

HIV und AIDS

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen
zur Infektion und Erkrankung



Vorwort

Die Diagnose HIV-Infektion und AIDS sind ein großer Schock für Betroffene und ihr Umfeld. Die Infektion mit HIV und die Krankheit 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 HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung, den Verlauf und die Therapiemöglichkeiten 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 können diese Leistungen beantragt werden? 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 Unterstützung leisten, um sich im oftmals schwer verständlichen „Dschungel“ rechtlicher Regelungen und Fristen zurechtzufinden, damit rechtzeitig die Leistungen beantragt werden können, die betroffenen Menschen zustehen.

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona z.B. zu finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

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 (PEP und PrEP)	10
HIV-Tests	12
HIV-Labortest	12
Schnelltest	12
PCR-Test	13
Therapie	14
Antiretrovirale Therapie (ART)	14
Therapiebeginn	17
Konsequente Medikamenteneinnahme	17
Neben- und Wechselwirkungen	18
Psychotherapie	19
HIV und Datenschutz	21
Mitteilungspflicht	21
Schweigepflicht	21
Leben mit HIV	22
Umfeld	22
Partnerschaft und Familie	22
Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt	23
Gesund leben	23
Reisen	25
Arbeit	25
Versicherungen	26
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	28
Zuzahlungsregelungen	28
Zuzahlungsbefreiung	30
Sonderregelung für chronisch Kranke	33
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	35
Entgeltfortzahlung	35
Krankengeld	37
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	43

Rehabilitation	45
Überblick über Reha-Leistungen	45
Kostenträger	46
Medizinische Rehabilitation	48
Ambulante Reha-Maßnahmen	48
Stationäre Reha-Maßnahmen	49
Reha-Antrag	49
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	51
Anschlussheilbehandlung	53
Stufenweise Wiedereingliederung	54
Berufliche Reha-Maßnahmen	56
Übergangsgeld	57
Haushaltshilfe	59
Behinderung	60
Definition	60
Grad der Behinderung	61
Schwerbehindertenausweis	62
Nachteilsausgleiche	63
Pflege	64
Pflegebedürftigkeit	64
Pflegeleistungen	65
Leistungen bei häuslicher Pflege	66
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	68
Leistungen für pflegende Angehörige	69
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	70
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	71
Erwerbsminderungsrente	71
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	74
Hilfe zum Lebensunterhalt	76
Patientenvorsorge	77
Vorsorgevollmacht	77
Betreuungsverfügung	77
Patientenverfügung	78
Adressen	80
Anhang	82
Impressum	83

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 zum Teil zu lebensbedrohlichen Erkrankungen (z.B. Pilzinfektionen oder Lungenentzündungen, die normalerweise beherrschbar wären). Bricht das Immunsystem vollständig zusammen, liegt AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), das Spätstadium der HIV-Infektion vor.

Laut Schätzungen des Robert Koch Instituts leben in Deutschland etwa 90.700 Menschen mit HIV-Infektion (Stand: Ende 2019). 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 eine große Virusmenge enthalten.

Die Hauptübertragungswege der HI-Viren sind:

- **Kontakt mit infiziertem Blut**, meist beim Geschlechtsverkehr (durch winzige Verletzungen), insbesondere beim Analverkehr, auch beim vaginalen Verkehr, sehr selten beim Oralverkehr. HIV kann auch durch das gemeinsame Benutzen von Injektionsnadeln beim Drogenkonsum übertragen werden. Selten kommt es zu einer Ansteckung 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 über die Schleimhäute von Vagina, Gebärmutterhals, Penis, Mund oder Enddarm. Dies ist insbesondere bei ungeschütztem Anal- und vaginalen Verkehr, sehr selten auch bei Oralverkehr möglich.
- **Von der Mutter auf das Kind** bei Schwangerschaft (über die Plazenta), Geburt (durch Kontakt mit Blut und vaginaler Sekret) oder durch Stillen (durch die Muttermilch). Das 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.

Übertragung beim Sex

Die Ansteckung mit HIV passiert am häufigsten beim ungeschützten Anal- und vaginalen Sex. Bei einer unbehandelten Infektion sind sehr viele HI-Viren in Sperma, vaginaler Flüssigkeit und Menstruationsblut enthalten. Die empfindlichen Schleimhäute von Enddarm, Vagina, Gebärmutterhals und die Innenseite von Vorhaut und Harnröhre können das Virus sehr leicht aufnehmen. Auch für die eindringende Person besteht ein Übertragungsrisiko, weil die Darm- und vaginaler Schleimhaut eine hohe Anzahl an Viren enthalten können.

Beim Oralverkehr ist das Übertragungsrisiko äußerst gering, weil die Schleimhaut im Mund sehr stabil ist und einen guten Schutz vor dem Eindringen des Virus bietet. Es sind weltweit nur wenige Fälle bekannt, bei denen HIV durch Oralverkehr übertragen wurde.

Übertragung beim Drogenkonsum

Bei der gemeinsamen Benutzung von Spritzen und Nadeln beim Drogenkonsum ist die Ansteckungsgefahr sehr hoch, denn das Virus kann in Blutresten einer Spritze einige Tage überleben und gelangt bei der weiteren Benutzung direkt in die Blutbahn.

Eine Ansteckung durch eine herumliegende Nadel ist allerdings weltweit nicht bekannt, denn dabei handelt es sich meist um Nadeln mit einem kleinen Durchmesser, an denen nur eine geringe Blutmenge zurückbleibt, die an der Luft trocknet. Zudem gelangen die Blutreste, anders als beim Drogenkonsum, nicht wieder in eine Lösung, von der aus sie weitergegeben werden. Eine Ansteckung mit Hepatitis B und Hepatitis C durch herumliegende Spritzen ist hingegen möglich. Daher sollte man sich bei einem Nadelkontakt so schnell wie möglich in ärztliche Behandlung begeben. Eine Ansteckung mit Hepatitis B kann innerhalb von 48 Stunden noch verhindert werden.

Therapie minimiert Ansteckungsgefahr

Eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie (ART, siehe S. 14) kann die Viruslast im Plasma unter die Nachweisgrenze der verfügbaren Testverfahren (derzeit ca. 20 Viruskopien/ml) reduzieren. Das reduziert auch die Ansteckungsfähigkeit deutlich. Bei einer erfolgreichen ART kann das HI-Virus auch sexuell nicht übertragen werden und Schwangere können vaginal entbinden und stillen.

Keine Ansteckungsgefahr

Nicht übertragen werden kann HIV in Flüssigkeiten, die nur geringe Mengen der HI-Viren enthalten, z.B. Tränen, Schweiß, Speichel, Nahrungsmittel oder Trinkwasser. Das heißt eine Übertragung ist **nicht** möglich durch:

- Körperkontakt wie Küssen, Händedruck, Umarmen, Streicheln
- Tröpfchenübertragung, z.B. beim Anhusten oder Anniesen
- Gemeinsame Benutzung von Toiletten, Handtüchern und Geschirr
- Gemeinsames schwimmen oder baden
- Zusammenarbeiten und -wohnen mit HIV-infizierten Menschen
- Erste-Hilfe-Leistungen, sofern die hygienischen Vorschriften (z.B. Handschuhe) eingehalten werden
- Medizinischen und kosmetischen Behandlungen (Zahnarzt, Fußpflege usw.) sowie bei der Pflege, sofern die Hygienevorschriften beachtet werden
- Tätowieren und Piercen unter hygienischen Bedingungen
- Insektenstiche oder andere Tierkontakte

Die Schutzbarriere einer intakten Haut verhindert zusätzlich das Eindringen von Erregern. Zudem ist das HI-Virus außerhalb des Körpers nicht lange ansteckungsfähig, weshalb eine Übertragung ohne direkten Kontakt ausgeschlossen ist.

Symptome und Verlauf

Eine HIV-Infektion verläuft in mehreren Phasen und führt unbehandelt zum Ausbruch von AIDS. Der genaue Verlauf der Infektion ist von vielen Faktoren abhängig und ist demnach individuell unterschiedlich. Daher können insbesondere die Zeitangaben in den nachfolgenden Beschreibungen nur einen groben Richtwert liefern.

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 an, die sog. T-Helferzellen oder CD4-Zellen. 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 und letztlich zur Vermehrung der HI-Viren an. Die Helferzellen werden weniger und der Körper kann sich dann nicht mehr so gut gegen Infektionen wehren. Er bildet aber auch 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 2 bis 4 Wochen zu grippeähnlichen Symptomen, die häufig nicht als HIV-Infektion erkannt werden. Typisch sind z.B. Fieber, Mandel- und Lymphknotenschwellungen, Hautausschlag, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, starker Nachtschweiß und Muskelschmerzen.

2. HIV-Infektion ohne Symptome: 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, Näheres unter „HIV-Tests“ auf S. 12.

Der Infizierte spürt in dieser Zeit in der Regel 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 einige Jahre dauern.

3. HIV-Infektion mit Symptomen

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. es handelt sich um Beschwerden, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten können. Typisch sind z.B. ein schlechtes Allgemeinbefinden, Veränderungen der Haut und der Schleimhäute, lang anhaltende Lymphknotenschwellungen oder Magen-Darm-Probleme. Die Symptome sowie ihre Häufigkeit und Ausprägung sind individuell stark unterschiedlich.

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), oder eine akute Tuberkulose. Diese Krankheiten, die opportunistischen Infektionen und ein Gewichtsverlust über 10 % ohne erkennbare Ursache (Wasting-Syndrom), zählen zu den sog. AIDS-definierenden Erkrankungen. Auch wenn die Helferzellen auf weniger als 200 pro Mikroliter Blut absinken, spricht man von AIDS.

