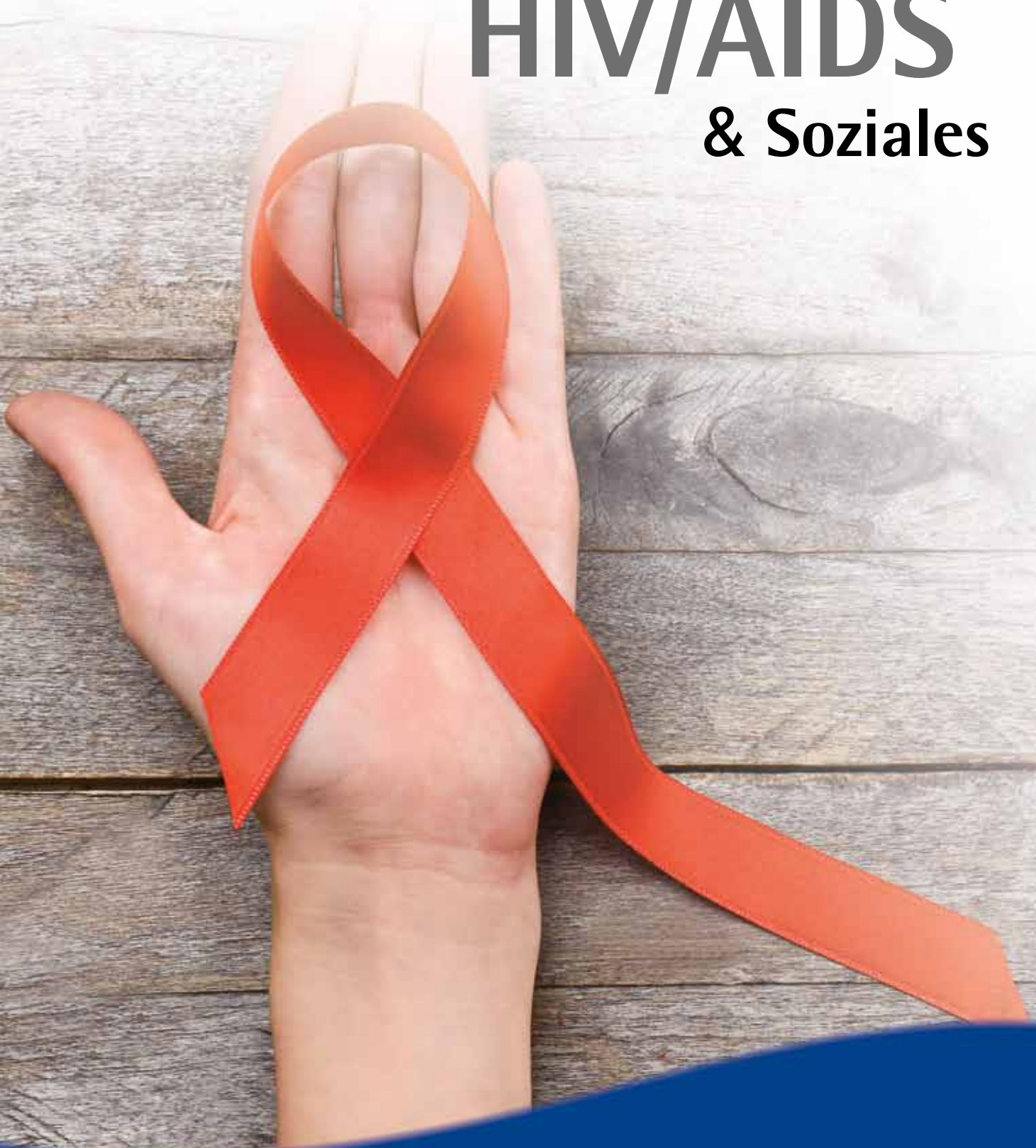


# HIV/AIDS & Soziales



**beta Care**

*Wissenssystem für Krankheit & Soziales*

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*Menschen mit HIV-Infektion haben heute eine annähernd der Allgemeinbevölkerung entsprechende Lebenserwartung, sofern die medikamentöse Therapie rechtzeitig begonnen und beständig durchgeführt wird. Dennoch ist die Diagnose HIV mit einem großen Schock für Patienten, ihre Angehörigen und Freunde verbunden, da ohne Therapie die Immunschwächeerkrankung AIDS ausbricht.*

*Dieser Ratgeber richtet sich in erster Linie an Betroffene und ihr Umfeld. Er gibt zunächst einen kurzen Einblick zum Verlauf der HIV-Infektion und zu den Therapiemöglichkeiten. Danach werden Fragen aus dem sozialen und rechtlichen Bereich ausführlich behandelt: Welche medizinischen und finanziellen Leistungen gibt es? Wo kann man diese beantragen? Wer muss von der Infektion wissen? Kann man trotz HIV-Infektion weiter arbeiten? Dies hilft von HIV betroffenen Menschen, die rechtlichen Regelungen zu verstehen und die notwendige Unterstützung zu erhalten.*

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

*Mit herzlichen Grüßen  
betapharm Arzneimittel GmbH*

*Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de).*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter [www.betapharm.de](http://www.betapharm.de).*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>HIV und AIDS</b>	<b>5</b>
Übertragung	5
<b>Symptome und Verlauf</b>	<b>7</b>
HIV	7
AIDS	8
<b>Prävention</b>	<b>11</b>
Safer Sex	11
Safer Use	12
Medikamentöse Prävention (PEP und PrEP)	12
<b>HIV-Tests</b>	<b>15</b>
HIV-Labortest	15
Schnelltest	16
PCR-Test	17
<b>Therapie</b>	<b>19</b>
Antiretrovirale Therapie (ART)	19
Therapiebeginn	22
Konsequente Medikamenteneinnahme	23
Neben- und Wechselwirkungen	25
Psychotherapie	26
<b>HIV und Datenschutz</b>	<b>29</b>
Mitteilungspflicht	29
Schweigepflicht	29
<b>Leben mit HIV</b>	<b>31</b>
Umfeld	31
Partnerschaft und Familie	32
Kinderwunsch	33
Gesund leben	34
Reisen	36
Arbeit	37
Versicherungen	39
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>41</b>
Zuzahlungsregelungen	41
Zuzahlungsbefreiung	43
Sonderregelung für chronisch Kranke	46

<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>49</b>
Entgeltfortzahlung	50
Krankengeld	52
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	59
<b>Rehabilitation</b>	<b>61</b>
Überblick über Reha-Leistungen	61
Kostenträger	62
Medizinische Rehabilitation	64
Ambulante Reha-Maßnahmen	66
Stationäre Reha-Maßnahmen	67
Reha-Antrag	67
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	70
Anschlussheilbehandlung	72
Stufenweise Wiedereingliederung	75
Berufliche Reha-Maßnahmen	77
Übergangsgeld	78
Haushaltshilfe	81
<b>Behinderung</b>	<b>85</b>
Grad der Behinderung	86
Schwerbehindertenausweis	87
Nachteilsausgleiche	88
<b>Pflege</b>	<b>89</b>
Pflegegrade	93
Pflegeleistungen	95
Leistungen für pflegende Angehörige	100
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>103</b>
Erwerbsminderungsrente	103
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	106
Hilfe zum Lebensunterhalt	109
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>111</b>
<b>Adressen</b>	<b>113</b>
<b>Impressum</b>	<b>115</b>

# HIV und AIDS

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

Laut Schätzungen des Robert Koch Instituts leben in Deutschland rund 87.900 Menschen mit HIV oder AIDS (Stand: Ende 2018). Es lassen sich keine genauen Zahlen nennen, da viele Betroffene nichts von ihrer Infektion wissen.

## 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**, z. B. durch kleine Verletzungen beim Geschlechtsverkehr (insbesondere beim Analverkehr, auch beim Vaginalverkehr, 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 Vaginalflüssigkeit über die Schleimhäute von Vagina, Gebärmutterhals, Penis, Mund oder Enddarm. Dies ist insbesondere bei ungeschütztem Anal- und Vaginalverkehr, sehr selten auch bei Oralverkehr möglich.
- **Von der Mutter auf das Kind** bei Schwangerschaft (über die Plazenta), Geburt (durch Kontakt mit Blut und Vaginalsekret) oder durchs Stillen (durch die Muttermilch). Das kann jedoch durch vorbeugende Maßnahmen verhindert werden. Näheres auf S. 33.

