab dem nächsten Tag.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung **nicht**.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen
- Mutmaßliche Provisionen
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen

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

Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der „**Hilfe zum Lebensunterhalt**“ die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht, d.h. wenn der Patient nach 6 Wochen weiterhin durch die Folgen der HIV-Infektion arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

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

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld. Das Krankengeld wird dann in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 54)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Beginn des Anspruchs

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



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 103,25 € täglich.

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

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 103,25 € täglich betragen.

Bemessungszeitraum

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

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

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €
Folgt: Der Patient erhält 47,48 € Krankengeld täglich.

Dauer

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

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird (siehe S. 31), werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach

gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für ein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 35) umwandelt.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente

zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer ausfällt als das Krankengeld. Wichtig ist, dass der Patient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen. Das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 33).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen

derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflicht**versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. **Aussteuerung**).

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 35) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt, oder Maßnahmen zur Beruflichen bzw. Medizinischen Rehabilitation. Der

Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 54) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen.

Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.

Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger eine Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen - auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann er einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht er gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung seines Arztes.
- Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach **objektiven** Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Wenn Betroffene mit HIV oder AIDS dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten, kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

Erwerbsminderungsrente

Wenn die Einschränkungen durch HIV oder AIDS so groß sind, dass bei Ablauf des Krankengelds noch keine Arbeitsfähigkeit besteht und diese voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht erreicht werden kann, ist es möglich Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt.
Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um Bezugszeiten von Erwerbsminderungsrente oder berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

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

Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Befristung

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

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor, und kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden.

Für Menschen, die ab 2018 erstmals Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit wird schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

Hinzuverdienst

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

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden individuell beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Folgen einer HIV-Infektion können unter Umständen zu schweren finanziellen Nöten führen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

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

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

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen gibt es unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden:

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren. Nach Ablauf der vierten Woche im Ausland bis zur nachweisbaren Rückkehr besteht kein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.



Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt sichert die elementaren Grundbedürfnisse ab. Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 37.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt muss beim Sozialamt beantragt werden. In seltenen Fällen muss die Hilfe zum Lebensunterhalt zurückgezahlt werden.

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.

Praxistipp!

Sozialhilfeempfänger können 30 % des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 208 € (= 50 % der Regelbedarfsstufe 1) für sich behalten. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Erwerbstätigkeit eines Sozialhilfeempfängers einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würde er in den Leistungsbereich des SGB II (Arbeitslosengeld und Sozialgeld) übergehen.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen in Dauerbehandlung, wie sie bei einer HIV-Infektion nötig ist, eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio- oder Ergotherapie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Prothesen oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 56).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen versichert, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten gegebenenfalls eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

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

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden

die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner
- Kinder bis zum 18. Geburtstag
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

- Kindergeld
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum)

- Landeserziehungsgeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
----- minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €
----- minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
----- davon 2 % = Belastungsgrenze: 193,26 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen. Dies trifft in der Regel auf Menschen mit einer HIV-Infektion zu.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Rehabilitation

HIV und vor allem AIDS kann das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Ziele von Reha-Maßnahmen sind die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben, damit Betroffene mit HIV und AIDS ein Leben mit größtmöglicher Lebensqualität führen können.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Folgende Bereiche der Rehabilitation kommen für Patienten mit HIV oder AIDS in Frage:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 50) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 51). Eine HIV-Infektion allein ist aufgrund der mittlerweile guten Behandlungsmöglichkeiten kein Grund für eine Medizinische Reha-Maßnahme. Ein entsprechender Antrag muss vom Arzt und vom Patienten individuell und gut begründet werden. In der Regel sind Reha-Maßnahmen sinnvoll, wenn hohe psychische Belastungen auftreten oder eine Medizinische Reha den Gesundheitszustand verbessern bzw. einer Verschlechterung vorbeugen kann.
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 54), Haushaltshilfe (siehe S. 56), Reha-Sport und Funktionstraining, Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen (früher: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft):** Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen.

Zuständigkeiten

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein:

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und zur Beruflichen Reha, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt

oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.

- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Berufliche Reha-Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet.

Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Ist ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.integrationsaemter.de > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. Reha-Servicestellen und die „Unabhängige Teilhabeberatung“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de, www.rehadat-adressen.de und www.teilhabeberatung.de.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Erkennt dieser die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie verordnen: mit Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“, das er an die Krankenkasse schickt.