HIV-Co-Infektionen

HIV-Co-Infektionen sind Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI - englisch: sexually transmitted infection), 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 vor allem bei Menschen mit Immunstörungen, also auch bei HIV-Betroffenen, schwere Verläufe nehmen.

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.
- Die Deutsche Aidshilfe bietet Beratung auf verschiedenen Wegen an
 - Telefon-Beratung: 0180 33 19411, Mo–Fr 9–21, Sa und So 12–14 Uhr (maximal 9 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Ct./Min. aus den deutschen Mobilfunknetzen)
 - Online-Beratung: Anonym per Mail oder im Einzel-Chat auf www.aidshilfe.de > *Beratung* > *Online-Beratung*.
 - Persönliche, kostenlose Beratung: Adressen unter www.aidshilfe.de > *Beratung* > *Persönliche Beratung*.
 - Video für Gehörlose mit Informationen über HIV/AIDS und STI (Geschlechtskrankheiten) auf Deutscher Gebärdensprache unter www.gehoerlosen-aids-info.de.
 - Verzeichnis der Aidshilfestellen in Deutschland unter www.aidshilfe.de > *Service* > *Adressen*.

Prävention

Einer Ansteckung mit HIV kann auf verschiedenen Wegen gut vorgebeugt werden. Daher spielt die Prävention eine entscheidende Rolle. Besonders wichtig ist der Schutz beim Geschlechtsverkehr durch „Safer Sex“ und beim Drogenkonsum durch „Safer Use“. Eine medikamentöse Prävention ist durch PEP (Vorbeugung nach dem Viruskontakt) und PrEP (Vorbeugung vor einem Risikokontakt) möglich.

Safer Sex

Unter „Safer Sex“ (sichererem Sex) versteht man Methoden, die vor einer HIV-Übertragung schützen.

Die folgenden Methoden schützen bei richtiger Anwendung gleich gut vor einer Ansteckung:

- Erfolgreiche antiretrovirale Therapie (ART, siehe S. 14).
- Beim Geschlechtsverkehr Kondome oder Femikondome (Kondome für die Frau) benutzen.
- PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe): vorbeugende HIV-Medikamente, siehe „Medikamentöse Prävention (PEP und PrEP)“ auf S. 10.

Sofortmaßnahmen nach ungeschütztem Sex

Sollte es zum ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem HIV-positiven Partner gekommen sein, lässt sich das Übertragungsrisiko durch folgende Maßnahmen etwas reduzieren:

- Bei ungeschütztem Anal- oder vaginalen Verkehr sollte der Penis unter fließendem Wasser mit Seife gewaschen werden. Dabei sind die Innenseite der Vorhaut und die Eichel vorsichtig (ohne Druck auf die Schleimhaut) zu reinigen.
- Wenn Samenflüssigkeit in den Mund gelangt ist, sollte diese sofort ausgespuckt und der Mund mit Wasser etwa vier- bis fünfmal kurz nachgespült werden. Wenn Sperma ins Auge gelangt, sollten die Augen ebenfalls mit Wasser ausgespült werden.
- Es sollt **keine** Scheiden- oder Darmspülung durchgeführt werden, denn das begünstigt die Aufnahme von HIV in den Körper.

Wichtig: Durch die Sofortmaßnahmen wird das Risiko einer Ansteckung nur in geringem Maße reduziert. Bei einem hohen Risiko sollte daher eine PEP angewendet werden.

Safer Use

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

Bei Drogenkonsumenten ist dies die Benutzung von eigenem, sterilem Spritzenbesteck unter möglichst hygienischen Bedingungen, denn beim Spritzen ist die Gefahr einer Übertragung von Krankheitserregern sehr hoch. Aber auch beim Schnupfen besteht ein Infektionsrisiko, weshalb jeder Konsument sein eigenes Röhrchen verwenden sollte.

Die Deutsche Aidshilfe hat in der Broschüre „Safer Use“ die wichtigsten Informationen zur Reduzierung

der Ansteckungsrisiken beim Drogengebrauch zusammengefasst. Download unter www.aidshilfe.de > *Service* > *Material bestellen* > *Suchbegriff: „Safer Use“*.

In einigen Städten gibt es auch Einrichtungen und Spritzenautomaten, wo günstig steriles Spritzenbesteck erworben werden kann. Standorte für Spritzenautomaten können unter www.spritzenautomaten.de gefunden werden.

Im medizinischen Bereich verhindert die konsequente Einhaltung der Hygienerichtlinien (z.B. Sterilisation und Einwegspritzen) eine Ansteckung.

Medikamentöse Prävention (PEP und PrEP)

Eine medikamentöse Prävention ist auf 2 Wegen möglich. Zum einen nach einem (wahrscheinlichen) Viruskontakt und zum anderen vorbeugend für Menschen mit einem sehr hohen Infektionsrisiko.

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. Dazu werden 4 Wochen Medikamente der HIV-Therapie eingenommen. Die Medikamente müssen so schnell wie möglich verabreicht werden, am besten bereits innerhalb der ersten 2 Stunden, spätestens nach 48 Stunden. Es ist umstritten, ob eine PEP nach 72 Stunden noch wirksam sein kann.

Die 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

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, findet man bei der Deutschen Aidshilfe unter www.aidshilfe.de > *Themen* > *Safer-Sex-Unfall / PEP*.

PrEP

PrEP ist die Abkürzung für Prä-Expositions-Prophylaxe (Vorbeugung vor einem Risikokontakt). Hier kann ein HIV-negativer Mensch präventiv Medikamente der HIV-Therapie einnehmen, um sich vor einer Infektion zu schützen. Die Medikamente reichern sich dann u.a. in den Zellen der Schleimhäute an und verhindern, dass eindringende HI-Viren sich vermehren.

Die korrekte Einnahme der PrEP ist unabdingbar für einen zuverlässigen Schutz. Die Medikamente werden entweder täglich oder vor und nach einem sexuellen Kontakt („anlassbezogen“) eingenommen. Für Menschen, die regelmäßig Sex haben, empfiehlt sich eine dauerhafte PrEP mit täglicher Einnahme. Weiterführende Informationen unter www.aidshilfe.de > Themen > HIV-PrEP > Einnahmeschema.

Die Vorbeugung durch die PrEP ist nur in speziellen Fällen sinnvoll (z.B. bei Menschen mit einem sehr hohen HIV-Risiko). Eine ausführliche Beratung bei einem spezialisierten Arzt ist unbedingt empfehlenswert. Ebenso wichtig ist eine regelmäßige, in der Regel vierteljährliche medizinische Begleitung und Kontrolle.

In Deutschland werden PrEP-Medikamente seit dem 1.9.2019 unter folgenden Voraussetzungen von der Krankenkasse bezahlt:

- Der Versicherte hat das 16. Lebensjahr vollendet.
- Es besteht ein erhöhtes Risiko sich mit HIV zu infizieren.

Im Zusammenhang mit der PrEP werden folgende Leistungen von der Krankenkasse erstattet:

- Ärztliche Beratung bei Fragen in Zusammenhang mit der PrEP und Ansteckung mit HIV
- Erforderliche Untersuchungen bei der Anwendung der PrEP
- Versorgung mit den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln der PrEP

Ist das Präparat nicht von der Zuzahlung befreit, müssen in der Regel folgende Zuzahlungen geleistet werden: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels, Näheres zu Zuzahlungen ab S. 28.

Wer hilft weiter?

Detaillierte Informationen zur PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) unter www.prepjetzt.de.

Praxistipp!

Die Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) hat gemeinsam mit der Österreichischen AIDS-Gesellschaft folgende Leitlinien zur medikamentösen HIV-Prävention entwickelt:

- „Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition“: www.awmf.org > Suchbegriff: „PEP“.
- „HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)“: www.awmf.org > Suchbegriff: „PrEP“.

HIV-Tests

Es gibt mehrere Testverfahren, die entweder nach HIV-Antikörpern im Blut oder direkt nach dem HI-Virus oder einem Bestandteil von HIV (HIV-p24-Antigen) suchen. Von einem „positiven Testergebnis“ spricht man, wenn Viren(bestandteile) oder Antikörper im Blut nachgewiesen werden und damit wahrscheinlich eine HIV-Infektion vorliegt. Ein „negatives Testergebnis“ bedeutet, dass keine Infektion nachgewiesen werden konnte.

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 vor einer Infektion schützen, weil er das Virus nicht unwissentlich weiter überträgt.

HIV-Labortest

Der „Labortest“ ist der Test, der im allgemeinen beim Begriff „Aidstest“ gemeint ist. Mit einem Labortest kann eine HIV-Infektion spätestens 6 Wochen nach dem Kontakt ausgeschlossen werden. Dafür wird Blut aus der Armbeuge abgenommen und im Labor sowohl auf Antikörper gegen HI-Viren als auch auf einen bestimmten Bestandteil des Virus (HIV-p24-Antigen) geprüft. Deshalb wird auch von einem Antikörper/Antigen-Test gesprochen. Das Ergebnis dauert meist einige Tage.

Die 6-Wochen-Frist entsteht dadurch, dass das körpereigene Immunsystem die Antikörper gegen das Virus erst nach und nach bildet. Anfangs sind also zu wenige Antikörper da, um sie sicher nachweisen zu können.