### 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 Vaginalsex. Bei einer unbehandelten Infektion sind sehr viele HI-Viren in Sperma, Vaginalflüssigkeit 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- oder Vaginalschleimhaut eine hohe Anzahl an Viren enthalten kann.

Beim Oralverkehr ist das Übertragungsrisiko äußerst gering, da 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.

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

Nach der Infektion vermehren sich die HI-Viren zunächst stark. Das Immunsystem wehrt sich dagegen und es kommt nach einem Zeitraum von etwa 2 bis 4 Wochen zu grippeähnlichen Symptomen, die häufig nicht als HIV-Infektion erkannt werden. Typisch sind z.B. Fieber, Mandel- und Lymphknotenschwellungen, Hautausschlag, Durchfall, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, starker Nachtschweiß und Muskelschmerzen.

## 2. Asymptomatische Latenzphase

Die HI-Virenzahl („Viruslast“) sinkt danach ab und das Virus lässt sich nur noch schwer nachweisen. Nachweisbar bleiben aber die Antikörper, anhand derer in der Regel HIV diagnostiziert wird. (Näheres zu HIV-Tests auf S. 15). Der Infizierte spürt in dieser Zeit meist keine körperlichen Veränderungen. Allerdings vermehrt sich das HI-Virus weiter. T-Helferzellen werden zerstört, können vom Körper aber in ausreichender Anzahl nachgebildet werden. Die symptomfreie Latenzzeit kann Monate bis Jahre dauern.

## 3. Lymphadenopathie-Syndrom (LAS)

In diesem Stadium treten Lymphknotenschwellungen an mindestens 2 Stellen auf, die länger als 8 Wochen anhalten. Der Körper ist nicht mehr in der Lage genügend T-Helferzellen zu bilden, sodass die Abwehrkräfte geschwächt sind und es vermehrt zu Erkrankungen kommt.

Die Betroffenen entwickeln unspezifische Beschwerden, d. h. Beschwerden, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten können. Typisch sind z. B. ein schlechtes Allgemeinbefinden, Veränderungen der Haut und Schleimhäute oder Magen-Darm-Probleme. Die Symptome sowie ihre Häufigkeit und Ausprägung sind individuell sehr unterschiedlich.

# AIDS

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

Von AIDS spricht man erst, wenn es infolge des geschädigten Immunsystems zu lebensbedrohlichen Infektionen kommt. Typisch sind eine spezielle, durch einen Pilz ausgelöste Form der Lungenentzündung (*Pneumocystis jirovecii*), Pilzinfektionen der Schleimhäute (*Candida albicans*), Hirnabszesse infolge einer Toxoplasmen-Infektion oder schwere Erkrankungen an Augen, Lunge, Hirn oder Darm, die von einem bereits vorhandenen Herpes-Virus verursacht werden. Man spricht hier von „**opportunistischen Infektionen**“. Das sind Infektionen, die nur auftreten, wenn das Immunsystem schon durch eine andere Erkrankung stark geschwächt ist, in diesem Fall durch die HIV-Infektion.

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



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

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



### Wer hilft weiter?

Informationen zu STI bietet die Deutsche STI Gesellschaft (DSTIG) unter [www.dstig.de](http://www.dstig.de).



# 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.

**Jede der folgenden Methoden schützt bei richtiger Anwendung vor einer Ansteckung:**

- Beim Geschlechtsverkehr **Kondome** oder Femikondome (Kondome für die Frau) benutzen.
- **Schutz durch Therapie:** Durch eine HIV-Therapie wird die Vermehrung der HI-Viren unterdrückt. Wenn die Virusmenge durch die regelmäßige Medikamenteneinnahme mindestens ein halbes Jahr unter der Nachweisgrenze liegt, befinden sich auch in Sperma, Scheidenflüssigkeit, anderen Körperflüssigkeiten und in der Mundschleimhaut kaum noch Viren. Dann kann HIV nicht mehr übertragen werden. HIV-positive Menschen sollten aber regelmäßig (alle 3 Monate) ihre Viruslast überprüfen lassen, um das Risiko einzudämmen, dass sich Resistenzen entwickeln und die Viruslast wieder steigt. Dann müsste die Therapie umgestellt werden.
- **PrEP:** PrEP ist die Abkürzung für „Prä-Expositions-Prophylaxe“. Dabei nehmen Menschen mit einem hohen HIV-Risiko vorbeugend HIV-Medikamente ein, die vor einer Infektion schützen. Näheres auf S. 13.

**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 Vaginalverkehr sollte der Penis unter fließendem Wasser mit Seife gewaschen werden. Dabei ist 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 kann das Risiko einer Ansteckung nur in geringem Maße reduziert werden. Bei einem hohen Risiko sollte daher eine PEP (siehe S. 13) angewendet werden.

*Sofortmaßnahmen nach ungeschütztem Sex*

## 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, die unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > Service > Material bestellen > Suchbegriff: „Safer Use“ heruntergeladen werden kann.

In einigen Städten gibt es auch Einrichtungen und Spritzenautomaten, in denen günstig steriles Spritzenbesteck erworben werden kann. Standorte für Spritzenautomaten können unter [www.spritzenautomaten.de](http://www.spritzenautomaten.de) gefunden werden.

Im medizinischen Bereich verhindert die konsequente Einhaltung der Hygiene-richtlinien (z. B. das Tragen von Schutzhandschuhen) 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. Nach 72 Stunden wird die Einnahme nach heutigem Kenntnisstand nicht mehr empfohlen.

**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](http://www.aidshilfe.de) > Themen > Safer-Sex-Unfall/PEP.

**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.

**PrEP**

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](http://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 medizinische Begleitung und Kontrolle.

**In Deutschland werden PrEP-Medikamente seit dem 01.09.2019 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 auf S. 41.

 **Wer hilft weiter?**

Detaillierte Informationen zur PrEP gibt es bei der Deutschen Aidshilfe unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > Themen > HIV-PrEP.

 **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](http://www.awmf.org) > Suchbegriff: „PEP“.
- „HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)“:  
[www.awmf.org](http://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 (Antigen) suchen.**

Von einem „positiven Testergebnis“ spricht man, wenn Antikörper im Blut nachgewiesen werden und eine HIV-Infektion vorliegt. Ein „negatives Testergebnis“ bedeutet, dass keine Infektion vorliegt oder die Ansteckung noch nicht lange zurückliegt und sich daher noch keine Antikörper gebildet haben.

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

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

## HIV-Labortest

**Bei einem Labortest wird von einem Arzt Blut aus der Armbeuge entnommen und in ein Labor geschickt. Die Labortests suchen in der Regel sowohl nach Antikörpern als auch nach bestimmten Bestandteilen von HIV.**

**Diese Bestandteile können aber erst bei einer großen HIV-Menge im Blut nachgewiesen werden. Das ist nur kurz nach der Ansteckung oder bei einem schlechten Immunsystem (z. B. im AIDS-Stadium) der Fall.**

Um eine HIV-Infektion nachzuweisen, kann bereits ca. 2 Wochen nach einem HIV-Übertragungsrisiko ein Antigen-Antikörper-Test gemacht werden. Damit kann eine Infektion allerdings erst 6 Wochen nach dem letzten Risiko sicher ausgeschlossen werden, weil erst dann genügend Antikörper gebildet wurden. Das heißt: Ein HIV-positiver Befund im Antigen-Antikörper-Test ist zu jedem Testzeitpunkt zutreffend. Ein negativer Befund ist erst 6 Wochen nach einem Risiko aussagekräftig.

Wenn der Labortest reagiert, wird direkt ein Bestätigungstest gemacht. Das Ergebnis eines Labortests hat man nach einigen Tagen.

## Schnelltest

Beim Schnelltest wird Blut aus der Fingerkuppe entnommen und in einen Testapparat gegeben. Der Schnelltest kann schon nach wenigen Minuten ein Ergebnis liefern. 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 ein HIV-Labortest nachgeschaltet werden, wenn das Ergebnis positiv ist. Ein HIV-negatives Ergebnis ist erst nach 12 Wochen aussagekräftig, da der Test nach Antikörpern sucht, die erst mit der Zeit gebildet werden.