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

Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.



Praxistipp!

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch mittlerweile fast zur Regel geworden, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger, wenn der Verordnung sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigefügt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK (medizinische Dienst der Krankenversicherung) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten dafür höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.



Praxistipps!

- Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Die Inhalte finden Sie auch online unter www.rehakliniken.de. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Bei der Suche nach einer geeigneten Reha-Klinik mit HIV-Fachwissen hilft eine Adressliste der AIDS-Hilfe unter www.kompass.hiv > Kategorien > Rehabilitation.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <http://dbkg.de> > Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht.

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 40.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei ambulanten Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.219 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.

Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.

- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 56) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und den Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (siehe unten) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Eine HIV-Infektion alleine gilt demnach nicht als Indikation für eine Anschlussheilbehandlung. Dennoch kann es sein, dass sich aus der Infektion Folgeerkrankungen entwickeln, bei denen die Krankenkasse eine Anschlussheilbehandlung bezahlt.

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- Innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt

Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**

- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Krankheit, die in der Indikationsliste für Anschlussheilbehandlungen aufgeführt ist (siehe oben).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Das „AHB-Handbuch“ enthält einen Überblick über AHB-Einrichtungen und liegt bei den Sozialdiensten in Kliniken auf. Dorthin können sich Patienten und Ärzte wenden.



Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft oder Sozialamt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Auch wenn die HIV-Infektion fortbesteht, kann ein Betroffener dadurch nach einer schweren Krankheitsphase wieder in das Berufsleben integriert werden.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Kostenträger

Findet die Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die **Rentenversicherung** zuständiger Kostenträger.

Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die **Krankenversicherung** zuständig.
In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte (siehe S. 59) und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung einer schwerbehinderten Arbeitnehmerin wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Sicherung

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 28), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 54) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 33). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient gemeinsam den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Detaillierte Informationen zur Rehabilitation bietet die „Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Publikationen > Arbeitshilfen.



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Möglicherweise können HIV-Positive ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben. Wie lange Betroffene noch berufstätig sein können, hängt vom Verlauf der Erkrankung, von den speziellen Anforderungen des Berufsbilds und unter Umständen von den Nebenwirkungen der Medikamente ab.

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern.

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte, der Arbeit-

geber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderungen.

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.



Wer hilft weiter?

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht.

Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen und kann helfen, dem Betroffenen während der Reha zumindest den finanziellen Druck zu nehmen. Wichtig ist, dass das Übergangsgeld frühzeitig beantragt wird.

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- Bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha
- Bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha
- Bei Erhalt von Leistungen zur Prävention
- Bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge

- Während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird

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

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65 % des ortsüblichen Tarifs berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Über-

gangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der Unfallversicherung gezahlt wird

Übergangsgeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld:

Für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Beruflichen Reha.

- Während einer Beruflichen Reha-Leistung
 - maximal 6 Wochen
 - bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- Nach einer Beruflichen Reha-Leistung
 - maximal 3 Monate
 - bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- Nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (s.o. „Arbeitslosigkeit“).
- Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträger und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

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

- für maximal 26 Wochen wegen Medizinischer Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

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

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen oder Beruflichen Rehabilitation zu erfüllen.

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren

Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich die Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

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

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

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 41).



Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den Rentenversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

Behinderung

Aus einer HIV-Infektion und dem weiteren Verlauf kann sich eine (Schwer-)Behinderung entwickeln. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

„Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Grundlage der Definitionen ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

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

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

Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 (Näheres zum GdB siehe unten). Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt, siehe S. 60.

Gleichstellung

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

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

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Der GdB wird nach den Grundsätzen des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Scherbehindertenrecht vom GdB. Berechnet

werden beide jedoch gleich nach der sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung von GdS/GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Bei HIV und AIDS gibt es folgende Richtwerte:

HIV und AIDS	GdB
HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik	10
HIV-Infektion mit klinischer Symptomatik:	
• geringe Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei Lymphadenopathiesyndrom)	30-40
• stärkere Leistungsbeeinträchtigung (z.B. bei AIDS-related complex)	50-80
• schwere Leistungsbeeinträchtigung (AIDS-Vollbild)	100

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des GdB ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentcheidung.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen in Anspruch genommen werden.

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen infor-

miert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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



Praxistipp!