Anders verhält es sich mit den Virus-Bestandteilen (Antigen): Sie sind 1–2 Wochen nach der Infektion in hoher Menge vorhanden und damit nachweisbar, weil das Immunsystem noch nicht genug Antikörper gebildet hat, um sie zu bekämpfen. Zudem sind sie nachweisbar, wenn das Immunsystem geschwächt ist, also z.B. im Stadium AIDS.

Das heißt für die Aussagekraft des Test:

- Ein HIV-positiver Labortest ist unabhängig vom Zeitpunkt zutreffend. Allerdings macht das Labor bei einem positiven Ergebnis immer sofort einen Bestätigungstest.
- Ein HIV-negativer Labortest ist erst nach 6 Wochen aussagekräftig.

Schnelltest

Beim Schnelltest wird ein Tropfen Blut aus der Fingerkuppe entnommen und in einen Testapparat gegeben. Das Ergebnis liegt schon nach wenigen Minuten vor. Eine HIV-Infektion kann etwa 3 Wochen nach einer Ansteckung nachgewiesen werden. Da es beim Schnelltest aber zu einem falsch-positiven Ergebnis kommen kann, sollte nach einem positiven Ergebnis ein Labortest (siehe oben) gemacht werden. Ein negativer Schnelltest ist erst nach 12 Wochen aussagekräftig, da der Test nach Antikörpern sucht.

Selbsttest

Selbsttests (auch Heimtests genannt) sind Schnelltests, die man selbst zu Hause durchführen kann. Sie können in Apotheken, Drogerien, bei der Deutschen Aidshilfe oder im Internet gekauft werden. Wichtig ist, dass der Test ein CE-Zeichen und eine deutschsprachige Gebrauchsanleitung hat. Das ist laut deutscher Aidshilfe z.B. bei den Selbsttests „Autotest VIH“, „INSTI“, „Simplitude ByMe“ und „Exacto“ der Fall. Sie kosten 20–30 €.

Auch hier kann es zu einem positiven Ergebnis kommen, obwohl keine HIV-Infektion vorliegt. Daher muss bei einem positiven Ergebnis ein Labortest nachgeschaltet werden, um das Testergebnis zu bestätigen.

Mit einem Selbsttest kann man in 1–15 Minuten (je nach Hersteller) feststellen, ob eine HIV-Infektion vorliegt, ohne in eine Arztpraxis oder Teststelle gehen zu müssen. Man sollte aber bedenken, dass man mit dem Testergebnis zunächst alleine ist und nicht direkt mit jemand sprechen kann. Es besteht aber die Möglichkeit, sich bei der Deutschen Aidshilfe zeitnah persönlich, telefonisch oder online an einen Mitarbeiter zu wenden. Kontaktmöglichkeiten unter www.aidshilfe.de > *Beratung*.

Einsendetest

Beim Einsendetest handelt es sich um eine Sonderform des Selbsttests. Man entnimmt zu Hause selbstständig Blut aus der Fingerkuppe und gibt es in das Testgerät, schickt es dann aber zur Untersuchung in ein Labor. Das Ergebnis kommt telefonisch oder online.

Die Deutsche Aidshilfe koordiniert hierfür das Projekt s.a.m health zusammen mit der Münchner Aids-Hilfe, dem Labor Lademannbogen und ViiV Healthcare. Details unter <https://samhealth.de>.

PCR-Test

Der PCR-Test (PCR = polymerase chain reaction, Polymerasekettenreaktion) weist nicht die Antikörper, sondern das HI-Virus selbst nach. Der PCR-Test wird vor allem genutzt, um die Viruslast und damit den Erfolg einer antiretroviralen HIV-Behandlung zu messen. Mittlerweile können die Viren ab einer Zahl von 20 Stück pro ml Blut nachgewiesen werden.

Genutzt wird der PCR-Test zudem bei Neugeborenen einer HIV-positiven Mutter, denn ein Antikörper-Test ist in den ersten 18 Monaten immer positiv, weil die Babys Antikörper ihrer Mutter im Blut haben. Das bedeutet aber nicht, dass sie mit HIV infiziert sind.

Der PCR-Test eignet sich jedoch nicht, um eine HIV-Infektion auszuschließen. Dafür sollten Labor- oder Schnelltests benutzt werden.



Wer hilft weiter?

HIV-Tests kann man bei vielen Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfestellen Checkpoints und Präventionsprojekten anonym und meist kostenlos machen lassen. Erfolgt der Test beim Arzt, wird er namentlich durchgeführt und mit dem Ergebnis in die Patientenakte eingetragen. Wenn es einen medizinischen Grund für den Test gibt, bezahlt ihn die Krankenkasse.

Adressen von Teststellen können u.a. auf folgenden Seiten gefunden werden:

- Bei der Deutschen Aidshilfe unter www.aidshilfe.de > *Themen* > *HIV-Test* > *Wo auf HIV testen?*
- Auf der Seite hiv&more unter www.hivandmore.de > *HIV-Test* > *Anonymer HIV-Test*.

Therapie

Wenn die Diagnose frühzeitig gestellt und die antiretrovirale Therapie (ART, Therapie gegen das Retrovirus HIV) früh begonnen wird, kann eine HIV-Infektion heute so behandelt werden, dass der Ausbruch von AIDS verhindert werden kann.

Selbst nach einem Ausbruch von AIDS besteht mittlerweile die Chance, dass sich der Gesundheitszustand wieder verbessert. 96 % der HIV-positiv diagnostizierten Menschen in Deutschland werden erfolgreich mit ART behandelt. ART ist eine Kombinationstherapie aus mehreren verschiedenartigen Medikamenten. Sie muss immer individuell an den Patienten angepasst werden und erfordert ein gutes Fachwissen des Arztes. Deshalb sollten Betroffene einen Spezialisten aufsuchen.

Die ART hemmt die Vermehrung der HI-Viren, im Idealfall unter die Nachweisgrenze, aber sie kann die Infektion nicht heilen. Unerlässlich ist die konsequente, durchgehende, lebenslange Medikamenteneinnahme. Das ist aufgrund der Nebenwirkungen und der langen Dauer eine große Herausforderung für HIV-Infizierte. Wenn die psychische Belastung besonders hoch ist, kann eine Psychotherapie (siehe S. 19) helfen.

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 durch den medizinischen Fortschritt laufend weiter.

Wenn nur 1 antiretrovirales Medikament eingenommen wird (Monotherapie), können sich resistente HI-Viren-Mutationen bilden. Um eine Resistenzbildung zu verhindern, werden in der ART 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.

ART wirkt nachgewiesenermaßen nur gegen den HIV-Typ 1. Für eine Behandlung der in Deutschland sehr selten auftretenden Infektion mit HIV-2 sollte man sich an ausgewiesene HIV-Spezialärzte wenden.

Wer hilft weiter?

Kontaktadressen können unter www.hivandmore.de > *Arztsuche* gefunden werden.

Therapieziele

Die ART 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 wiederherstellen
- Zellimmunität wiederherstellen

- Entzündungen und Organschäden infolge der chronisch aktiven Immunabwehr reduzieren
- Ansteckungen verhindern
- Dem Betroffenen eine normale Lebensdauer mit guter Lebensqualität ermöglichen

Therapieerfolg

Eine wirksame ART sollte die Viruslast auf unter 50, im Idealfall 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 50“ 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 nicht mehr ansteckend. Dennoch sollten auch HIV-Infizierte mit niedriger Viruslast die empfohlenen Schutzmaßnahmen, vor allem Safer Sex und Safer Use (siehe S. 9) einhalten, weil sie sich damit vor anderen Infektionen schützen.

Bei HIV-Infizierten werden nach Einleitung der Therapie zur Kontrolle die Werte der T-Helferzellen und der HIV-RNA in kurzfristigen Abständen bestimmt. Wenn die ART dauerhaften Erfolg zeigt, reichen Kontrollmessungen alle 3 bis 6 Monate bzw. nach Absprache mit dem behandelnden Arzt.

Eine ART wirkt umso besser, je weniger Symptome bereits vorhanden sind. Wichtig ist die kontinuierliche Einnahme, da eine Unterbrechung oder ein Abbruch der Therapie zu einem Anstieg der Viruslast führt bzw. Resistenzen durch den Umbau der Erbinformation fördert.

Bei späten Diagnosen, insbesondere wenn bereits AIDS ausgebrochen ist, sind die Prognosen deutlich schlechter.

Nach wie vor kann eine HIV-Infektion nicht geheilt werden, das heißt: Es bleiben immer HI-Viren im Körper. Es gibt auch (noch) keinen Impfstoff gegen die Ansteckung mit HIV. Dennoch ermöglicht die Therapie inzwischen eine annähernd normale Lebenserwartung.

Medikamente der Kombinationstherapie

Bei einer ART werden 2 bis 4 verschiedene antiretrovirale Medikamente kombiniert.

Das „I“ in den Abkürzungen steht immer für „Inhibitor“ = Hemmer. Die Medikamente werden in verschiedene Klassen unterteilt. Die meisten setzen an Enzymen an, die das HI-Virus nach und nach braucht, um sich zu vermehren.

Entry-Inhibitoren (Eintrittshemmer)

Diese Gruppe umfasst 3 unterschiedliche Gruppen bzw. Angriffsstellen, um das Eindringen des HI-Virus in die Zelle zu verhindern:

- Attachment-Inhibitoren verhindern, dass das HI-Virus überhaupt an der menschlichen Zielzelle andocken kann.
- Korezeptorantagonisten oder CCR5-Korezeptorblocker belegen eine für das Virus zusätzlich notwendige Andockstelle auf der Zielzelle.
- Fusionsinhibitoren (Verschmelzungshemmer) verhindern das Verschmelzen von Virus und Zielzelle.

Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (RTI)

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. Hier wirken zwei Medikamentengruppen:

- Nukleosidanalogue/Nukleotidanalogue Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (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. NRTI waren die ersten HIV-Medikamente.
- NNRTI (nicht-nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) sind synthetisch hergestellte Substanzen. Sie blockieren das Enzym Reverse Transkriptase direkt.

Integrase-Inhibitor (INI)

Das HI-Virus braucht das Enzym Integrase, um seine umgebaute 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 meist gesteigert („geboostert“) durch den Wirkstoff Ritonavir.

Kombination

Monotherapien, also Therapien nur mit NRTI oder NNRTI, gelten heute als nicht mehr angezeigt. Die genaue Zusammensetzung der Medikamentenkombination ist individuell unterschiedlich und orientiert sich an folgenden Faktoren:

- Welcher HIV-Stamm liegt vor (manche Stämme sind gegen bestimmte Medikamente resistent)?
- Wie lässt sich die Einnahme der Medikamente am besten mit der Lebenssituation des Patienten vereinbaren?
- Liegen weitere Infektionen oder Erkrankungen vor, gegen die aktuell oder künftig Medikamente eingenommen werden müssen?
- Wie wirken sich erwartbare Nebenwirkungen auf das Alltags-Leben aus?

Bevorzugt 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 oder eine Resistenz oder eine weitere Erkrankung vorliegen, werden die Einzelsubstanzen verordnet.

Mittlerweile gibt es auch 2 Medikamente, die nur alle 1 oder 2 Monate gespritzt werden müssen. Bevor eine solche Depotspritze eingesetzt wird, müssen die Wirkstoffe mindestens 1 Monat lang als Tabletten eingenommen werden, um die Verträglichkeit sicherzustellen.



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 unter www.daignet.de > Leitlinien & Empfehlungen > HIV-Leitlinien.

Therapiebeginn

Die Behandlung sollte gleich nach der Diagnose beginnen. Wegen der Neben- und Wechselwirkungen wird der Beginn einer ART jedoch zum Teil hinausgezögert.

Nach den neuesten Empfehlungen der Fachgesellschaften gibt es jedoch nur wenige Konstellationen, bei denen der Therapiebeginn hinausgezögert werden kann oder sollte:

- Anzahl der T-Helferzellen über 500/Mikroliter Blut. Allerdings gibt es Studienhinweise, dass auch diese Patienten von einem frühen Therapiebeginn profitieren. Zudem sollte bedacht werden, dass eine erfolgreiche ART auch die Gefahr der Weitergabe des HI-Virus minimiert.
- Spezielle Infektionen, z.B. zerebrale Kryptokokkose und einzelne Tuberkulose-Konstellationen.
- Bei sog. Elite Controllern, das ist eine kleine Gruppe von HIV-infizierten Menschen, bei denen die Zahl der T-Helferzellen auch über Jahre nicht absinkt.

In jedem Fall sollten die Entscheidung und die Therapie zusammen mit einem auf HIV spezialisierten Arzt erfolgen. Gemeinsam mit dem Patienten wird er die geeignete Medikamentenkombination auswählen. Die Auswahl orientiert sich an der Wirksamkeit, den Nebenwirkungen, den Wechselwirkungen, der Einnahmehäufigkeit, der Lebenssituation sowie ggf. an weiteren vorliegenden Infektionen und Krankheiten.

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 versteht und bereit ist, diese auch konsequent einzuhalten.

Die Medikamenteneinnahme ist 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 ART jedoch erheblich besser.

Wenn die Nebenwirkungen zu stark sind oder Therapieerfolge ausbleiben, muss auf andere Medikamente umgestellt werden. Da die Medikamente verschieden schnell und unterschiedlich lang 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. Therapieversagen bedeutet, dass die Virenzahl wieder zunimmt und irgendwann AIDS ausbricht. Der häufigste Grund für ein Therapieversagen ist nach Informationen des Robert Koch Instituts die falsche Medikamenteneinnahme. Patienten sollten sich also sorgfältig an die Empfehlungen des Arztes halten.

Neben- und Wechselwirkungen

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

Nebenwirkungen

Die Medikamente der ART können verschiedene, teils auch schwere Nebenwirkungen haben. Doch insgesamt geht die Entwicklung dahin, dass neuere Medikamente immer besser vertragen werden.

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** z.B. Magen-Darm-Beschwerden wie Völlegefühl, Magenbeschwerden, Übelkeit und Durchfall sowie Hautausschläge, Kopfschmerzen und erhöhte Leberwerte.

Zu den **Langzeitnebenwirkungen** zählen z.B. Nervenstörung (Polyneuropathie), 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 erhöhtes Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Wechselwirkungen

Die Beachtung von Wechselwirkungen ist bei HIV-Patienten besonders wichtig, da allein im Rahmen der ART in der Regel mindestens 3 Medikamente eingesetzt werden. Dazu kommen häufig Begleitmedikamente und Nahrungsergänzungsmittel, ggf. auch Medikamente gegen opportunistische Infektionen oder andere Erkrankungen.

Wechselwirkungen können dazu führen, dass Medikamente stärker (Vergiftung) oder schwächer (ungewünschte Therapiepause) wirken als geplant. Wenn mehrere Ärzte behandeln, sollte also unbedingt sichergestellt werden, dass alle über das gesamte Einnahmespektrum informiert sind.

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



Praxistipps!

- Die Deutsche Aidshilfe bietet eine laufend aktualisierte, übersichtliche Liste der antiretroviralen Medikamente zum Download unter www.aidshilfe.de > Themen > Leben mit HIV > HIV-Therapie > Medikamente. Die Liste enthält die Produktnamen, den Wirkstoff, Nebenwirkungen, Besonderheiten, Darreichungsform und Zulassungsjahr in der EU.
- Laufend aktualisierte, englischsprachige Fachinformationen zu Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten stehen auf der von der University of Liverpool bereitgestellten Seite www.hiv-druginteractions.org zur Verfügung.

Wer hilft weiter?

Die Beratungsstellen der Deutschen Aidshilfe vermitteln Adressen von Schwerpunktpraxen, Kontakt unter www.aidshilfe.de > *Beratung*. Die meisten sind nur in größeren Städten verfügbar, es gibt jedoch mittlerweile auch telefonische und Online-Beratungen.

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.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen.

Probatorische Sitzungen

Es ist möglich, 2-4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen und auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z.B. Hausarzt, Internist oder Neurologe, aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht).

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Seit dem 1.10.2021 bezahlen die Krankenkassen die sog. gruppentherapeutische Grundversorgung. Hier können Betroffene die Psychotherapie in einer Gruppe kennenlernen, um für sich zu sehen, ob sie diese als hilfreich erleben.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Gesundheits-Apps auf Rezept

Es gibt zunehmend Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen

zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> > *Kategorie Psyche*.

Praxistipp!

Ausführliche Informationen zur Psychotherapie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Psychotherapie“*.

Wer hilft weiter?

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen - Patientenservice:**
Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort.
- **Terminservicestellen der KV:**
Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter www.kbv.de > *Themen A-Z > T > Terminservicestellen*.
- **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. Nähere Informationen bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Es kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten > Faltblätter & Broschüren > Kostenerstattung* bestellt oder heruntergeladen werden.

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

In Deutschland gibt es kein Gesetz, das zu einer Mitteilung gegenüber dem Sexualpartner verpflichtet. Daher entscheidet der Betroffene selbst, wen er über seine Infektion informiert. Entscheidend ist jedoch, dass er eine Ansteckung durch Safer-Sex-Maßnahmen verhindert. Wenn er ungeschützten Geschlechtsverkehr hat, ohne den Partner vorher über die Infektion in Kenntnis zu setzen, 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.

Ärzte sind zur Meldung an das Robert Koch Institut (RKI) verpflichtet, wenn sie von einer Infektion Kenntnis erlangen. Allerdings muss die Meldung nicht namentlich erfolgen. Möglich sind zudem freiwillige und anonyme Fallberichte von behandelnden Ärzten an das zentrale AIDS-Fallregister, Näheres zur Mitteilungspflicht im Arbeitsleben auf S. 25.

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 um 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 weiterträgt, kann auf Schadensersatz verklagt werden.

Leben mit HIV

Eine HIV-Infektion hat einen weitreichenden Einfluss auf viele Lebensbereiche. Es stellen sich dem Betroffenen viele Fragen: Muss ich meinen Alltag umstellen? Was muss ich beachten, wenn ich verreisen möchte? Wie wirkt sich die Infektion auf meine Beziehungen aus? Werde ich trotzdem eine Familie gründen können? Muss ich meinen Arbeitgeber über die Infektion informieren? Und welche Versicherungen kann ich als HIV-positiver Mensch noch abschließen? Die folgenden Informationen sollen helfen, diese Fragen beantworten.

Umfeld

Die Frage wann und wen ein HIV-Infizierter über seine Erkrankung informieren sollte, kann nicht pauschal beantwortet werden. Hilfreich ist für viele zunächst der Kontakt zu anderen Betroffenen.

Grundsätzlich steht es Betroffenen frei zu entscheiden, wen sie informieren, sofern sie nicht wesentlich riskieren, andere Menschen anzustecken. Die Deutsche Aidshilfe empfiehlt, sich erst selbst zu informieren bevor man andere informiert, denn dann kann man falsche Befürchtungen besser entkräften. Bevorzugt sollte man im ersten Schritt das nächste Umfeld informieren. Bei diesen Menschen kann man am besten einschätzen, ob sie stabil und vertrauenswürdig genug sind, die Information für sich zu behalten und einen zu (unter-)stützen. Weitere Denkanstöße dazu bei der Deutschen Aidshilfe unter www.aidshilfe.de > Themen > Leben mit HIV > Positiv - was nun? > Wem sag ich's?.