### Selbsttest

**Selbsttests** (auch Heimtests genannt) sind Schnelltests, die man selbst zu Hause durchführen kann. Sie können in Apotheken, Drogerien oder im Internet gekauft werden. **Wichtig** ist, dass der Test ein CE-Zeichen hat, denn nur diese Tests sind für Laien entwickelt worden und in Europa zugelassen. Das ist z. B. bei den Selbsttests „Autotest VIH“, „INSTI“ und „Exato“ der Fall. Die Kosten liegen zwischen 20 und 50 €.

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.

Ein Selbsttest bietet die Möglichkeit festzustellen, 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](http://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 erhält man dann telefonisch oder online.

Einsendetests werden noch nicht in ganz Deutschland angeboten. Es gibt in einigen Städten Pilotprojekte, u. a. in München, Nürnberg und Regensburg.



## PCR-Test

Der PCR-Test (PCR = 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 HIV-Behandlung zu messen. Er kann auch als Bestätigungstest eines positiven Antikörper-Suchtests eingesetzt werden. Wenn er mehr als 1.000 HIV-Kopien pro Mililiter Blut misst, ist das Ergebnis bestätigt.

Auch bei Neugeborenen einer HIV-positiven Mutter wird der PCR-Test verwendet. Antikörper-Suchtests sind nämlich 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-Hilfe-Stellen, 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.

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

- Bei der Deutschen Aidshilfe unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > Themen > HIV-Test > Wo auf HIV testen?
- Auf der Seite hiv&more unter [www.hivandmore.de](http://www.hivandmore.de) > HIV-Test > Anonymer HIV-Test



# Therapie

---

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

Stand der Forschung ist die antiretrovirale Therapie (ART, Therapie gegen das Retrovirus HIV), eine Kombinationstherapie aus mehreren verschiedenartigen Medikamenten. Diese 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. 26) 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 antiretrovirale Medikamente in Monotherapie gegeben werden, können sich resistente Mutationen bilden. Um eine Resistenzbildung zu verhindern, werden in der ART-Therapie mehrere Substanzen miteinander kombiniert. Diese greifen an verschiedenen Stellen des HIV-Lebenszyklus an oder haben einen unterschiedlichen Wirkmechanismus. Die HI-Viren können sich dann erst wieder wirksam vermehren, wenn sie gegen mehrere Wirkstoffe gleichzeitig resistent geworden sind. Für den Therapieerfolg und um Resistenzen zu verhindern ist es enorm wichtig, dass die Therapie konsequent eingehalten wird.

ART wirkt nachgewiesenermaßen nur gegen den HIV-Typ 1. Für eine Behandlung der in Deutschland sehr selten auftretenden Infektion mit HIV-Typ 2 sollte man sich an ausgewiesene HIV-Spezialärzte wenden. Diese können z. B. unter [www.hivandmore.de](http://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 verbessern.
- Zellimmunität wiederherstellen.
- Entzündungen infolge der chronisch aktiven Immunabwehr reduzieren.
- Ansteckungsgefahr reduzieren.
- Dem Betroffenen ein möglichst normales und langes Leben mit guter Lebensqualität ermöglichen.

## Therapieerfolg

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

Patienten mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze gelten als nicht mehr ansteckend. Dennoch sollten auch HIV-Infizierte mit niedriger Viruslast die empfohlenen Schutzmaßnahmen, vor allem Safer Sex (siehe S. 11) und Safer Use (siehe S. 12) 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 kurzen Abständen bestimmt. Wenn die ART dauerhaften Erfolg zeigt, reichen Kontrollmessungen alle 3 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 Unterbrechungen oder ein Abbruch der Therapie zu einem Anstieg der Viruslast führt bzw. Resistenzen durch den Umbau der Erbinformation fördert.

Bei späten Diagnosen, insbesondere wenn AIDS bereits ausgebrochen ist, sind die Prognosen deutlich schlechter. Spätdiagnosen sind bei Frauen überdurchschnittlich häufig.

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

Bei einer ART werden mindestens 3 verschiedene antiretrovirale **Medikamente kombiniert**.

Das „I“ in den folgenden Abkürzungen steht immer für „Inhibitor“ = Hemmer. Die Medikamente werden in verschiedene Klassen unterteilt. Die meisten setzen an Enzymen an, die für den HIV-Vermehrungszyklus notwendig sind.

**Mittlerweile sind 5 Gruppen von Medikamenten im Therapieeinsatz:**

- **Entry-Inhibitoren**

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

- **Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (RTI)**

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

- **Integrase-Inhibitor (INI)**

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

- **Protease-Inhibitoren (PI)**

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

- **Kombination**

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

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

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

### Praxistipp!

Die Deutsche und die Österreichische AIDS-Gesellschaft publizieren gemeinsam die „Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion“. Diese Leitlinien werden aufgrund der schnellen Veränderungen der therapeutischen Erkenntnisse regelmäßig aktualisiert. Download unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) > Suchbegriff: „HIV“.

## Therapiebeginn

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

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

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

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

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

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

- Schwangerschaft
- Therapiebedürftige Hepatitis B
- Chronische Hepatitis C
- Höheres Lebensalter (ab 50 Jahren)
- Hohes kardiovaskuläres Risiko
- Rasches Absinken der Anzahl der T-Helferzellen
- Immunsuppression bei Chemotherapie, Radiotherapie, Autoimmunerkrankungen oder Transplantation
- Senkung des Übertragungsrisikos

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

## **Konsequente Medikamenteneinnahme**

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

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

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

Therapiepausen dürfen nur in enger Absprache mit einem spezialisierten Arzt stattfinden. Wenn die Tabletten nicht regelmäßig eingenommen werden, sinkt ihr Wirkspiegel im Blut ab und die HI-Viren können sich wieder vermehren. Zudem können Resistenzen entstehen, die dazu führen, dass die Viruslast trotz erneuter Medikamenteneinnahme ansteigt, weil die Viren nicht mehr auf die Medikamente reagieren.

Oft kommt es zu Kreuzresistenzen, d. h. wenn ein Medikament einer Gruppe nicht mehr wirkt, gilt das meist auch für alle anderen Medikamente aus der Gruppe. Die Behandlungsmöglichkeiten sind bei einer Resistenzbildung erheblich eingeschränkt. Um das zu verhindern, sollten sich Patienten im Vorfeld sorgfältig informieren und die Empfehlungen des Arztes konsequent einhalten. Nur so kann die Vermehrung des Virus und damit auch die Zerstörung der T-Helferzellen wirksam unterdrückt und ein Therapieversagen verhindert werden. 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 hier also sorgfältig informieren und die Empfehlungen des Arztes konsequent einhalten.



## Neben- und Wechselwirkungen

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

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** gastro-intestinale Beschwerden wie Völlegefühl, Magenbeschwerden, Übelkeit und Durchfall sowie Hautausschläge, Kopfschmerzen und erhöhte Leberwerte.

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

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

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

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

Laufend aktualisierte, englischsprachige Fachinformationen zu Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten stehen auf der von der University of Liverpool bereitgestellten Seite [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org) zur Verfügung.

### Nebenwirkungen

### Wechselwirkungen

### **Praxistipp!**

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

### **Wer hilft weiter?**

Die Beratungsstellen der Deutschen Aidshilfe vermitteln unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > *Beratung* Adressen von Schwerpunktpraxen. Diese befinden sich jedoch oftmals nur in größeren Städten. Wegen der höheren Fachkompetenz und den damit verbundenen besseren Behandlungsmöglichkeiten sollte man den Weg jedoch nicht scheuen.