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

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können Sie im Internet downloaden unter www.betanet.de > Suchbegriff „Nachteilsausgleiche“.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderung des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Telefon 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen bzw. die „Unabhängige Teilhabeberatung“. Adressen unter www.reha-servicestellen.de, www.rehadat-adressen.de und www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Pflege

Eine AIDS-Erkrankung kann je nach Verlauf und Therapie zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.



Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf (sog. Häusliche Krankenpflege).

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte stellen. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation des Pflegebedürftigen sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 64).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung. Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der

Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Pflegekasse einlegen.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen

außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

Für die Module 1 bis 6, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken), ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, eventuell unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0-100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > Richtlinien/Publicationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung – Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Diese bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab:

Pflegegrad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
1	12,5 bis unter 27	Geringe
2	27 bis unter 47,5	Erhebliche
3	47,5 bis unter 70	Schwere
4	70 bis unter 90	Schwerste
5	90 bis 100	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.

Praxistipp!

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden.

Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

Pflegeleistungen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt 1.612 € jährlich. Er kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 70) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen eine Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss von 214 € monatlich für Pflegehelfer, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbeitrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €

Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.)

... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige *	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) **je Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

Leistungen bei stationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlas- tungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss er einen **Eigenanteil** zahlen, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 67) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 13.02.2018“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele.

Leistungen für pflegende Angehörige

Um pflegende Angehörige in ihrer belastenden und meist schwer zu organisierenden Zeit der Pflege zu entlasten, bietet die Pflegekasse verschiedene Unterstützungsangebote.

Zudem gibt es für Arbeitnehmer unterschiedliche Möglichkeiten, sich von der Arbeit freistellen zu lassen oder die Arbeitszeit zu reduzieren, um eine Angehörige zu pflegen bzw. die Pflege zu organisieren.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe unten) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**
Pfleger, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage** freigestellt werden, um dessen Pflege zu organisieren (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis in dieser Zeit in der Regel nicht kündigen.

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des

Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

Die **Familienpflegezeit** dauert maximal 2 Jahre. Der Arbeitnehmer kann seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Auf Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

 **Praxistipp!**

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern. Das ist für jeden Menschen wichtig, doch für Betroffene mit HIV oder AIDS umso mehr, da man nicht voraussagen kann, wie sich die Erkrankung entwickelt.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden. Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthalt und Unterbringung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann.

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 73) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung

- nicht begonnen werden darf, d.h. unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d.h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Damit der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann, ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung vom Arzt beraten zu lassen.

Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Telefon: 030 690087-0
Fax: 030 690087-42
E-Mail: dah@aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist auch für folgende Seiten verantwortlich:

- HIV & Migration: www.hiv-migration.de
- PositHiv & Hetero: www.hetero.aidshilfe.de
- Sprungbrett: www.sprungbrett.hiv (vermittelt bundesweit HIV-positive Begleiter an neu mit HIV Infizierte)

Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG)

Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg - ICH
Grindelallee 35, 20146 Hamburg
Telefon: 0160 902892-85
Fax: 040 284073-73
E-Mail: daig@daignet.de
www.daignet.de

Sektion der DAIG: Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD)
www.kinder-aids.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149-161, 50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
Fax: 0221 8992-300
E-Mail: poststelle@bzga.de
www.liebesleben.de

Kompetenznetz HIV/AIDS

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
Klinik für Dermatologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum
Telefon: 0234 509-3471/-3474
Fax: 0234 509-3472/-3475
E-Mail: n.brockmeyer@derma.de
www.kompetenznetz-hiv.de

Nakos- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon: 030 310189-60
Fax: 030 310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Lifeboat Deutschland

Internationales Medienprojekt über Mutterschaft mit HIV
Odenwaldstr. 72, 51105 Köln-Gremberg
Telefon: 0221 34080-40
Fax: 0221 34080-41
E-Mail: info@projekt-lifeboat.de
www.projekt-lifeboat.de

Netzwerk Frauen & Aids

GSSG - Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH
Odenwaldstr. 72, 51105 Köln
Telefon: 0221 3408040
E-Mail: info@stiftung-gssg.org
www.netzwerkfrauenundaids.de

Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene
Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin
Telefon: 030 63968898
Fax: 030 37446939
E-Mail: info@projektinfo.de
www.projektinfo.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Max Glaser, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2018

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

2. Auflage, Februar 2018