Wer hilft weiter?

Ein spezielles Angebot für die ersten Schritte ins Leben mit HIV ist das **Projekt Sprungbrett**. Es vermittelt bundesweit sog. Buddys, das sind Männer und Frauen, die selbst HIV-positiv sind und neu Betroffenen ehrenamtlich zur Seite stehen. Näheres unter <https://buddy.hiv>.

Partnerschaft und Familie

Wenn in einer Partnerschaft einer der Partner HIV-positiv ist, löst das beim anderen oft Angst vor einer Ansteckung aus und Fragen: Wo hast du dich infiziert? Bin ich auch infiziert?

Wenn die HIV-Infektion erfolgreich behandelt wird, d.h.: Wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, ist HIV beim Sex nicht übertragbar. Bei unbehandelter Infektion oder nachweisbarer Viruslast kann geschützter Geschlechtsverkehr oder eventuell eine PrEP und im Notfall eine PEP eine Ansteckung so gut wie ausschließen, Näheres unter „Prävention“ auf S. 9.

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 können Aidshilfe-Beratungsstellen unter www.aidshilfe.de > Beratung helfen.

Empfängnisverhütung

Eine ART (antiretrovirale Therapie, siehe S. 14) besteht immer aus mehreren Medikamenten und

diese können Wechselwirkungen verursachen, unter anderem mit der Pille, sodass die hormonelle Verhütung nicht mehr wirkt. Hier ist eine enge Abstimmung mit dem Frauenarzt nötig. Zudem gibt es vage Hinweise darauf, dass hormonelle Verhütungsmittel eventuell anfälliger für eine HIV-Infektion machen. Mehr aktuelle Informationen zu HIV und Verhütung gibt die BZgA unter www.familienplanung.de > *Navigation* > *Verhütung* > *HIV und Verhütung*.

Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt

Zeugung, Schwangerschaft, natürliche Geburt und Stillen sind trotz HIV-Infektion möglich, wenn bei einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie das Virus unter der Nachweisgrenze liegt. Dann kann das Virus nicht auf den Partner oder das Kind übertragen werden.

Wichtig sind eine vorherige Beratung sowie engmaschige Begleitung, Beratung und Kontrolle von (werdender) Mutter und Kind durch einen HIV-erfahrenen Arzt.

Wenn eine natürliche Zeugung nicht in Frage kommt oder gewünscht ist, gibt es noch 2 weitere Möglichkeiten:

1. Wenn die Frau HIV-positiv ist, kann die Zeugung durch künstliche Befruchtung mit dem Sperma des Mannes erfolgen.
2. 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.

Umgang mit Kindern

Für HIV-infizierte Elternteile kann es schwer sein, den richtigen Umgang mit Informationen für ihre Kinder zu finden. Sie sollen den Kindern nichts verheimlichen, denn Kinder spüren, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Das kann zu Rückzug, Schuldgefühlen, Selbstwertproblemen und ähnlichem führen. Häufig stellen sich betroffene Eltern folgende Fragen:

- Was kann man seinem Kind zumuten – in welchem Alter? Wie erklärt man die komplexe Infektion altersgerecht?
- Kann das Kind die Information verarbeiten? Wie unterstützt man es dabei?
- Kann das Kind sein Wissen und seine Gefühle für sich behalten? Wem darf, kann oder sollte es sich anvertrauen?
- Wenn man sich für einen offenen Umgang mit der Infektion entscheidet: Wie kann das Kind vor Diskriminierung geschützt werden?

Allgemeingültige Antworten auf diese Fragen gibt es nicht. Hilfreiche Vorschläge und Gedankenanstöße gibt die Broschüre „Wie sag ich's meinem Kind?“ der Deutschen Aidshilfe: www.aidshilfe.de > *Service* > *Material bestellen* > *Suchbegriff: „Kind“*.

Gesund leben

Eine HIV-Infektion schwächt das Immunsystem und geht mit Entzündungsprozessen im Körper einher. Eine möglichst gesunde Lebensweise mit ausreichend Schlaf, Bewegung in frischer Luft, wenig negativem Stress, gesunder Ernährung und möglichst wenig 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 über den Darm besser ins Blut aufgenommen werden, dadurch verträglicher sind und Nebenwirkungen wie Durchfall, Übelkeit, Gewichtsverlust und Mangelernährung reduziert werden.

Wichtig ist dabei immer, auf den eigenen Körper zu hören. Nicht jedem schmeckt alles und nicht jeder verträgt alles.

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.

Bei manchen antiretroviralen Medikamenten sind bestimmte Lebensmittel zu meiden. Dies ist den Beipackzetteln zu entnehmen.

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 keine Drogen, keinen Tabak, keinen Alkohol. Alkohol verstärkt die Nebenwirkungen von antiretroviralen Medikamenten. Bei Drogen kann es zu gefährlichen und sogar tödlichen Wechselwirkungen kommen.
- Möglichst wenig Spritzmittel und Hilfsmittel in der Nahrung, also am besten viele Bio- und wenig Fertigprodukte.
- Wenig Süßigkeiten.

Sport und Bewegung

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

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

In vielen Städten, in denen es Aidshilfe-Beratungsstellen gibt, gibt es auch HIV-Sportgruppen. Wer infolge der Infektion neu mit Sport beginnt, sollte vorher einen ärztlichen Herz-Kreislauf-Check machen und sich die richtige Trainingsfrequenz empfehlen lassen.

Wichtig ist, sich eine Bewegungsart auszusuchen, die Spaß macht. Dann ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass man kontinuierlich dranbleibt. Zu großer Ehrgeiz schadet, denn: Muskelkater ist wie eine kleine Infektion und schwächt das Immunsystem.

Reisen

Eine Reise sollte aufgrund der Medikamenteneinnahme sorgfältig geplant und mit dem Arzt abgestimmt werden. Es empfiehlt sich, im Vorfeld einige Dinge zu beachten, z.B. mehr Medikamente mitzunehmen als nötig und diese auf Koffer und Handgepäck zu verteilen. Vor einer Reise sollte sichergestellt werden, dass für den Notfall vor Ort eine ausreichende medizinische Versorgung vorhanden ist.

HIV-Positive können innerhalb Europas meist ohne Probleme verreisen. In einigen Ländern gibt es jedoch Einreisebeschränkungen. Es gibt auch Länder, die Menschen mit HIV nicht einreisen lassen oder ausweisen. Detaillierte englischsprachige Informationen bietet die Seite www.hivtravel.org. Die deutschsprachige Broschüre „Schnellfinder - Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids“ findet sich rechts unten auf der Seite. Zudem sollte bei Auslandsreisen auf einen ausreichenden Versicherungsschutz geachtet werden.

Arbeit

Die antiretrovirale Therapie (ART) hat dazu geführt, dass fast alle HIV-Infizierten normal berufstätig sein können. Fast immer kann der Beruf nach einer HIV-Infektion weiter ausgeübt werden. 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, und die bestimmte Operationen mit hoher Selbstverletzungsgefahr ausführen. Dann ist die Ansteckungsgefahr im Falle einer Verletzung durch die invasive Arbeit an offenen Wunden besonders hoch. 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.

Auch in der Luftfahrt ist eine HIV-Infektion kein Ausschlusskriterium mehr, 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. Es gibt jedoch Länder mit Einreise- oder Aufenthaltsbeschränkungen für HIV-Positive, z.B. Russland und China. Laufend gepflegte Liste unter <http://hivtravel.org>. Wenn die Tätigkeit in solchen Ländern Bestandteil des Berufs ist, dürfen Arbeitgeber Bewerber aufgrund der Infektion ausschließen.

Bewerbung und Einstellung

Im Bewerbungs- und Einstellungsverfahren spielt die HIV-Infektion keine Rolle, sofern die Infektion die Eignung des Bewerbers für die Tätigkeit nicht einschränkt oder eine erhöhte Infektionsgefahr für andere Menschen besteht. Auf Fragen nach einer HIV-Infektion muss dann nicht wahrheitsgemäß geantwortet werden und bei einer Einstellungsuntersuchung kann ein HIV-Test verweigert werden. Zudem gilt auch bei Einstellungsuntersuchungen die ärztliche Schweigepflicht, weshalb der Arbeitgeber von einer Infektion nicht in Kenntnis gesetzt werden darf.

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 AIDS ausbricht und es dadurch zu vermehrten Arbeitsausfällen kommt. Allerdings muss eine Kündigung die Kriterien der sozialen Rechtfertigung einer krankheitsbedingten Kündigung erfüllen.

Bei einer anerkannten Schwerbehinderung oder Gleichstellung gibt es einen besonderen Kündigungsschutz. In diesem Fall darf der Arbeitgeber nur mit Zustimmung des Integrationsamts bzw. Inklusionsamts kündigen, Näheres unter „Behinderung“ auf S. 60.

Offenlegung der Infektion

Es ist für die meisten HIV-Infizierten eine schwere Entscheidung, ob sie am Arbeitsplatz ihre Infektion offenlegen oder nicht. Die Angst vor einer Ansteckung bringt das Umfeld häufig dazu, sich vom Betroffenen zu distanzieren. Zudem kann es zu Diskriminierungen und Mobbing kommen. Aus diesem Grund ist eine Aufklärung über die Übertragungswege von HIV sehr wichtig, um Kollegen unbegründete Ängste zu nehmen.

Es kann hilfreich sein, mit der Diagnose nicht alleine zu bleiben und sich am Arbeitsplatz zu offenbaren. Besonders in Zeiten, in denen die Krankheit Beschwerden bereitet, kann das Verständnis der Kollegen eine echte Unterstützung sein. Ob dieser Schritt auch zielführend ist, hängt stark vom jeweiligen sozialen Arbeitsumfeld ab.

Jeder Betroffene sollte für sich überlegen, ob eine Offenlegung der Infektion am Arbeitsplatz entlastet oder eher für weitere Probleme sorgt. Grundsätzlich steht es dem Betroffenen frei, selbst zu entscheiden, wen er informiert, sofern er nicht wissentlich die Gefahr eingeht, andere anzustecken.



Praxistipps!

- Informationen und Unterstützung bei Diskriminierung am Arbeitsplatz gibt es unter <https://hiv-diskriminierung.de>.
- Das Dossier „HIV und Arbeit“ der Deutschen Aidshilfe bietet viele interessante Informationen rund um das Thema Arbeit mit HIV-Infektion: www.aidshilfe.de > Themen > Dossiers.

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 allen privaten Versicherungen lohnt es sich, mehrere Angebote einzuholen oder im Internet in Vergleichsportalen zu recherchieren. Auch Versicherungsmakler können einen unterstützen, denn Makler sind nicht an eine Versicherung gebunden. Gut ist, wenn sie bereits Erfahrung mit HIV-positiven Klienten haben. Die örtliche Aidshilfe kann in der Regel Kontakte zu solchen Maklern vermitteln.

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. Bei Interesse 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.

Unfallversicherungen sind zum Teil für HIV-Positive abschließbar. Manche Unfallversicherungen versichern auch Krankheiten mit, die zu Berufseinschränkungen führen können.

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, dass die uneingeschränkte Reisefähigkeit bescheinigt und bestätigt, dass keine akuten Behandlungen zu erwarten sind.

Eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** kann mit HIV nicht mehr abgeschlossen werden. Aber eine HIV-positiv-Diagnose bei bestehender Versicherung muss nicht mitgeteilt werden und hat auch keinen Einfluss auf den Versicherungsschutz. Angestellte können ggf. über den Arbeitgeber eine „betriebliche Berufsunfähigkeitsversicherung“ in Anspruch nehmen.

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.

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 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 der Deutschen Aidshilfe, Kontaktmöglichkeiten unter www.aidshilfe.de > *Beratung*.

Praxistipps!

- Einen guten Überblick und Ersteinstieg zum Thema gibt die Deutsche Aidshilfe unter www.aidshilfe.de > *Themen* > *Leben mit HIV* > *Alltag mit HIV* > *Recht, Vorsorge und Versicherungen*.
- Nähere Informationen zu Versicherungen bei einer HIV-Infektion bietet das Projekt „positiv versichert“ von investmentpartner Schrammke eK unter <https://positiv-versichert.de>.

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. Diese Regelungen gelten auch für Sozialhilfeempfänger.

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Service > Versicherten-Service > 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. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

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

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.

Hilfsmittel

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

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

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Patienten außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

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

Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 59).

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 medizinischen Rehabilitation

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

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenförderung).

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Versicherter im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann er sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei **2 % des jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt**.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen des Versicherten **und** den Bruttoeinnahmen seiner Angehörigen, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige des Versicherten sind:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

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 (449 € im Monat /5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden

bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“ auf S. 30), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese **nicht** als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)
ergibt: 7.302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Versicherte und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Menschen mit einer HIV-Infektion sind meist auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Unter bestimmten Voraussetzungen gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze. Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

Auch Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (z.B. Brustkrebs, COPD, Osteoporose), die eine möglichst gute und umfassende Behandlung chronisch kranker Patienten sicherstellen sollen. Die Teilnahme ist für Patienten freiwillig.

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

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs 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.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Vorsorgeuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des

Sozialverhaltens).

- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* (§ 62 SGB V) downloaden.

Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

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, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbst-provozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit (AU) und die voraussichtliche Dauer müssen 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 kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung 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.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss, Näheres unter „Offenlegung der Infektion“ auf S. 26.
- 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.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er von dessen Krankenkasse verlangen, dass diese ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn die AU sich eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 37).
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge **derselben** Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.

- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden.

Wenn der Arbeitgeber eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse dem Arbeitnehmer Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber.



Praxistipp!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit
oder
stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie 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 erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte

- Teilnehmer an Leistungen der beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 57)
- Praktikanten
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhaushandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 35).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte. Eine Rückdatierung des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.

Das Krankengeld beträgt höchstens **112,88 € pro Tag**.

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

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

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.

Wie sich der Bemessungszeitraum in besonderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld vom 03.12.2020“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2022 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 112,88 € täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,20 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat 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 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 € .
Der Patient erhält also 47,51 € 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.

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 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, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

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. Dies gilt auch bei Bezug von Verletztengeld.



Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt jedoch nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz 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 (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.

- 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, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
Hinweis: Seit 1.10.2021 wird die Meldung an die Krankenkasse schrittweise auf digital umgestellt, d.h.: **Nicht mehr** der Patient muss einen Durchschlag der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (AU) an die Krankenkasse schicken, sondern die Arztpraxis meldet die Arbeitsunfähigkeit digital und direkt an die Krankenkasse (eAU).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährig 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. 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.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) 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. 71) umwandelt.

Praxistipps!

- 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 als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Versicherte 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. 43).

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
- 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 **Pflichtversicherter** 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 langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragen.

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 noch formal fortbesteht.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. 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, weswegen kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 71) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur beruflichen (siehe S. 56) bzw. medizinische Rehabilitation (siehe S. 48). 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 gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es z.B. die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über die Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der

Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



Praxistipp!

Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger bzw. der Agentur für Arbeit Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, fällt er aus dem Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld heraus. Um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, muss er sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers/der Agentur für Arbeit 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.

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 Pflege und Reha vor Rente.

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen eine Pflegebedürftigkeit und 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 können in Frage kommen:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (siehe S. 48) Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Berufliche Reha-Leistungen** (siehe S. 56): Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 57), Haushaltshilfe (siehe S. 59), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:** (früher: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) Sie werden auch als „Soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben.

Bei einem Betroffenen können verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann
 - und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Reha-Leistungen und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. leistenden Rehabilitationsträger. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

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

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabekonferenz durchgeführt wird.

Der Antragsteller muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Kann der leistende Reha-Träger nicht innerhalb von 2 Monaten über den Antrag entscheiden, muss er dem Antragsteller auf den Tag genau mitteilen, wann dieser die Entscheidung bekommt. Zudem muss er die Fristverlängerung begründen. Es sind nur folgende Gründe zulässig:

- Fristverlängerung um max. 2 Wochen zur Beauftragung eines Gutachters, wenn nachweislich früher kein Gutachter verfügbar ist.
- Fristverlängerung um max. 4 Wochen, wenn der Gutachter schriftlich bestätigt, dass er so lange braucht.
- Fristverlängerung um die Zeit der „fehlenden Mitwirkung“ beim Antragsteller, also wenn er z.B. Unterlagen nicht einreicht oder Termine nicht wahrnimmt.

Erfolgt **keine** solche **Mitteilung** oder liegt **kein zureichender Grund** vor, gilt der Antrag als **genehmigt**. Der Antragsteller kann sich dann die **Leistung selbst beschaffen** und der Reha-Träger muss zahlen. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Unter www.reha-zustaendigkeitsnavigator.de informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für

welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich zuständig ist.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat meist Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Grundsätzlich gilt: ambulant vor stationär.

Ausnahme: Bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter sowie Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter und pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Weitere Informationen, u.a. zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Medizinische Rehabilitation“.

Wartezeit

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur 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.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

Die ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Eine **Verlängerung** ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Reha in einer entsprechenden Einrichtung.

Voraussetzungen

- Eine **ambulante** Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Durchführung der **stationären** Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel **3 Wochen**. Eine **Verlängerung** aus medizinischen Gründen ist möglich. Regelung bei **Kindern** bis zum 14. Geburtstag: **4–6 Wochen**.



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 59) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Reha-Antrag

Möchte ein Patient eine medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Alle Vertragsärzte können eine Reha verordnen.

Vor der Verordnung muss der Arzt den Antragsteller zur Reha beraten, z.B. zu folgenden Themen:

- Gründe für die medizinische Reha sowie Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung.
- Information, welche Leistungen in Betracht kommen.
- Hinweis auf ergänzende unabhängige Teilhabeberatung und die Beratungsstellen der Reha-Träger (Adressdatenbank der BAR unter www.ansprechstellen.de).
- Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten.
- Was bedeutet „Persönliches Budget“.
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.
- Antragsstellung und Ablauf des Antragsverfahrens.

Antragstellung

Wer sich unsicher fühlt, sollte auf jeden Fall Beratung und Unterstützung beim Antrag in Anspruch nehmen, z.B. beim Sozialdienst von Kliniken und Fördereinrichtungen oder bei den Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe S. 46). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden ist ein Widerspruch möglich. Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.

Grundsätzlich reicht seit 1.1.2018 ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe sind in der Regel bei lokal zuständigen Stellen zu beantragen.



Praxistipps!

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Den Antrag „Schritt für Schritt“ finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Reha-Antragstellung. Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.
- Menschen mit Behinderungen können auch das Beratungsangebot der unabhängigen Teilhabeberatungsstellen unter www.teilhabeberatung.de > Beratung nutzen.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinische Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- **Kostenträger Krankenkasse:** Der Patient kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten 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. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.
- **Kostenträger Rentenversicherung:** Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies 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. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.
- **Kostenträger Unfallversicherung:** Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit etwa 150

Reha-Kliniken in Deutschland und Polen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur bestimmte Kliniken für die Reha in Frage.

Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Reha-Antrag* > *Allgemeines* > *Wie finde ich die beste Rehaklinik für mich?* > *Wunsch-und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten.

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 35
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 37
- Verletztengeld von der Unfallversicherung
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 57

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten.

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 ab S. 28.

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 für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung
- bei ambulanten Reha-Leistungen
- bei Leistungen zur Prävention

- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatz Einkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsi-
cherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- bei beruflichen Reha-Leistungen
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 € liegt

Teilweise von der Zuzahlung befreit 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.

Für diese Personen kann die Zuzahlung bei Antragstellung **2022** entsprechend der folgenden Tabelle ermäßigt werden:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.317 €	keine
ab 1.317 €	5 €
ab 1.447,60 €	6 €
ab 1.579,20 €	7 €
ab 1.710,80 €	8 €
ab 1.842,40 €	9 €
ab 1.974 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall beantragt werden. Dem Antrag sind eine **Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers** oder eine **behördliche Bescheinigung** (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha?* > *Zuzahlung*.

Praxistipps!

- **Ambulante** und **stationäre** Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Leistungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinische Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen.

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden.

AHB-Indikationsgruppen

Eine AHB wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

Der Indikationskatalog für die AHB kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Anschlussrehabilitation (AHB) kostenlos heruntergeladen werden.

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.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Es gelten die allgemein gültigen Voraussetzungen der medizinischen Reha, siehe S. 48.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsgruppen (siehe oben).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig 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!

- 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.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 59) möglich.

Besonderheit: Onkologische Reha-Leistung

Ist bei einer bösartigen Krebserkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen oder der onkologischen Praxis eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus tatsächlichen, medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann die AHB auf Antrag des Arztes später begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich, eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung) zu beantragen. Der Medizinische Dienst (MD) prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit 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. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig durch einen Arzt überprüft. Möglich ist die stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Voraussetzungen

Jeder Beteiligte, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte oder Versicherungsträger, können eine stufenweise Wiedereingliederung anregen.

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 vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und er ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.

- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte 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 eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement) stattfindet, darf der Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

Wiedereingliederungsplan

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: ein Arzt, ein Sozialberater, der Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer den Wiedereinzugliedernden mit sog. Entgeltersatzleistungen finanziell absichert:

- Findet die 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 Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld.

- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

Zusätzlich können im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen (siehe ab S. 45) fällig werden, z.B. ergänzende Reha-Leistungen oder berufliche Reha-Leistungen. Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

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. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Möglicherweise können HIV-positive Menschen 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.

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern, z.B: Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, Ausbildung und Weiterbildung, Arbeitsassistenz, Förderung einer Existenzgründung oder Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Zuständig sein können insbesondere die Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Träger der Kinder und Jugendhilfe oder der Träger der Eingliederungshilfe.

Umfang

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

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, z.B. technische Hilfen, Finanzierung eines nötigen Umzugs oder Arbeitsassistenten
- Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z.B. spezielle Kurse für gehörlose oder blinde Menschen zum Erlernen der Braille-Schrift und dem Umgang mit nötigen Hilfsmitteln bzw. der Gebärdensprache
- Berufliche Bildung, z.B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Übernahme weiterer Kosten im Zusammenhang mit Maßnahmen (z.B. Lehrgangsgebühren, Arbeitskleidung, Unterkunft und Verpflegung)
- Zuschüsse an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen

Dauer

Grundsatz: Berufliche Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen.

Sozialversicherung

Bei Teilnahme an beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung übernommen.



Praxistipps!

- Weitere Informationen zur beruflichen Rehabilitation finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Berufliche Reha > Leistungen“*.
- Die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Informationen zur beruflichen Reha geben auch die Berufsgenossenschaften unter www.dguv.de > *Rehabilitation/Leistungen > Berufliche und soziale Teilhabe*.



Wer hilft weiter?

Der zuständige Reha-Träger, das Integrationsamt oder Inklusionsamt und der Integrationsfachdienst.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Patienten mit HIV oder AIDS während der Teilnahme an medizinischen oder beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht.

Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha.

- Übergangsgeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.
- **Rentenversicherung:** Die Rentenversicherung bezahlt Übergangsgeld, wenn die Reha-Maßnahme das Ziel hat, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen wiederherzustellen.
- **Agentur für Arbeit:** Die Agentur für Arbeit zahlt Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha.
- **Voraussetzungen Unfallversicherung:** Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalles Leistungen zur beruflichen Reha erhält.

Berechnung

Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

1. 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.
2. 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

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

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

Sozialversicherungsbeiträge

Empfänger von Übergangsgeld sind sozialversicherungspflichtig. Die Beiträge zu Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung zahlt der Träger, der das Übergangsgeld zahlt.

Steuerfrei

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

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären medizinischen 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. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder **unter 12 Jahren** oder Kinder mit einer **Behinderung** zu versorgen sind.

Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden. Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.



Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn **Kinder unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- 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.



Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Unfallversicherungsträgern 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 Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. Nachteilsausgleiche.

Definition

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

Die zentrale sozialrechtliche Definition steht in § 2 Abs. 1 SGB IX:

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

Aus dieser Definition ergeben sich folgende Voraussetzungen für das Vorliegen einer Behinderung:

- Der Körperzustand oder der Gesundheitszustand weicht vom für das Lebensalter typischen Zustand ab.
- Es liegen Barrieren vor, die sowohl in den Umweltbedingungen als auch in den Einstellungen der Mitmenschen entstanden sein können.
- Durch die Barrieren führt die Abweichung dazu, dass der Betroffene nicht gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann.
- Diese Voraussetzungen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate bestehen bleiben.

Voraussetzung für das Drohen einer Behinderung:

- Es ist zu erwarten, dass der Körperzustand oder der Gesundheitszustand vom für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Nur dann kann der GdB für sie festgestellt werden. Die Anerkennung als schwerbehindert wird durch einen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

erlangen oder diesen nicht behalten.

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit **Schwerbehinderung** gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen. Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz, haben aber im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterungen im Personenverkehr“.

Grad der Behinderung

Eine HIV-Infektion alleine reicht nicht für die Anerkennung einer Schwerbehinderung (d.h.: Grad der Behinderung von mindestens 50). Dennoch können infolge der Infektion im Laufe der Jahre verschiedene Erkrankungen und Einschränkungen entstehen, die zu einer Schwerbehinderung führen können.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS).

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ heruntergeladen werden.

Die HIV-Infektion und AIDS werden in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen in Abschnitt 16.11 „Immundefekte“ beschrieben.

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

Bemessung von GdB und GdS

Bei der Bemessung des GdS bzw. GdB geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen.

Bei mehreren Beeinträchtigungen werden für jede Beeinträchtigung einzelne Werte angegeben. Für die Bemessung des Gesamt-GdS bzw. GdB werden diese Werte aber nicht addiert oder sonst irgendwie miteinander verrechnet. Stattdessen kommt es dafür immer auf alle Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit an. Es muss berücksichtigt werden, wie sie sich gegenseitig beeinflussen.

GdB und GdS werden nach den gleichen Maßstäben in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben. Man kann also z.B. einen GdB von 20, 50 oder 100 haben. Der GdB wird nicht in Prozent angegeben, auch wenn das in der Umgangssprache üblich ist.

Praxistipps!

- Seit 1.1.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen geht, z.B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.
- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-)Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein (neuer) Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Einen Musterwiderspruch und weitere Informationen gibt es unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.

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 (sog. Nachteilsausgleiche) für schwerbehinderte Menschen beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des schwerbehinderten Menschen **oder** einer von ihm bevollmächtigten Person **oder** durch die Sorgeberechtigten **oder** die rechtliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenkreis. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält jeder einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

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

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausesentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab dem 10. Geburtstag notwendig).
Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom **Merkzeichen** und vom **GdB**. Beide, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Das zuständige Versorgungsamt.
- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über sein Bürgertelefon zum Thema Behinderung 030 221911-006, Mo–Do 8–20 Uhr.

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.

Grundsätzlich ist die Pflegeversicherung, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, keine Vollversicherung. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Zum Beispiel war 2021 bei vollstationärer Pflege, nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen, im Bundesdurchschnitt ein Eigenanteil von monatlich 2.125 € zu leisten.

Eine private **Pflegezusatzversicherung** kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Ist die Kostendeckung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht möglich, können Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der **Hilfe zur Pflege** erbracht werden.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Pflegebedürftig ist, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er **innerhalb der letzten 10 Jahre** vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert gewesen war und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

- gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen **und**
- körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

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

Die vorhandenen Fähigkeiten der Selbstständigkeit werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Pflegeberatung

Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung.

Die Pflegekasse muss in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt zugänglich machen. Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden vom **Versicherten**, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der **Pflegekasse** beantragt.

Die Pflegekasse beauftragt den **Medizinischen Dienst** (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest. Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“*.

Praxistipps!

- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publicationen* > *Grundlagen der Begutachtung/Richtlinien* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- 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 Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 82 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Pflegeleistungen

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

Zuständig für die Leistungen der Pflegeversicherung ist die Pflegekasse.

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt auch die Krankenkasse Pflegeleistungen z.B.

- **Häusliche Krankenpflege:** Die häusliche Krankenpflege kann von Vertrags- oder Klinikärzten verordnet werden, wenn Patienten z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt noch medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen. In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch Pflegedienste, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse des Patienten ab.

- **Außerklinische Intensivpflege:** Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden Patienten, die z.B. beatmet werden müssen, nicht (mehr) auf einer Intensivstation betreut, sondern zu Hause, in einer Pflege-WG oder einem Heim. Die ambulante bzw. außerklinische Intensivpflege wird von spezialisierten Pflegefachkräften gemeinsam mit Fachärzten und zum Teil auch Therapeuten erbracht.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient zu Hause erhält.

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. Das **Pflegegeld** beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 € und 901 € monatlich**.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 € bis 2.095 € monatlich**. Werden Pflegesachleistungsbeträge nicht in Anspruch genommen, können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 bis zu einer Höchstgrenze von 40 % den Pflegesachleistungsbetrag für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, z.B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Besuch von Demenzcafés oder Fahr- und Begleitdienste, verwenden (sog. Umwandlungsanspruch).

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege

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. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch

nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege 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.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist kostenlos.

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 bezahlt bei Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung des Patienten fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können Pflegehilfsmittel direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

DiPA - Digitale Pflegeanwendungen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. DiPA sind derzeit nur für die ambulante Pflege erstattungsfähig. Der Anspruch auf eine DiPA und eventuell notwendige ergänzende Unterstützungsleistung ist auf 50 € monatlich begrenzt. Die Leistung gibt es auf Antrag bei der Pflegekasse, wenn die DiPA beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gelistet ist.

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 Zuschlag von 214 € monatlich. Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient teilweise oder ganz in einer stationären Pflegeeinrichtung erhält.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt wird und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhält der Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

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 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € 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.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 € bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige einen Zuschlag von der Pflegekasse.

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim, einen **Zuschlag zum Eigenanteil**. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5:

Aufenthaltsdauer im Heim	Leistungszuschlag
bis einschließlich 12 Monate	5 %
mehr als 12 Monate	25 %
mehr als 24 Monate	45 %
mehr als 36 Monate	70 %

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht. Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

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. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **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 Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.



Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Broschüre kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“* herunterladen.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „A401“* heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z.B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die in einer Krankenkasse versichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter www.pausentaste.de Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.

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.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Betroffene eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 74).

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. 76).

Erwerbsminderungsrente

Wenn die Beeinträchtigungen durch die HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung so groß sind, dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, ist es möglich Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist die Unfallversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Reha vor Rente

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

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.

- **Voll** erwerbsgemindert ist auch, wer
 - in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und**
 - wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
 - die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem Arbeitsmarkt** gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

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.

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

Mit Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente wird die Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente umgewandelt.

Höhe

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

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte

Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst den jährlichen Freibetrag nicht übersteigt. Dieser beträgt 6.300 €. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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

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



Praxistipps!

- **Rentenberater** sind gerichtlich zugelassene und unabhängige Vertreter der Interessen ihrer Mandanten. Sie helfen bei der Durchsetzung von Renten, Widerspruchsverfahren vor den (Landes-) Sozialgerichten, Kontenklärungen und Rentenanträgen. **Kosten:** Rentenberater sind an das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz gebunden.
Adressen von Rentenberatern findet man in den Gelben Seiten oder bekommt sie vom Bundesverband der Rentenberater e.V., Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Telefon 030 627255-02, Telefax 030 627255-03, www.rentenberater.de.
- Wenn die Erwerbsminderungsrente nicht ausreicht, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 74) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten und Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.
- Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten erwerbsunfähige Personen einen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer

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 beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder 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 für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**
- 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.

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

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe:

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag zur Grundsicherung (2022)
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	449 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 404 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 360 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 376 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 311 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 285 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle S. 74).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden (in begründeten Einzelfällen).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Änderung: Änderungen **zugunsten** des Berechtigten werden ab dem Ersten des Monats angerechnet, in dem die Änderung eintritt bzw. gemeldet wird. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung **weniger** Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des **Folgemonats**.

Nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des **Folgemonats**.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- 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 langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag (Grundrente) zur eigenen Rente haben.



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 wird nur gezahlt, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen kann.

Die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ gehört zur Sozialhilfe und stellt sicher, dass Hilfebedürftige die Mittel erhalten, die sie mindestens brauchen, um menschenwürdig leben zu können. Die Hilfe erhält, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln bestreiten kann.

Voraussetzungen:

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der Regel beim Sozialamt beantragt. Sie muss aber **auch ohne Antrag** gewährt werden, wenn der Träger der Sozialhilfe (z.B. Landkreis oder kreisfreie Stadt) oder die von ihm beauftragten Stellen erfahren, dass ein Mensch hilfebedürftig ist.

Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind z.B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfszuschläge, Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung oder Übernahme von Mietschulden (in begründeten Einzelfällen).

Unterhaltspflicht

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen unterhaltspflichtig gegenüber dem Hilfebedürftigen sind. Es wird unterschieden zwischen **gesteigert** Unterhaltspflichtigen, **normal** Unterhaltspflichtigen und nicht Unterhaltspflichtigen. Seit 1.1.2020 werden Kinder für ihre Eltern oder Eltern für ihre erwachsenen Kinder mit Behinderungen nur noch zu Unterhaltszahlungen herangezogen, wenn sie über ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €** verfügen.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

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:

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

Hier können auch Bestimmungen zum digitalen Nachlass getroffen werden.

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

Mit einer **Betreuungsverfügung** kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll. Das **Betreuungsgericht** ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und deren Eignung zu bestätigen. Wenn keine **Betreuungsverfügung** vorliegt, sucht das **Betreuungsgericht** bei Bedarf eine geeignete Person aus.

Eine **Betreuungsverfügung** ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine

Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

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

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn der Vorschlag dem Wohl des Betroffenen zuwiderläuft oder dieser erkennbar nicht mehr an der Person festhalten möchte. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der aktuelle Wunsch entscheidend.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „**Garantenpflicht**“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation zu, muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d.h. enthält die Patientenverfügung eine Entscheidung über die Einwilligung/Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe etc., die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, ist eine Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten nicht erforderlich, da der Betreute/Vollmachtgeber (= Patient) diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat und diese für den Betreuer/Bevollmächtigten bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation **nicht** zu **oder** gibt es keine Patientenverfügung, muss der Betreuer/Bevollmächtigte den **mutmaßlichen Patientenwillen** ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.

Voraussetzungen

- Eine Patientenverfügung sollte schriftlich abgefasst werden, Handschriftlichkeit ist nicht nötig, hier ist allerdings die Fälschungsgefahr am geringsten. Es können auch Formularvordrucke verwendet werden, diese müssen mit Ort, Datum und Unterschrift unterzeichnet werden. Wichtig ist die gute Lesbarkeit.
- Ergänzungen und Streichungen müssen ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert

werden.

- Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.

Damit die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind, ist es empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Um den Willen des Verfassers nachvollziehen zu können, ist es hilfreich, wenn persönliche Wertvorstellungen und möglicherweise anstehende Behandlungsfragen in der Patientenverfügung möglichst konkret beschrieben sind.



Praxistipps!

- Der Ratgeber Patientenvorsorge sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- **Hinweis:** Zum 1.1.2023 tritt das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts in Kraft. Nähere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Betreuung“.



Wer hilft weiter?

- Patienten können sich, um ihre individuelle Patientenverfügung zu verfassen, an ihren Arzt oder eine Palliativfachkraft wenden und sich beraten lassen. Palliativfachkräfte arbeiten z.B. in allen Einrichtungen, die Sterbebegleitung anbieten.
- Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 738073-0 (Dortmund) oder 030 2844484-0 (Berlin) oder 089 202081-0 (München).

Adressen

Deutsche Aidshilfe e.V.

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin

Telefon: 030 690087-0

Fax: 030 690087-42

Telefonberatung: 0180 3319411 (Mo–Fr 9–21 Uhr, Sa u. So 12–14 Uhr)

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
- Buddy-Projekt Sprungbrett: <https://buddy.hiv> (vermittelt bundesweit HIV-positive Begleiter an neu mit HIV Infizierte)
- HIV & Drogen: www.hiv-drogen.de
- HIV-Diskriminierung: <https://hiv-diskriminierung.de>
- HIV-Kompass: <https://www.kompass.hiv>
- Magazin HIV: <https://magazin.hiv>

Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG)

Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg – ICH

Grindelallee 35, 20146 Hamburg

Telefon: 0160 90289285

Fax: 040 28407373

E-Mail: daig@daignet.de

www.daignet.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Dachmarke zur ganzheitlichen Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Telefonberatung: 0221 892031, Mo–Do 10–22 Uhr, Fr–So 10–18 Uhr

E-Mail: info@liebesleben.de

www.liebesleben.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

Sektion der DAIG: Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD)

www.kinder-aids.de

GS:SG - Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH

Odenwaldstr. 72, 51105 Köln

Telefon: 0221 340804-0

E-Mail: info@stiftung-gssg.org

www.stiftung-gssg.org

Projekt Lifeboat Deutschland

www.stiftung-gssg.org > Projekte > Lifeboat

Netzwerk Frauen & Aids

www.stiftung-gssg.org > Projekte > Netzwerk Frauen und Aids

Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin

Telefon: 030 63968897

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

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© nito – stock.adobe.com – ID 96665737

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

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.

6. Auflage, April 2022