## **Psychotherapie**

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

Wer sich dadurch so beeinträchtigt fühlt, dass seine Lebensqualität spürbar leidet, sollte sich nicht scheuen, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Dazu ist keine ärztliche Überweisung nötig. Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenkasse die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen

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

#### **• Psychotherapeutische Sprechstunde**

Die psychotherapeutische Sprechstunde bietet einen schnellen Zugang zu einem Psychotherapeuten und dient der Klärung, welche Hilfen notwendig sind. Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen. Kinder, Jugendliche und Menschen mit geistiger Behinderung höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Voraussetzung für eine weitere Therapie ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

- **Psychotherapeutische Akutbehandlung**

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

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

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

- **Probatorische Sitzungen**

Hat man einen Therapeuten mit freien Kapazitäten gefunden, werden zunächst 2–4 (bei Kindern und Jugendlichen bis zu 6) Probestunden vereinbart. Diese sog. probatorischen Sitzungen dienen dazu, sich gegenseitig kennenzulernen und zu schauen, ob man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann. Erst dann wird ein Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt.



### Wer hilft weiter?

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

- **Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen**

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen**

Unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Service > Service für Patienten > Arztsuche können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.

- **Terminservicestellen der KV**

Die Terminservicestellen sind 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. Die zuständige Terminservicestelle kann unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Themen > Krankenversicherung > Arzttermine finden gefunden werden.

- **Therapeutensuche Bundespsychotherapeutenkammer**

Den Suchservice der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) > *Psychotherapeutensuche (rechte Seite)*.

- **Therapeutensuche Psychotherapie-Informations-Dienst**

Der Psychotherapie-Informations-Dienst beim Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen informiert unter [www.psychosuchedienst.de](http://www.psychosuchedienst.de) oder Telefon 030 209166330.

- **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, Anrufdatum 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.

# 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.

Näheres über die Mitteilungspflicht im Arbeitsleben auf S. 37.

## Schweigepflicht

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

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

Ein Arzt darf sein Wissen über eine Infektion auch nicht beliebig an andere Klinikmitarbeiter weitergeben. Ein Einverständnis des Patienten zur Information von Dritten erstreckt sich nur auf Mitarbeiter, die unmittelbar mit dem Patienten befasst sind. Die Verschwiegenheit gilt auch für die Dokumentation und Weitergabe von Befunden sowie die Abrechnung mit der Krankenkasse.

Das Ergebnis eines HIV-Tests darf z. B. nicht ohne Einverständnis des Patienten in einem Arztbrief weitergegeben werden. Wenn kein Einverständnis vorliegt, kann der Arzt einen Hinweis auf Unvollständigkeit eintragen. Der Betroffene kann dann allerdings der Weiterleitung eines solchen Arztbriefes widersprechen.

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

# Leben mit HIV

---

Eine HIV-Infektion 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 diese Fragen beantworten.

## Umfeld

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

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

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



### Wer hilft weiter?

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

## Partnerschaft und Familie

Wenn in einer Partnerschaft einer der Partner HIV-positiv ist, löst das oftmals viele Ängste aus, vor allem vor einer Ansteckung des gesunden Partners. Die Gefahr einer HIV-Infektion des nicht infizierten Partners lässt sich aber durch geschützten Geschlechtsverkehr, eine konsequente Medikamenteneinnahme des infizierten Partners und im Notfall durch eine PEP so gut wie ausschließen.

Eine besonders schwierige Situation kann entstehen, wenn in einer Beziehung trotzdem HIV übertragen wird. Vorwürfe einerseits und Schuldgefühle andererseits können die Beziehung stark belasten. Wenn Schuldgefühle, Ängste oder vielleicht auch Wut auf den Partner die Beziehung gefährden, ist es wichtig darüber zu sprechen. Hier kann eine Beratung der Aidshilfe eine gute Anlaufstelle sein. Kontaktmöglichkeiten unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > *Beratung*.

Wenn beide Partner HIV-positiv sind, stellen sich manche Paare die Frage, ob sie auf Kondome verzichten können.

### Die Antwort fällt von Fall zu Fall unterschiedlich aus:

- Wenn beide Partner keine HIV-Medikamente nehmen, besteht unter Umständen das Risiko, dass sie sich gegenseitig mit weiteren HI-Virusvarianten infizieren, vor allem bei einer hohen Viruslast und einer frischen HIV-Infektion. Dann sind Kondome empfehlenswert.
- Wenn mindestens einer der Partner sich in einer gut funktionierenden HIV-Therapie befindet, ist dieses Risiko so gering, dass es vernachlässigt werden kann.

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

## Empfängnisverhütung

Eine ART 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



## Kinderwunsch

Viele Menschen mit HIV haben einen Kinderwunsch. Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind trotz einer HIV-Infektion möglich. Eine Infektionsgefahr für den HIV-negativen Partner kann durch HIV-Medikamente und andere Maßnahmen nahezu ausgeschlossen werden.

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

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

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

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

**Folgende Maßnahmen sind notwendig:**

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

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

*Schwangerschaft  
und Geburt*

## Umgang mit Kindern

Für HIV-infizierte Elternteile ist es besonders schwer, den richtigen **Umgang** mit Informationen für ihre **Kinder** zu finden. Sie sollten 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 betroffenen 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?  
Wie nimmt man die Angst vor dem Verlust der Eltern?
- 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](http://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 an der frischen 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, 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.

**Zu meiden sind einige wenige Nahrungsmittel, da sie die Medikamentenwirkung beeinflussen können:**

- Mate-Tee
- Pfefferminze
- Johanniskraut
- Grapefruit
- Zuckeraustauschstoffe (Sorbitol, Xylitol etc.)

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.
- Möglichst wenig Spritzmittel und Hilfsmittel in der Nahrung, also am besten viele Bio- und wenig Fertigprodukte.

**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.

***Sport und Bewegung***

## Reisen

HIV-Positive können innerhalb Europas meist ohne Probleme verreisen. In einigen Ländern gibt es jedoch Einreisebeschränkungen. In jedem Fall sollte eine Reise sorgfältig geplant und mit dem Arzt abgestimmt werden.

Vor einer Reise sollte sichergestellt werden, dass für den Notfall vor Ort eine ausreichende medizinische Versorgung vorhanden ist. Dafür ist es sinnvoll, ärztliche Unterlagen in englischer Sprache mitzunehmen.

## Medikamente

**Folgende Aspekte müssen bei der Mitnahme von Medikamenten beachtet werden:**

- Mehr Medikamente mitnehmen als unbedingt nötig und sie auf Handgepäck und Koffer verteilen. So kann auch bei einem Diebstahl oder vorübergehendem Gepäckverlust die Therapie eingehalten werden.
- Temperaturen beachten, denn manche Medikamente können bei hohen Temperaturen und hoher Luftfeuchtigkeit Schaden nehmen. Es empfiehlt sich gegebenenfalls der Transport in einer Isoliertasche.
- Bei Reisen außerhalb der EU eine englischsprachige Bescheinigung des Arztes mitführen, die erklärt, dass der Patient die Medikamente auf ärztliche Verordnung einnehmen muss.
- Zeitverschiebung, veränderte Klimabedingungen und Komplikationen (Durchfall, Erbrechen) mit einkalkulieren.

## Einreisebestimmungen

Es gibt Länder, die Menschen mit HIV nicht einreisen lassen oder ausweisen. Detaillierte Informationen bietet die Seite [www.hivtravel.org](http://www.hivtravel.org). Die deutschsprachige Broschüre „Schnellfinder – Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids“ findet sich rechts unten auf der Seite.

## Versicherung

Bei Reisen innerhalb der EU muss die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC-Karte) mitgenommen werden. Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behandlungen anfallen würden. In Ländern außerhalb der EU gilt nur ein stark eingeschränkter Versicherungsschutz. Für etwa 10 € im Jahr kann bereits eine private Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen werden. Anbieter sind z. B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln. Es ist jedoch wichtig darauf zu achten, dass die Versicherung das Risiko mit HIV abdeckt.



### Wer hilft weiter?

Informationen zum Krankenversicherungsschutz im Ausland geben die Krankenkassen oder die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de).

## Arbeit

Die modernen Behandlungsmöglichkeiten haben dazu geführt, dass sich die Arbeitsfähigkeit HIV-Infizierter in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. In den meisten Fällen 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, da die Ansteckungsgefahr im Falle einer Verletzung durch die invasive Arbeit an offenen Wunden besonders hoch ist. Andere Berufe im Gesundheitswesen, z. B. im Bereich der Pflege, können hingegen weiterhin ausgeübt werden, da die Gefahr einer Übertragung des HI-Virus bereits durch die standardisierten Schutzmaßnahmen vermieden wird. Dies gilt auch für Berufe im Lebensmittel- und Gastronomiebereich.

Im Bereich der Luftfahrt hat sich in den vergangenen Jahren viel getan. Neue europäische Vorschriften besagen, dass eine HIV-Infektion kein Ausschlusskriterium mehr ist, um als Flugbegleiter oder Pilot arbeiten zu können. Entscheidend ist lediglich der persönliche Gesundheitszustand des Betroffenen, der bei einer bekannten HIV-Infektion engmaschig kontrolliert werden muss. Es gibt jedoch Länder mit Einreise- oder Aufenthaltsbeschränkungen für HIV-Positive. Wenn die Tätigkeit in solchen Ländern Bestandteil des Berufs ist, dürfen Arbeitgeber Bewerber aufgrund der Infektion ausschließen.

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.

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

Doch auch hier muss eine Kündigung die Kriterien der sozialen Rechtfertigung einer krankheitsbedingten Kündigung erfüllen.

## *Bewerbung und Einstellung*

## *Kündigung*

### **Eine krankheitsbedingte Kündigung ist daher nur möglich bei**

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

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

Bei einer anerkannten **Schwerbehinderung** oder Gleichstellung gibt es einen besonderen Kündigungsschutz. In diesem Fall darf der Arbeitgeber nur mit Zustimmung des Integrationsamts kündigen. Näheres auf S. 85.

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. Unter Umständen kann dann besser auf die speziellen Belange der Infizierten eingegangen werden.

Jeder Betroffene sollte aber für sich überlegen, ob eine Offenlegung der Infektion am Arbeitsplatz Entlastung bietet 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!**

- Für die Frage, wen man auf der Arbeit über die HIV-Infektion informieren soll, bietet die Deutsche AIDS-Hilfe einen Leitfaden, der bei der Entscheidung helfen kann. Er kann unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > Themen > Leben mit HIV > HIV und Arbeit > Soll ich es sagen? heruntergeladen werden.
- Informationen und Unterstützung bei Diskriminierung am Arbeitsplatz gibt es unter <https://hiv-diskriminierung.de>.

## Versicherungen

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

Bei Neueintritt in eine **private Krankenversicherung** ist nur noch der Basistarif möglich. Bei bestehenden Verträgen sind Upgrades in einen Tarif mit mehr Leistungen meist ausgeschlossen.

**Private Zusatzversicherungen** für gesetzlich Versicherte, z. B. 2-Bett Zimmer oder Chefarztbehandlungen, sind nach einem positiven Testergebnis in der Regel nicht mehr möglich. Es gibt aber manchmal Aktionen, bei denen Zusatztarife mit vereinfachten Gesundheitsprüfungen abgeschlossen werden können. Hier sollten sich Betroffene regelmäßig informieren, um solche Aktionen nicht zu verpassen.

Die **Zahnzusatzversicherung** bildet eine Ausnahme und kann auch mit einer HIV-Infektion abgeschlossen werden.

Eine **Unfallversicherung** kann abgeschlossen werden, wenn der Betroffene nicht an AIDS erkrankt ist. Der HIV-Status muss jedoch angegeben werden.

Bei einer **Reisekrankenversicherung** ist zu beachten, dass Erkrankungen, die bereits vor der Reise bestanden haben, nicht mitversichert sind. HIV-Positive, die beschwerdefrei sind, haben jedoch keine Einschränkungen zu befürchten. Es ist allerdings ratsam, sich vor der Reise ein Attest ausstellen zu lassen, das die uneingeschränkte Reisefähigkeit bescheinigt und bestätigt, dass keine akuten Behandlungen zu erwarten sind.

Eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** kann mit HIV nicht mehr abgeschlossen werden. Angestellte können aber ggf. über den Arbeitgeber eine „betriebliche Berufsunfähigkeitsversicherung“ in Anspruch nehmen. Dabei ist eine Beratung im Vorfeld empfehlenswert.

Bei Abschluss einer **Rentenversicherung** wird nicht nach HIV-Infektion gefragt.

Bei einer **Risikolebensversicherung** kommt es bei vielen Anbietern auf den individuellen Gesundheitszustand an. Eine HIV-Infektion ohne Ausbruch von AIDS führt aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr zu einer pauschalen Ablehnung. Dennoch werden weiterhin viele Anträge abgelehnt oder es muss mit einem Risikozuschlag gerechnet werden. Es lohnt sich in jedem Fall mehrere Angebote einzuholen oder einen Versicherungsmakler zu beauftragen.

*Private Krankenversicherung*

*Private Zusatzversicherungen*

*Unfallversicherung*

*Reisekrankenversicherung*

*Berufsunfähigkeitsversicherung*

*Rentenversicherung*

*Risikolebensversicherung*

## **Sterbegeld- versicherung**

Eine **Sterbegeldversicherung** kann ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden. So kann man seine Angehörigen davor schützen, die Kosten seiner Beerdigung übernehmen zu müssen. Es sollte aber unbedingt darauf geachtet werden, in welcher Relation die eingezahlten Beiträge zur Versicherungssumme stehen. Bei einer langen Laufzeit ist eine solche Versicherung meist nicht sinnvoll.

Grundsätzlich sollte man gegenüber Versicherungen mit der Information einer Infektion eher vorsichtig umgehen, da die Gefahr besteht, dass man auf einer „schwarzen Liste“ landet und die Information weiter gestreut wird als einem lieb ist. Eine unabhängige Beratung ist also noch wichtiger als bei gesunden Menschen. Neutrale Beratung erhält man z. B. bei der Deutsche Aidshilfe, Kontaktmöglichkeiten unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > *Beratung*.

### **Praxistipps!**

- Einen guten Überblick und Ersteinstieg zum Thema gibt die Deutsche Aidshilfe unter [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) > *Themen* > *Leben mit HIV* > *HIV 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.

### Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt):

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

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

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden. Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

### Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Betroffene also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

### **Verbandmittel**

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

### **Heilmittel**

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

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

### **Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankheitsbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z. B. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, 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**

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

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

### **Haushaltshilfe**

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 81).

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

### **Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung**

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

### **Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation**

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

### **Fahrtkosten**

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

## Zuzahlungsbefreiung

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 insbesondere 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.

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

### Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- 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
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedenen-geschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

### Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.733 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.822 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.812 €.

*Berechnung der  
Bruttoeinkommens*

*Freibetrag*

## **Einnahmen zum Lebensunterhalt**

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

Was zu den „**Einnahmen zum Lebensunterhalt**“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) > *Themen > Leistungen > Zuzahlungen* heruntergeladen werden.

### **Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:**

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- 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
- Altersrenten
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d. h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

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

**Ausnahme:** Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die 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.

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der o. g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

#### Berechnungsbeispiel

*Ehepaar mit 2 Kindern:*

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

**minus** Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €

**minus** Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)

**ergibt:** 8.643 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 172,86 €

*Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.*

**Belastungsgrenze  
bei Empfängern von  
Sozialleistungen**

**Zuzahlungsbefreiung  
und Rückerstattung**

### Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient 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 Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze überschreiten. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- 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.

## Sonderregelung für chronisch Kranke

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

### Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- **Schwerwiegend chronisch krank**  
Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:
  - Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
  - Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
  - Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Schmerzpatient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

**Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen:**

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

**Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte**

- mit schweren psychischen Erkrankungen
- mit schweren geistigen Behinderungen
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-**Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* (§ 62 SGB V) heruntergeladen werden.

*Richtlinie*



**Wer hilft weiter?**

Die zuständigen Krankenkassen.

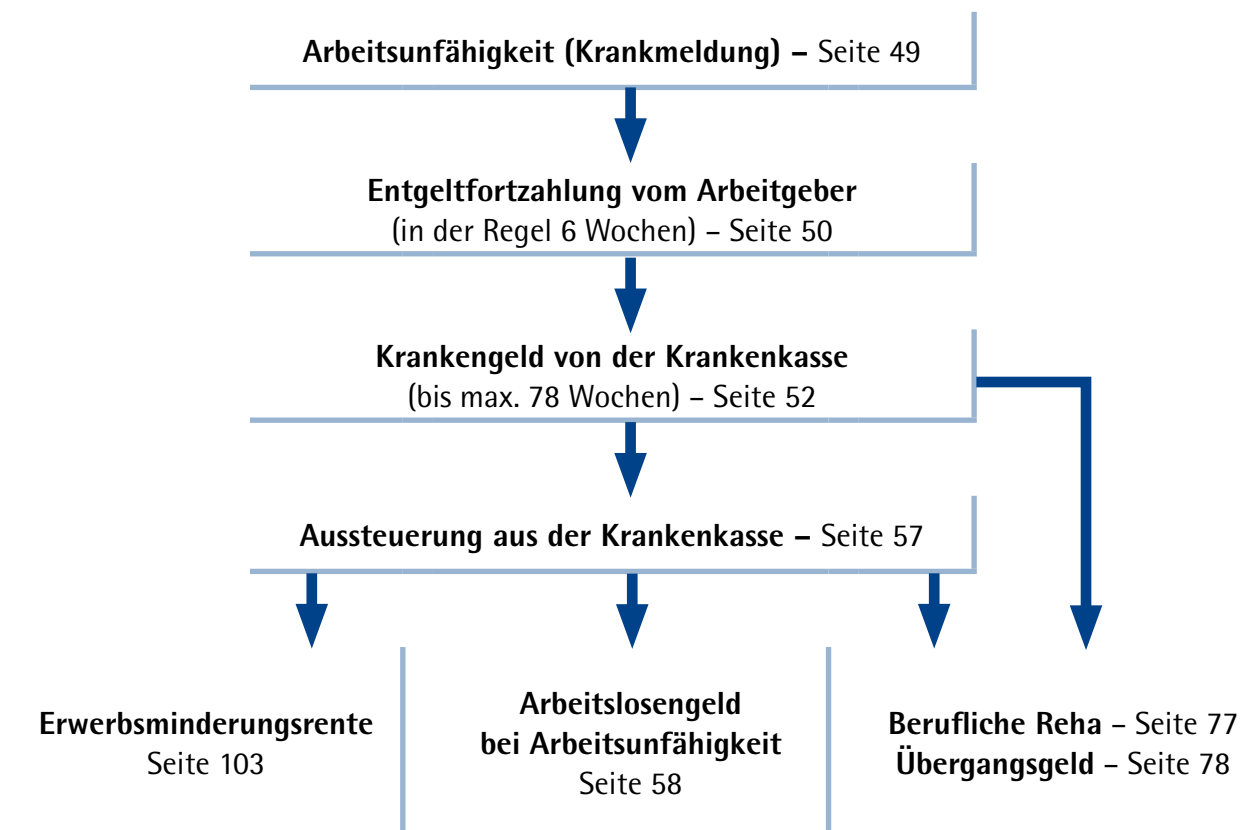




# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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.

## Überblick über Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit



## 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

#### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z. B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

### Pflichten des Arbeitnehmers

#### Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, bereits früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- 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 Krankheitsstand

Hat der Arbeitgeber **Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit** des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

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.

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld (siehe S. 52).

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

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

Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisher üblichen Arbeitsentgelts.

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

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



### Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der „**Hilfe zum Lebensunterhalt**“ (siehe S. 109) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen.

## Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht: 030 221911004.

## Krankengeld

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

### Voraussetzungen

#### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Versicherteneigenschaft 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 **nicht**.

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

### Kein Anspruch auf Krankengeld

#### Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u. a.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 78).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

**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.

Der **Anspruch auf Krankengeld** entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 50).



### 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.

### Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 109,38 € täglich.

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

Das Krankengeld wird nach einem Jahr Bezugsdauer an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Seit dem 01.07.2019 wird das Krankengeld dann um 2,93% erhöht. Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag nicht überschritten werden.

Krankengeld ist **steuerfrei** und fällt unter die sog. Lohnersatzleistungen. Jedoch unterliegen diese Leistungen dem Progressionsvorbehalt, d.h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

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 anderen Fällen, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, bei Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld festgelegt. Download des Rundschreibens unter [www.vdek.com](http://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 2020 ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen.

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

### Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld I 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 zusätzlich ein Abzug von 12,025% bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15% bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

#### Berechnungsbeispiel

*Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.*

#### Monatlich brutto 3.000 €

3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €  
davon 70% = 70 €

#### Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €  
davon 90% = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025%  
(Krankengeldempfänger mit Kind) = **47,51 €**

**Der Patient erhält somit 47,51 € Krankengeld täglich.**

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 Krankheitschübe bewirkt.

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

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

## Ruhen des Anspruchs

### Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (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, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld I, 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.

## Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Rehabedarf 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. 103) 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. 58).

### **Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:**

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

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tage 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.

### **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.

*Ausschluss des Krankengeldes*

*Kürzung des Krankengeldes*

**Aussteuerung:  
Ende des Krankengeldes durch Höchst-  
bezugsdauer**

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und liegt noch immer eine Arbeitsunfähigkeit, 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.

**Leistungs-  
beschränkungen**

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern, z. B. wenn die Arbeitsunfähigkeit durch ein vorsätzliches Vergehen verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

 **Wer hilft weiter?**

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

## Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Betroffene aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z. B. der Erwerbsminderungsrente.

Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht. Wenn ein Empfänger von Arbeitslosengeld krank wird, besteht sein Anspruch bis zu 6 Wochen lang fort.

### Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen 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 stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 103), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 77) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 64) beantragt. 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.

Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten zur Erfüllung der Anwartschaftszeit sowie einer möglichen verkürzten Anwartschaftszeit, d. h. dass unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld schon ab einem Versicherungspflichtverhältnis von 6 Monaten bestehen kann, informiert die Agentur für Arbeit.

### Voraussetzungen

### **Dauer**

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens jedoch 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 hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeldes **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 78) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



### **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 I 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:**

- **Medizinische Reha-Leistungen**

Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z. B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 72) und die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 75).

- **Berufliche Reha-Leistungen**

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.

- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe**

Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld (siehe S. 78), Haushaltshilfe (siehe S. 81), 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.

- **Soziale Reha-Leistungen**

Zu den sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. 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 hin- und herschieben.

**Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:**

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
  - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und diese durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
  - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Berufliche Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur 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.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe S. 63). 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.

Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 01.01.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. Teilhabeplanverfahren eingeleitet.

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

Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. 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**

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein ausreichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Falle einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

#### **Zuständigkeits- klärung**

### Praxistipp!

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

## Medizinische Rehabilitation

Die Medizinischen Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Eine Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

### Voraussetzungen

Es gibt je nach Kostenträger unterschiedliche **Voraussetzungen**, die bei einer Medizinischen Reha erfüllt sein müssen.

### 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.

### Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

**Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden oder  
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden oder  
der Arbeitsplatz kann erhalten werden.



**Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:**

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

**Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha nicht:**

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit.  
Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit **während** der Medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d. h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z. B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland.  
**Ausnahme:** Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

**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 werden wohnortnah durchgeführt. 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.

### Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

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

### Voraussetzungen

#### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten einfache Wegezeit.

### Dauer

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

## Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha („Kur“) wohnt der Betroffene für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort behandelt.

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

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. 81) 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 die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können pflegende Angehörige seit 01.01.2019 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.

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

*Voraussetzungen*

*Dauer*

## **Kostenträger Krankenkasse**

### **Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer Medizinischen Reha**

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht.
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt.
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner.
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Reha medizinisch notwendig ist.
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z. B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch sinnvoll, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der Medizinische Dienst (MD) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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

## **Kostenträger Rentenversicherung**

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die **Rentenversicherung** der **Kostenträger** der Medizinische Reha.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert werden.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund kann das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen heruntergeladen oder online ausgefüllt werden. Sie finden es unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Der Patient muss die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen, der Arzt das Formular „G1204 – Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“.

### Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur **Wahl der Reha-Klinik**.

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung 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 nachvollziehbar begründen kann. 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 endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Betroffene die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u. a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.

### Praxistipp!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) oder [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht*.

## Wahl der Reha-Einrichtung

## 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. 50
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 52
- Verletztengeld von der Unfallversicherung
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 78

### 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. 41.

### Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

### Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung.
- Bei ambulanten Reha-Leistungen.
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen.
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- Bei Beruflichen Reha-Leistungen.
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € liegt.

### Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2020 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275,00 €	Keine
ab 1.275,00 €	5 €
ab 1.401,40 €	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911,00 €	10 €

Unter Umständen kann eine **Befreiung** von der Zuzahlungspflicht beantragt werden (z. B. Menschen mit geringem Einkommen). PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Suchbegriff: „G0160“.

*Antrag auf  
Zuzahlungsbefreiung*



### **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](http://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](http://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 Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter [www.ansprechstellen.de](http://www.ansprechstellen.de) eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

## 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.

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

**Voraussetzungen** Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden.

Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.



**AHB-Indikationsgruppen sind:**

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

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

Es gelten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Reha, siehe S. 64.



**Praxistipps!**

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung möglich.
- Bei einem krebserkrankten Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.

*Besonderheit:  
Onkologische  
Reha-Leistung*

- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht kein grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Da die AHB eine Leistung zur Medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 64).

Ist bei einer malignen Geschwulst- und Systemerkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen 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 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, Unfallversicherungsträger, Sozialamt und die Sozialberatung des Krankenhauses.

## Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Diese Prüfung erfolgt jedoch nicht, wenn nachteilige gesundheitliche Folgen für den Versicherten entstehen würden oder der Genesungsprozess durch eine Stufenweise Wiedereingliederung verzögert werden würde.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden.

Die Stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation. Findet sie 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**. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

**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 vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

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 teilweisen oder vollen 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.

**Kostenträger**

**Voraussetzungen**

### **Dauer**

Die **Dauer** der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

### **Wieder- eingliederungsplan**

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der von einem Arzt (ggf. auch von Sozialberatern) in Absprache mit dem Patienten und dem Betriebsarzt am Arbeitsplatz erstellt wird. Dabei werden die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung geregelt.

#### **Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:**

- Abfolge und Dauer der Stufen  
(z. B. langsame Steigerung der Stundenzahl über mehrere Wochen)
- Tätigkeiten und Belastungen, die zunächst vermieden werden sollen  
(z. B. schweres Heben)
- Arbeitsplatzbedingungen, die berücksichtigt oder angepasst werden müssen  
(z. B. Erforderlichkeit von Hilfsmitteln)

### **Finanzielle Sicherung**

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d. h.: Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, Verletzten-geld vom Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft) oder Arbeitslosen-geld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses ange-rechnet 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 Stufen-weise Wiedereingliederung scheitern sollte.



#### **Praxistipps!**

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



## Wer hilft weiter?

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

**Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, welche die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern:**

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten
- Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen
- Zuschüsse an Arbeitgeber sowie
- die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen im Zusammenhang stehen, z. B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger.

**Es gibt mehrere Arten von Beruflichen Reha-Leistungen, u. a.:**

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme (z. B. Arbeitsassistenz, Fahrtkostenbeihilfe, Gründungszuschuss)
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- Übernahme weiterer Kosten (z. B. Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte, Lehrgangskosten)
- Zuschüsse an den Arbeitgeber (z. B. Eingliederungszuschuss, Zuschüsse für Arbeitshilfen)

Im Rahmen der Beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z. B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

*Umfang*

### **Dauer**

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

### **Soziale Sicherung**

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



#### **Wer hilft weiter?**

- Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > *Kontakt*.
- Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der unabhängigen Teilhabeberatung nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z. B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen. Näheres unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

## **Übergangsgeld**

Das Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von Patienten mit HIV oder AIDS während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht (mehr) besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

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

### **Voraussetzungen der Rentenversicherung**

#### **Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld**

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Prävention.
- bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

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

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

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

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

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

**Die Vorbeschäftigungszeit nicht erfüllen müssen:**

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

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

**Das Übergangsgeld beträgt davon:**

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

**Voraussetzungen der  
Agentur für Arbeit**

**Höhe**

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

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65 % des tariflichen bzw. ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z. B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz der Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Berufliche Reha-Leistungen **vermindert** sich das Übergangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

#### Anrechnung

##### **Auf das Übergangsgeld werden z. B. angerechnet:**

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u. a.

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

#### Dauer

##### **Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld:**

- Für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- Bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha maximal 6 Wochen.
- Nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- Nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- Während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.



##### **Wer hilft weiter?**

Individuelle Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit.



## Reha-Sport und Funktionstraining

Patientinnen mit Brustkrebs hilft gezielte Bewegung durch Reha-Sport und Funktionstraining, insbesondere nach der Entfernung von einem oder mehreren Lymphknoten.

Als **Reha-Sport** gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Reha-Sport findet immer in Gruppen zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppenspezifische Effekte und Selbsthilfe.

**Funktionstraining** wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physio- oder Sporttherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer Organ-orientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

**Reha-Sport oder Funktionstraining wird als Ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen übernommen:**

- **Ärztliche Verordnung:**
  - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben.
  - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist.
  - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten.
  - Empfehlung zur Auswahl der geeigneten Sportart.
- Durchführung in Gruppen.
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung.

Die **Antragstellung** erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich.

Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. Abschlussbericht auszusprechen und der weiterbehandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss dann innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

### Voraussetzungen

### Antrag

### Kostenträger

## **Dauer**

### **Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert**

- über die **Rentenversicherung** in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- über die gesetzlichen **Krankenversicherung**
  - **Reha-Sport**: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
  - **Funktionstraining**: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



### **Wer hilft weiter?**

Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

## **Haushaltshilfe**

**Nimmt eine Patientin, die zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären RehaMaßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.**

Für Mütter mit Brustkrebs ist es wichtig, sich während einer Reha auf die Therapien konzentrieren zu können und sich nicht zusätzlich Sorgen um die Haushaltsführung und Kinderbetreuung machen zu müssen.

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

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung und
  - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
  - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung. **Wichtig** ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind (z. B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können unvermeidbare Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

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

### Praxistipps!

- Sie können sich bei Ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf ambulante Familienpflege gestellt werden.

### Leistungsumfang

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

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

Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstauffalls geben.

**Ausnahmsweise** können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung.

### Zuzahlung

Die **Zuzahlung** für eine Haushaltshilfe beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze ist möglich (siehe S. 43).

### Wer hilft weiter?

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

# Behinderung

Aus einer HIV-Infektion und dem weiteren Verlauf kann sich eine (Schwer-)Behinderung entwickeln. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. Nachteilsausgleiche.

## Definition Behinderung

*Eine Behinderung liegt vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, können Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.*

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

*Eine Beeinträchtigung 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.“*

**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.

*Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.*

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

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

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

## Gleichstellung

## Grad der Behinderung

Patienten mit HIV und AIDS kann vom Versorgungsamt einen Grad der Behinderung (GdB) zuerkannt werden. Er richtet sich in der Regel nach der Grunderkrankung und beziffert die Schwere der Behinderungen.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätze**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des **Grads der Behinderung (GdB)** bzw. **Grads der Schädigungsfolgen (GdS)**. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

GdB und GdS sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Der GdS bezieht sich lediglich auf die Schädigungsfolgen einer Beeinträchtigung; der GdB bezieht sich unabhängig von der Ursache auf alle Gesundheitsstörungen. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

**Bei HIV und AIDS gibt es folgende Richtwerte:**

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

Die Angaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bieten aber nur einen Orientierungsrahmen. Entscheidend ist immer eine **individuelle Gesamtsicht** aller Beeinträchtigungen. Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte nicht zusammengerechnet, sondern es werden die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein GdB/GdS festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

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

## Schwerbehindertenausweis

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

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

**Antrag**

### Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. 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. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres 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** zugesendet.

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

**Gültigkeitsdauer**

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt 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 nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen wird der Ausweis maximal bis zum Ablauf der Gültigkeit des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung ausgestellt.

## 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 Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

### Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden
- Ein ausführlicher Ratgeber zum Thema Behinderung kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 221911006.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.



# Pflege

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

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



## Praxistipp!

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

### Definition „Pflegebedürftigkeit“:

*Pflegebedürftig 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 Belastungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.*

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

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

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

**Antrags- und Begutachtungsverfahren**

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 91). Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, wie zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln, oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft diese den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

### **Bearbeitungsfrist**

Die Pflegekasse muss innerhalb einer bestimmten **Frist** über den Leistungsanspruch entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit.

#### **Sie beträgt**

- 25 Arbeitstage, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.

#### **Praxistipps!**

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

Bei der Begutachtung dient der **Grad der Selbstständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit.

**Grad der Selbstständigkeit**

Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Module und Beispiele	Gewichtung
<b>1. Mobilität</b> Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen	10%
<b>2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b> Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15%  <i>Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.</i>
<b>3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b> Gegen sich selbst gerichtetes aggressives und selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	
<b>4. Selbstversorgung</b> Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40%
<b>5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b> Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20%
<b>6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</b> Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15%
<b>7. Außerhäusliche Aktivitäten</b> Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	Die Module 7 und 8 dienen der <b>Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs</b> und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.
<b>8. Haushaltsführung</b> Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

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

### Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:**

Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.

- **Überwiegend selbstständig:**

Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

- **Überwiegend unselbstständig:**

Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.

- **Unselbstständig:**

Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

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

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



#### **Praxistipp!**

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

## Pflegegrade

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

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

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

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

### Widerspruch

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim Medizinischen Dienst (MD) angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

### Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z. B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z. B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.

- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt nur noch eine **Klage beim Sozialgericht**.



#### **Praxistipp!**

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuch kann unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

## Pflegeleistungen

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

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 erforderlichen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfen sicherstellen, z. B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

- **Pflegesachleistung**

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

- **Kombinationsleistung**

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

- **Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt) für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag 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.

- **Pflegeberatung und -kurse**

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

*Leistungen bei häuslicher Pflege*

- **Entlastungsbetrag**

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbeitrag 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 (z. B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst).

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Zudem können Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden, allerdings gilt dies für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht für den Bereich der Selbstversorgung (Modul 4).

- **Pflegehilfsmittel**

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

- **Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

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 Treppenliftes 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 haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.



- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei häuslicher Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Pflegegeld</b> monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
<b>Pflegesachleistungen</b> monatlich	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
<b>Ersatzpflege</b> (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige*	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

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

**Leistungen bei  
teilstationärer Pflege  
(Tages- oder  
Nachtpflege)**

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf **teilstationäre Pflege**. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird.

Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige in der Regel selbst tragen.

**Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)**

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege</b> monatlich	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

**Leistungen bei  
stationärer Pflege**

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

**Leistungen bei stationärer Pflege**

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Kurzzeitpflege</b> (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalender- jahr)	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
<b>Vollstationäre Pflege</b> monatlich	Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Regel selbst bezahlen. Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist für alle Pflegegrade gleich hoch.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bisher bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



### Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter [www.betaCare.de/ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.
- Eine übersichtliche Tabelle mit den wichtigsten Leistungen der Pflegeversicherung auf einen Blick kann unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Leistungen* > *Pflegeleistungen* > *Tabelle Pflegeleistungen* heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19. Dezember 2019 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

## Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

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 pro Woche, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.

- Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person.
- Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d. h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z. B. eine Medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 64).
- Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der Häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.
- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit, siehe S. 101) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
- Seit dem 01.07.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert 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.

#### • Krankenversicherung

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht.

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Grundsicherung oder Sozialhilfe ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z. B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegenden, 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. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

### 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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.
- Das Bundesministerium für Familie, Frauen und Senioren bietet unter [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de) weiterführende Informationen für pflegende Angehörige.

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.

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.

**Kurzfristige  
Arbeitsverhinderung  
und Pflege-  
unterstützungsgeld**

**Pflegezeit und  
Familienpflegezeit**

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](http://www.bafza.de) > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.
- Nähere Informationen zur Pflegezeit findet man unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Pflegezeit“*.

# 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 man 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. 103).

Bekommt man 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. 109).

## 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. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist die Unfallversicherung zuständig.

Die nachfolgenden **Voraussetzungen** gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren oder
  - volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre oder
  - Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d. h. Anspruch haben z. B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, und
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z. B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

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

### Voraussetzungen

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

## 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.
- Als **voll erwerbsgemindert** gelten auch
  - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
  - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

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

## Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

## Befristung

**Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.**

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

## Höhe

Die **Höhe** der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor. 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.



Eine **Neuregelung** verbessert seit 01.01.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

### **Praxistipps!**

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 106) beantragt werden.
- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfzuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

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.

### *Selbstständigkeit*

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

### *Hinzuverdienst*

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 berechnet.

### **Praxistipps!**

- Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z. B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie ggf. von der Rentenversicherung befragt werden können.

- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.

### Wer hilft weiter?

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

## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen wird auf die Grundsicherung angerechnet. Grundsicherung muss beantragt werden und ist gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt vorrangig.

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

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

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

**Höhe**

Anspruchsberechtigte Personen	Betrag der Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	432 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 389 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 345 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 328 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 308 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 250 €

**Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:**

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

**Leistungen**

**Angerechnet werden**

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

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

**Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

## **Dauer**

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

### **Erstbewilligung und Änderung:**

Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



### **Praxistipps!**

- Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit 01.07.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.



### **Wer hilft weiter?**

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, 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 können.

Wenn ein Patient mit HIV nicht in der Lage ist zu arbeiten, nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen hat, die ihn unterstützen, kann er Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Dadurch erhält er ausreichend Geld für essentielle Dinge wie Unterkunft, Lebensmittel und Kleidung. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z. B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 106).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.



### Praxistipp!

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.



# 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

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

Eine **Vorsorgevollmacht** sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

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

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

*Vorsorgevollmacht*

*Betreuungsverfügung*

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

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

## **Patientenverfügung**

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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

### **Praxistipp!**

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen sowie die einzelnen Vordrucke zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter [www.betacare.de/ratgeber.html](http://www.betacare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.

### **Wer hilft weiter?**

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



# Adressen

---

## **Deutsche Aidshilfe e.V.**

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
Telefon 030 690087-0  
Telefonberatung: 0180 3319411  
(Mo–Fr von 9–21 Uhr, Sa und So von 12–14 Uhr)  
Fax 030 690087-42  
E-Mail: [dah@aidshilfe.de](mailto:dah@aidshilfe.de)  
[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

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

- HIV & Migration: [www.hiv-migration.de](http://www.hiv-migration.de)
- PositHiv & Hetero: [www.hetero.aidshilfe.de](http://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](http://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](mailto:daig@daignet.de)  
[www.daignet.de](http://www.daignet.de)

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Maarweg 149-161, 50825 Köln  
Telefon 0221 8992-0  
Fax 0221 8992-300  
E-Mail: [poststelle@bzga.de](mailto:poststelle@bzga.de)  
[www.liebesleben.de](http://www.liebesleben.de)

## **Nakos – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen**

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin  
Telefon 030 310189-800  
Fax 030 310189-70  
E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de)  
[www.nakos.de](http://www.nakos.de)

**Projekt Lifeboat Deutschland**

Internationales Medienprojekt über Mutterschaft mit HIV

Odenwaldstraße 72, 51105 Köln-Gremberg

Telefon 0221 340804-0

Fax 0221 340804-1

E-Mail: [info@projekt-lifeboat.de](mailto:info@projekt-lifeboat.de)

[www.projekt-lifeboat.de](http://www.projekt-lifeboat.de)

**Netzwerk Frauen & Aids**

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH

Odenwaldstraße 72, 51105 Köln

Telefon 0221 3408040

E-Mail: [info@stiftung-gssg.org](mailto:info@stiftung-gssg.org)

[www.netzwerkfrauenundaids.de](http://www.netzwerkfrauenundaids.de)

**Projekt Information e.V.**

Betroffene informieren Betroffene

Lietzenburger Straße 7, 10789 Berlin

Telefon 030 63968897

Fax 030 37446939

E-Mail: [info@projektinfo.de](mailto:info@projektinfo.de)

[www.projektinfo.de](http://www.projektinfo.de)

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktion

**beta Institut** gemeinnützige GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
info@beta-institut.de  
www.beta-institut.de  
Leitende Redakteurin: Jutta Meier  
Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Ruth Fries, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

### Layout und Satz

Manuela Mahl

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

### Alle Rechte vorbehalten

© 2020

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.

# Gesundheit ist unser Ziel!

[www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)



## betaCare-Ratgeber

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

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

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

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

Aktuell sind folgende Ratgeber unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) erhältlich:

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychose & Soziales
- Schmerz & Soziales

## Sozialrechtliche Informationen auch online – [www.betanet.de](http://www.betanet.de)

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

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm