

HIV/AIDS & Soziales



betaCare

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 Betroffene, 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 können diese beantragt werden? Wem muss ich über die Infektion Auskunft geben? 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**.*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter **www.betapharm.de**.*

Inhalt

Vorwort	2
HIV und AIDS	5
Übertragung, Ansteckungsrisiko	5
Symptome und Verlauf	9
HIV	9
AIDS	10
Prävention	13
Safer Sex	13
Safer Use	14
Medikamentöse Prävention (PEP und PrEP)	14
HIV-Tests	17
HIV-Labortest	17
Schnelltest	18
PCR-Test	19
Therapie	21
Antiretrovirale Therapie (ART)	21
Therapiebeginn	25
Konsequente Medikamenteneinnahme	25
Neben- und Wechselwirkungen	26
Psychotherapie	28
HIV und Datenschutz	29
Mitteilungspflicht	31
Schweigepflicht	31
Leben mit HIV	33
Umfeld	33
Partnerschaft und Familie	34
Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt	35
Gesund leben	36
Reisen	37
Erwerbstätigkeit mit HIV	38
Versicherungen	40
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	43
Zuzahlungsregelungen	43
Zuzahlungsbefreiung	46
Sonderregelung für chronisch Kranke	48

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	51
Entgeltfortzahlung	51
Krankengeld	54
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	60
Rehabilitation	63
Allgemeines zur Reha	63
Medizinische Rehabilitation	67
Anschlussheilrehabilitation	70
Reha-Sport und Funktionstraining	70
Stufenweise Wiedereingliederung	71
Berufliche Reha - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	73
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	74
Behinderung	75
Grad der Behinderung	76
Schwerbehindertenausweis	78
Nachteilsausgleiche	80
Pflege	81
Pflegebedürftigkeit	81
Leistungen bei häuslicher Pflege	83
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	85
Leistungen für pflegende Angehörige	87
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	89
Hilfe zur Pflege vom Sozialamt	90
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	91
Erwerbsminderungsrente	91
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	93
Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit	95
Hilfe zum Lebensunterhalt	96
Patientenvorsorge	97
Vorsorgevollmacht	97
Betreuungsverfügung	98
Patientenverfügung	99
Adressen	101
Anhang	103
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung	104
Impressum	107

HIV und AIDS

HIV ist eine unheilbare Virus-Infektion, die das Immunsystem befällt und dadurch zu einer zunehmenden Schwächung der Immunabwehr führt. In den Frühstadien zeigen sich bei schleichendem Beginn zunächst wenige Symptome.

Bei längerem Verlauf und zunehmender Immunschwäche kann der Körper eindringende Krankheitserreger oder entartete Körperzellen nicht mehr richtig bekämpfen und es kommt zum Teil zu lebensbedrohlichen Erkrankungen (z. B. Pilzinfektionen oder Lungenentzündungen, die normalerweise beherrschbar wären). Bricht das Immunsystem vollständig zusammen, liegt AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), das Spätstadium der HIV-Infektion vor.

Übertragung, Ansteckungsrisiko

HIV wird nur durch direkten Kontakt von bestimmten Körperflüssigkeiten übertragen, die eine große Virusmenge enthalten.

Die Hauptübertragungswege der HI-Viren sind:

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

Das Übertragungsrisiko wird erhöht,

- wenn sexuell übertragbare Krankheiten oder Verletzungen vorliegen, weil dann die HI-Viren leichter eindringen können.
- wenn HIV-Infizierte eine hohe Viruslast haben, 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- und Vaginalschleimhaut eine hohe Anzahl an Viren enthalten können.

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

Übertragung beim Drogenkonsum

Bei der gemeinsamen Benutzung von Spritzen und Nadeln beim Drogenkonsum ist die die Ansteckungsgefahr sehr hoch, denn das Virus kann in feuchten 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. Eine Ansteckung mit 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 und Hepatitis C kann gut behandelt werden.

Therapie minimiert Ansteckungsgefahr

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

Keine Ansteckungsgefahr

Nicht übertragen werden kann HIV in Flüssigkeiten, die nur geringe Mengen der HI-Viren enthalten, z. B. Tränen, Schweiß, Speichel, Nahrungsmittel oder Trinkwasser.

Das heißt eine Übertragung ist nicht möglich durch:

- Körperkontakt wie Küssen, Händedruck, Umarmen, Streicheln
- Tröpfchenübertragung, z. B. beim Anhusten oder Anniesen
- Gemeinsame Benutzung von Toiletten, Handtüchern und Geschirr
- Gemeinsames schwimmen oder baden
- Zusammenarbeiten und -wohnen mit HIV-infizierten Menschen
- Erste-Hilfe-Leistungen, sofern die hygienischen Vorschriften (z. B. Handschuhe) eingehalten werden
- 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.

A conceptual image featuring a white puzzle piece with a blue outline, standing upright. The word "Symptome" is written in blue, italicized font on the piece. The piece is set against a background of other puzzle pieces, some of which are slightly out of focus. The overall color palette is light blue and white.

Symptome

Verlauf

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.

Eine gut verständliche Information zu HIV-2 findet sich unter:
www.hivandmore.de > HIV[&]more-Archiv > Ausgabe 3 - September 2017 > HIV-2: Selten und anders, aber nicht harmlos.

Die Infektion mit HIV verläuft in mehreren Phasen:

1. Akute Infektion

Das HI-Virus greift das Immunsystem durch Eindringen in bestimmte Immunabwehrzellen an, die sog. T-Helferzellen oder CD4-Zellen. Das Virus veranlasst durch ein spezielles Enzym („Reverse Transkriptase“) eine Umschreibung und Eingliederung seines Erbguts (RNA) in das Erbgut der menschlichen Wirtszelle (DNA) und regt dadurch die Zelle zur Produktion von Virus-Erbgut und letztlich zur Vermehrung der HI-Viren an. Die Helferzellen werden weniger und der Körper kann sich dann nicht mehr so gut gegen Infektionen wehren. Er bildet aber auch Antikörper, die sich im Blut nachweisen lassen.

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

2. HIV-Infektion ohne Symptome: Asymptomatische Latenzphase

Die HI-Virenzahl („Viruslast“) sinkt danach ab und das Virus lässt sich nur noch schwer nachweisen. Nachweisbar bleiben aber die Antikörper, anhand derer in der Regel HIV diagnostiziert wird, Näheres unter „HIV-Tests“ auf S. 17. Infizierte spüren in dieser Zeit in der Regel keine körperlichen Veränderungen. Allerdings vermehrt sich das HI-Virus weiter. T-Helferzellen werden zerstört, können vom Körper aber in ausreichender Anzahl nachgebildet werden. Diese symptomfreie (= asymptomatische) Latenzzeit kann einige Jahre dauern.

3. HIV-Infektion mit Symptomen

Der Körper ist nicht mehr in der Lage, genügend T-Helferzellen zu bilden, sodass die Abwehrkräfte geschwächt sind und es vermehrt zu Erkrankungen kommt. Die Betroffenen entwickeln unspezifische Beschwerden, d. h. es handelt sich um Beschwerden, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten können. Typisch sind z. B. ein schlechtes Allgemeinbefinden, Veränderungen der Haut und der Schleimhäute, lang anhaltende Lymphknotenschwellungen oder Magen-Darm-Probleme. Die Symptome sowie ihre Häufigkeit und Ausprägung sind individuell stark unterschiedlich.

AIDS

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

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

Zudem können bestimmte Krankheiten neu auftreten. Typisch für AIDS sind Krebsarten, die durch Viren bedingt sind, z. B. das Kaposi-Sarkom (Krebsart an den Schleimhäuten) und das B-Zell-Lymphom (Krebsart der Lymphzellen), oder eine akute Tuberkulose. Diese Krankheiten, die opportunistischen Infektionen und ein Gewichtsverlust über 10% ohne erkennbare Ursache (Wasting-Syndrom), zählen zu den sog. AIDS-definierenden Erkrankungen. Auch wenn die Helferzellen auf weniger als 200 pro Mikroliter Blut absinken, spricht man von AIDS.

HIV-Co-Infektionen

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

Besonders gefährlich ist Hepatitis (Leberentzündung), insbesondere wenn sie durch Viren hervorgerufen wird. Es gibt harmlosere und gefährlichere Arten. Hepatitis B und C können vor allem bei Menschen mit Immunstörungen, also auch bei HIV-Betroffenen, schwere Verläufe nehmen.

Gegen Hepatitis A und B gibt es Schutzimpfungen, die HIV-Positive möglichst in Anspruch nehmen sollten.

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

Neben Betroffenen können auch Partner und Angehörige die Beratung nutzen. Bei Bedarf werden die Kontaktdaten lokaler AIDS-Hilfen und bundesweiter Beratungsprojekte zu medizinischen Fragen vermittelt.

 Wer hilft weiter?



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. Außerdem gelten HIV-Infizierte mit einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie (ART) als nicht mehr ansteckend.

Safer Sex

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

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

- Erfolgreiche antiretrovirale Therapie (ART, siehe S. 21).
- Beim Geschlechtsverkehr Kondome oder Femidome (Kondome für die Frau) benutzen.
- PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe): vorbeugende HIV-Medikamente, siehe „Medikamentöse Prävention (PEP und PrEP)“ auf S. 14.

Sofortmaßnahmen nach ungeschütztem Sex

Sollte es zum ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person 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 sind die Innenseite der Vorhaut und die Eichel vorsichtig (ohne Druck auf die Schleimhaut) zu reinigen.
- Wenn Samenflüssigkeit in den Mund gelangt ist, sollte diese sofort ausgespuckt und der Mund mit Wasser etwa vier- bis fünfmal kurz nachgespült werden. Wenn Sperma ins Auge gelangt, sollten die Augen ebenfalls mit Wasser ausgespült werden.
- Es sollt **keine** Scheiden- oder Darmspülung durchgeführt werden, denn das begünstigt die Aufnahme von HIV in den Körper.

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

Safer Use

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

Beim Drogenkonsum verhindert die Benutzung von eigenem, sterilem Spritzenbesteck unter möglichst hygienischen Bedingungen eine HIV-Ansteckung, denn beim Spritzen ist die Gefahr einer Übertragung von Krankheitserregern sehr hoch. Aber auch beim Schnupfen (Sniefen) besteht ein Infektionsrisiko, weshalb Menschen, die Drogen durch die Nase einnehmen, immer ihr eigenes Röhrchen verwenden sollten.

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

Praxistipps!



- Die Deutsche Aidshilfe hat in der Broschüre „Safer Use“ die wichtigsten Informationen zur Reduzierung der Ansteckungsrisiken beim Drogengebrauch zusammengefasst. Download unter www.aidshilfe.de > Service > Material bestellen > Suchbegriff: „Safer Use“.
- In einigen Städten gibt es auch Einrichtungen und Spritzenautomaten, wo Sie günstiges steriles Spritzenbesteck bekommen. Standorte für Spritzenautomaten finden Sie unter www.spritzenautomaten.de.

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.

PEP ist die Abkürzung für Postexpositionsprophylaxe, also Vorbeugung nach dem Viruskontakt. Mit einer PEP kann verhindert werden, dass sich das HI-Virus im Körper festsetzt. Dazu werden 4 Wochen Medikamente der HIV-Therapie eingenommen. Die Medikamente müssen so schnell wie möglich verabreicht werden, am besten bereits innerhalb der ersten 2 Stunden, spätestens nach 48 Stunden. Es ist umstritten, ob eine PEP nach 72 Stunden noch wirksam sein kann.

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

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

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

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

Detaillierte Informationen und einen Link zu Kliniken, die eine PEP anbieten, findet man bei der Deutschen Aidshilfe unter: www.aidshilfe.de > Themen > Safer-Sex-Unfall / PEP.

 Wer hilft weiter?

PrEP

PrEP ist die Abkürzung für Prä-Expositions-Prophylaxe (Vorbeugung vor einem Risikokontakt). Hier kann ein HIV-negativer Mensch präventiv Medikamente der HIV-Therapie einnehmen, um sich vor einer Infektion zu schützen.

Die Medikamente reichern sich dann u.a. in den Zellen der Schleimhäute an und verhindern, dass eindringende HI-Viren sich vermehren.

Die korrekte Einnahme der PrEP ist unabdingbar für einen zuverlässigen Schutz. Die Medikamente werden entweder täglich oder vor und nach einem sexuellen Kontakt („anlassbezogen“) eingenommen. Für Menschen, die regelmäßig Sex haben, empfiehlt sich eine dauerhafte PrEP mit täglicher Einnahme.

Weiterführende Informationen unter: www.aidshilfe.de > Themen > HIV-PrEP > Einnahmeschema.

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

In Deutschland werden PrEP-Medikamente seit dem 01.09.2019 unter folgenden Voraussetzungen von der Krankenkasse bezahlt:

- Bei Versicherten ab dem 16. Geburtstag.
- Es besteht ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV zu infizieren.

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

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

Ist das Präparat nicht von der Zuzahlung befreit, müssen in der Regel folgende Zuzahlungen geleistet werden: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels, Näheres zu Zuzahlungen ab S. 43.

Wer hilft weiter? 

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

Praxistipp! 

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

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

HIV-Tests

Es gibt mehrere Testverfahren, die entweder nach HIV-Antikörpern im Blut oder direkt nach dem HI-Virus oder einem Bestandteil von HIV (HIV-p24-Antigen) suchen.

Ein „positives Testergebnis“ liegt vor, wenn Viren oder Antikörper im Blut nachgewiesen werden und somit die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion besteht. Ein „negatives Testergebnis“ bedeutet, dass keine Infektion nachgewiesen werden konnte.

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

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

HIV-Labortest

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

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

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

Das heißt für die Aussagekraft des Tests:

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

Schnelltest

Beim Schnelltest wird ein Tropfen Blut aus der Fingerkuppe entnommen und in einen Testapparat gegeben. Das Ergebnis liegt schon nach wenigen Minuten vor. Eine HIV-Infektion kann etwa 3 Wochen nach einer Ansteckung nachgewiesen werden.

Da es beim Schnelltest aber zu einem falsch-positiven Ergebnis kommen kann, sollte nach einem positiven Ergebnis ein Labortest (siehe S. 17) gemacht werden. Ein negativer Schnelltest ist erst nach 12 Wochen aussagekräftig, da der Test nach Antikörpern sucht.

Selbsttest

Selbsttests (auch Heimtests genannt) sind Schnelltests, die zu Hause selbst durchgeführt werden. Sie können in Apotheken, Drogerien, bei der Deutschen Aidshilfe oder im Internet gekauft werden. **Wichtig** ist, dass der Test ein CE-Zeichen und eine deutschsprachige Gebrauchsanleitung hat. Das ist laut deutscher Aidshilfe z. B. bei den Selbsttests „Autotest VIH“, „INSTI“, „Simplitude ByMe“, „Exacto“ und „OraQuick HIV-Selbsttest“ der Fall. Sie kosten 20–50 €.

Auch beim HIV-Selbsttest 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. Aussagefähig sind Selbsttests erst 12 Wochen nach der möglichen Ansteckung.

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

Einsendetest

Beim Einsendetest handelt es sich um eine Sonderform des Selbsttests, der regelmäßig zuhause durchgeführt werden kann. Man bekommt ein Testkit, entnimmt zu Hause selbstständig die notwendige Probe, z. B. Blut aus der Fingerkuppe, gibt die Probe in das Testgerät und schickt es dann zur Untersuchung in ein Labor. Das Ergebnis kommt telefonisch oder per SMS. Im Unterschied zum obigen Selbsttest ist eine Beratung im Preis inklusive. Neben HIV werden auch weitere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) getestet, z. B. Syphilis oder Tripper.

Der Einsendetest kostet beim ersten Mal (Starterkit) 75 €, weitere Tests kosten 59 €. Menschen in finanziell schwierigen Situationen können den Einsendetest für 10 € bekommen, wenn im Sozialfonds genügend Geld ist. Davon profitieren Geflüchtete, Asylsuchende und Menschen, die ein geringes Einkommen haben oder Sozialleistungen bekommen, z. B. bei Bezug von Bürgergeld, Wohngeld oder BAföG.

Weitere Details unter <https://samhealth.de>.

Verantwortlich für das Projekt s.a.m health sind die Deutsche Aidshilfe, die Münchner Aids-Hilfe, das Labor Lademannbogen und ViV Healthcare.

PCR-Test

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

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

Der PCR-Test eignet sich jedoch nicht, um eine HIV-Infektion auszuschließen. Dafür sollten Labor- oder Schnelltests benutzt werden. Auch für Schwangere ist der Test kostenlos.

HIV-Tests können bei vielen Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfestellen Checkpoints und Präventionsprojekten anonym und meist kostenlos durchgeführt werden. Ein Test beim Arzt erfolgt namentlich und das Ergebnis wird in die Patientenakte eingetragen. Wenn es einen medizinischen Grund für den Test gibt, bezahlt ihn die Krankenkasse.

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

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

 Wer hilft weiter?



Therapie

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

Selbst nach einem Ausbruch von AIDS besteht mittlerweile die Chance, dass sich der Gesundheitszustand wieder verbessert.

96% der HIV-positiv diagnostizierten Menschen in Deutschland werden erfolgreich mit ART behandelt. ART ist eine Kombinationstherapie aus mehreren verschiedenartigen Medikamenten. Sie muss immer individuell an die HIV-Infizierten 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. 28) 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.

Für den Therapieerfolg und um Resistenzen zu verhindern, ist es enorm **wichtig**, dass die Therapie konsequent eingehalten wird. Resistenz bedeutet, dass Viren sich so verändern (= mutieren), dass sie gegen ein Medikament resistent werden, sprich: Das Medikament wirkt nicht mehr.

Kombinationstherapie gegen Resistenzen

Wenn nur 1 antiretrovirales Medikament eingenommen wird (Monotherapie), können sich resistente HI-Viren-Mutationen bilden. Um eine Resistenzbildung zu verhindern, werden in der ART mehrere Substanzen miteinander kombiniert. Diese greifen an verschiedenen Stellen des HIV-Lebenszyklus an oder haben einen unterschiedlichen Wirkmechanismus. Die HI-Viren können sich dann erst wieder wirksam vermehren, wenn sie gegen mehrere Wirkstoffe gleichzeitig resistent geworden sind. Für den Therapieerfolg und um Resistenzen zu verhindern, ist es enorm **wichtig**, dass die Therapie konsequent eingehalten wird.

Therapie gegen HIV-2

Die meisten antiretroviralen Medikamente wirken nachgewiesenermaßen nur gegen den HIV-Typ 1. Für eine Behandlung der in Deutschland sehr selten auftretenden Infektion mit HIV-2 sollte sich Betroffene an ausgewiesene HIV-Spezialärzte wenden.

Kontaktadressen können unter www.hivandmore.de > *Arztsuche* gefunden werden. Dort findet sich auch eine gut verständliche Information zu HIV-2 unter: www.hivandmore.de > *HIV&more-Archiv* > *Ausgabe 3 - September 2017* > *HIV-2: Selten und anders, aber nicht harmlos.*

Therapieziele

Die ART hat mehrere Ziele:

- Vermehrung der HI-Viren hemmen und damit die Viruslast im Blut senken
- Symptome der HIV-Infektion unterdrücken
- Krankheitsfortschritt verlangsamen, d. h. im besten Fall das Immunsystem wiederherstellen
- Zellimmunität wiederherstellen
- Entzündungen und Organschäden infolge der chronisch aktiven Immunabwehr reduzieren
- Ansteckungen verhindern
- Betroffenen eine normale Lebensdauer mit guter Lebensqualität ermöglichen

Therapieerfolg

Eine wirksame ART sollte die Viruslast auf unter 50, im Idealfall auf 0 bzw. unter die laborchemische Nachweisgrenze (unter 20 Virus-RNA-Kopien pro ml Blut) reduzieren. Die sog. Viruskonzentration sinkt anfangs schnell, dann langsamer. Der Zielwert „unter 50“ sollte nach 3 bis 4, maximal nach 6 Monaten erreicht werden. Wenn nur wenige HI-Viren aktiv sind, kann sich auch das Immunsystem wieder erholen und die Zahl der T-Helferzellen steigt an.

Bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze gelten HIV-Infizierte als nicht mehr ansteckend. Dennoch sollten auch HIV-Infizierte mit niedriger Viruslast die empfohlenen Schutzmaßnahmen, vor allem Safer Sex und Safer Use (siehe S. 13 und S. 14) einhalten, weil sie sich damit vor anderen Infektionen schützen.

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

Eine ART wirkt umso besser, je weniger Symptome bereits vorhanden sind.

Wichtig ist die kontinuierliche Einnahme, da eine Unterbrechung oder ein Abbruch der Therapie zu einem Anstieg der Viruslast führt bzw. Resistenzen durch den Umbau der Erbinformation fördert.

Bei späten Diagnosen, insbesondere wenn bereits AIDS ausgebrochen ist, sind die Prognosen deutlich schlechter. Aber auch AIDS lässt sich mit der anti-retroviralen Therapie behandeln und Symptome können wieder verschwinden.

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.

Medikamente der Kombinationstherapie

Bei einer ART werden 2 bis 4 verschiedene antiretrovirale Medikamente kombiniert. Das „I“ in den Abkürzungen steht immer für „Inhibitor“ = Hemmer. Die Medikamente werden in verschiedene Klassen unterteilt. Die meisten setzen an Enzymen an, die das HI-Virus nach und nach braucht, um sich zu vermehren.

Entry-Inhibitoren (Eintrittshemmer)

Diese Gruppe umfasst 4 unterschiedliche Gruppen bzw. Angriffsstellen, um das Eindringen des HI-Virus in die Zelle zu verhindern:

- Attachment-Inhibitoren verhindern, dass das HI-Virus überhaupt an der menschlichen Zielzelle andocken kann.
- Korezeptorantagonisten oder CCR5-Korezeptorblocker belegen eine für das Virus zusätzlich notwendige Andockstelle auf der Zielzelle.
- CD4-Blocker verhindern ein Andocken des HI-Virus an einem anderen Rezeptor.
- Fusionsinhibitoren (Verschmelzungshemmer) verhindern das Verschmelzen von Virus und Zielzelle.

Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (RTI)

Die Umwandlung der HIV-RNA (Erbsubstanz des HI-Virus) in DNA durch das Enzym Reverse Transkriptase ist ein für die Vermehrung des Virus notwendiger Schritt.

Hier wirken zwei Medikamentengruppen:

- Nukleosidanaloge/Nukleotidanaloge Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) sind „falsche“ Bausteine, die den natürlichen Zellbausteinen nachempfunden sind (Nukleosid-Analoga). Sie werden statt der „richtigen Bausteine“ in die neue DNA eingebaut und bewirken eine Unterbrechung der DNA-Kette. NRTI waren die ersten HIV-Medikamente.
- NNRTI (nicht-nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) sind synthetisch hergestellte Substanzen. Sie blockieren das Enzym Reverse Transkriptase direkt.

Integrase-Inhibitor (INI)

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

Protease-Inhibitoren (PI)

Das Enzym Protease ermöglicht den Bau neuer HI-Viren aus Protein-Bestandteilen. Proteasehemmer blockieren diesen Prozess, sodass nur ungefährliche Viruspartikel entstehen. Die Wirkung der Protease-Inhibitoren wird meist gesteigert („geboostert“) durch den Wirkstoff Ritonavir.

Kapsid-Inhibitor (Kapsid-Hemmer)

Neueste, 2022 in Europa zugelassene Medikamentengruppe. Kapsid schützt das Erbmaterial des HI-Virus. Der Kapsid-Inhibitor stört diesen Schutz, so dass die Virus-DNA nicht in die menschliche Zelle eingebaut werden kann.

Kombinationstherapie

Monotherapien, also Therapien nur mit NRTI oder NNRTI, gelten heute als nicht mehr angezeigt.

Die genaue Zusammensetzung der Medikamentenkombination ist individuell unterschiedlich und orientiert sich an folgenden Faktoren:

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

Bevorzugt werden bewährte Fixkombinationen verschrieben, also mehrere Medikamente in einer Tablette. Sie haben den Vorteil, dass sie einfacher einzunehmen sind. Wenn das nicht geht, z. B. weil die Dosis nicht passt, ein Bestandteil nicht vertragen wird oder eine Resistenz oder eine weitere Erkrankung vorliegen, werden die Einzelsubstanzen verordnet.

Mittlerweile gibt es auch 2 Medikamente, die nur alle 1 oder 2 Monate gespritzt werden müssen. Bevor eine solche Depotspritze eingesetzt wird, müssen die Wirkstoffe mindestens 1 Monat lang als Tabletten eingenommen werden, um die Verträglichkeit sicherzustellen. Ein weiteres Medikament muss nur alle 6 Monate gespritzt, aber auch vorher in Tablettenform getestet werden.

Praxistipp!



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

Therapiebeginn

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

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

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

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

Konsequente Medikamenteneinnahme

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

Das erfordert eine gute Mitarbeit und viel Disziplin von HIV-Infizierten. Die Medikamenteneinnahme ist auch deshalb eine Herausforderung, weil insbesondere am Anfang häufig starke Nebenwirkungen auftreten. Dann geht es vielen HIV-Infizierten, die noch gar keine Symptome der Infektion spüren, mit der Therapie erst einmal schlechter als ohne. Die Langzeitprognose ist mit ART jedoch erheblich besser.

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

Therapiepausen, Resistenzen, Therapieversagen

Therapiepausen sollten möglichst nie und wenn doch, dann nur in enger Absprache mit einem spezialisierten Arzt stattfinden.

- Wenn die Tabletten nicht regelmäßig eingenommen werden, sinkt ihr Wirkspiegel im Blut ab. Die HI-Viren können sich wieder vermehren und die T-Helferzellen nehmen ab.
- Therapiepausen begünstigen das Entstehen von Resistenzen, 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 Resistenzen zu verhindern, sollten sich Betroffene 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. Betroffene sollten sich also sorgfältig an die Empfehlungen des Arztes halten.

Neben- und Wechselwirkungen

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

Nebenwirkungen

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

Unterschieden wird zwischen akuten Nebenwirkungen, die zu Beginn der Therapie auftreten und meist nach 2 bis 4 Wochen wieder verschwinden, und Langzeitnebenwirkungen, die sich häufig erst nach Jahren bemerkbar machen und schleichend auftreten.

Je nach Substanzgruppe gehören zu den **akuten Nebenwirkungen** z. B. Magen-Darm-Beschwerden wie Völlegefühl, Magenbeschwerden, Übelkeit und Durchfall sowie Hautausschläge, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und erhöhte Leberwerte.

Zu den **Langzeitnebenwirkungen** zählen z. B. Blutzuckererhöhung (Diabetes), Veränderung des Fettstoffwechsels mit Cholesterin/Triglycerid-Anstieg und dadurch erhöhtes Gewicht und Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie eine nichtalkoholische Fettleber, schwächere Nierenleistungen oder verminderter Knochenaufbau (Osteoporose).

Wechselwirkungen

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

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

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

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

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



Psychotherapie

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

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

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig und die betroffene Person erhält aktuell keinen freien Therapieplatz, so ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich.

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

Probatorische Sitzungen

Es ist möglich, 2–4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) in einer psychotherapeutischen Praxis zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.

Nach diesen probatorischen Sitzungen und auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss eine ärztliche Praxis, z. B. hausärztliche, internistische oder neurologische Praxis aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht).

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Seit dem 01.10.2021 bezahlen die Krankenkassen die sog. gruppentherapeutische Grundversorgung. Hier können Betroffene die Psychotherapie in einer Gruppe kennenlernen, um für sich zu sehen, ob sie diese als hilfreich erleben.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Gesundheits-Apps auf Rezept

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

Offiziell anerkannte Online-Anwendungen zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter:

<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> > *Kategorie Psyche*.

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

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

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen – Patientenservice:**

Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort.

- **Terminservicestellen der KV:**

Die Terminservicestelle ist verpflichtet Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen.

Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern.

Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht.

Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter www.kbv.de > *Themen A-Z > T > Terminservicestellen*.



HIV und

Datenschutz



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 entscheiden Betroffene selbst, wen sie über ihre Infektion informieren. Entscheidend ist jedoch, dass eine Ansteckung durch Safer-Sex-Maßnahmen verhindert wird.

Auch eine erfolgreiche Therapie wird als Safer-Sex-Methode anerkannt. Wer allerdings die Infektion verschweigt und ungeschützten Geschlechtsverkehr hat, kann sich wegen versuchter Körperverletzung strafbar machen.

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

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

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 HIV-Infizierte ungeschützten Geschlechtsverkehr haben und die Sexualpartner nicht über die Infektion informiert sind) gilt zunächst die Schweigepflicht. Es müssen erst alle Maßnahmen (z. B. eindringliche Aufklärung über die Konsequenzen des Handelns) ausgeschöpft sein, bis der Arzt seine Schweigepflicht brechen und den Sexualpartner informieren darf.

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

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

Leben mit HIV

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

Die folgenden Informationen sollen helfen, diese Fragen beantworten.

Umfeld

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

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

- Ein spezielles Angebot für die ersten Schritte ins Leben mit HIV ist das **Projekt Sprungbrett**. Es vermittelt bundesweit sog. Buddys, das sind Männer und Frauen, die selbst HIV-positiv sind und neu Betroffenen ehrenamtlich zur Seite stehen. Näheres unter <https://buddy.hiv>.
- Seminare und Fortbildungen der Deutschen Aidshilfe können beim Umgang mit und der Bewältigung der HIV-Infektion unterstützen: <https://seminar.aidshilfe.de>.

 Wer hilft weiter?

Partnerschaft und Familie

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

Wenn die HIV-Infektion erfolgreich behandelt wird, d. h.: Wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, ist HIV beim Sex nicht übertragbar.

Bei unbehandelter Infektion oder nachweisbarer Viruslast kann geschützter Geschlechtsverkehr oder eventuell eine PrEP und im Notfall eine PEP eine Ansteckung so gut wie ausschließen, Näheres unter „Prävention“ auf S. 13.

Eine besonders schwierige Situation kann entstehen, wenn in einer Beziehung trotzdem HIV übertragen wird. Vorwürfe einerseits und Schuldgefühle andererseits können die Beziehung stark belasten. Wenn Schuldgefühle, Ängste oder vielleicht auch Wut auf den Partner die Beziehung gefährden, ist es **wichtig**, darüber zu sprechen. Hier können Aidshilfe-Beratungsstellen unter www.aidshilfe.de > *Beratung* helfen.

Empfängnisverhütung

Eine ART (antiretrovirale Therapie, siehe S. 21) besteht immer aus mehreren Medikamenten und diese können Wechselwirkungen verursachen, u. a. mit der Pille, sodass die hormonelle Verhütung nicht mehr wirkt. Hier ist eine enge Abstimmung mit dem Frauenarzt nötig.

Zudem gibt es vage Hinweise darauf, dass hormonelle Verhütungsmittel eventuell anfälliger für eine HIV-Infektion machen.

Mehr aktuelle Informationen zu HIV und Verhütung gibt die BZgA unter www.familienplanung.de > *Navigation* > *Verhütung* > *HIV und Verhütung*.

Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt

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

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

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

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

Umgang mit Kindern

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

Häufig stellen sich betroffene Eltern folgende Fragen:

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

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



Gesund leben

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

Ernährung

Eine gesunde Ernährung stärkt das Immunsystem und steigert die Lebensqualität. Zudem kann sie die Wirksamkeit der Medikamente verbessern, weil diese über den Darm besser ins Blut aufgenommen werden, dadurch verträglicher sind und Nebenwirkungen wie Durchfall, Übelkeit, Gewichtsverlust und Mangelernährung reduziert werden.

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

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

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

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

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

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

Sport und Bewegung

Sport und Bewegung stärken das Immunsystem, heben die Lebensqualität und reduzieren viele Gesundheitsrisiken. Das gilt für alle Menschen, also auch für HIV-Positive. Besonders hervorzuheben ist die mehrfach nachgewiesene positive Wirkung von Bewegung auf die psychische Verfassung. Sport reduziert zudem die Nebenwirkungen der HIV-Medikamente und verbessert die Leistungsfähigkeit, das Körperbewusstsein und das Selbstbewusstsein.

- Machen Sie 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. Kontakt zu den Gruppen bekommen Sie am besten über Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Links finden Sie z. B. unter www.aidshilfe.de > Themen > Leben mit HIV > Selbsthilfe > Selbsthilfegruppen.
 - Wenn Sie infolge der Infektion neu mit Sport beginnen, sollten Sie vorher einen ärztlichen Herz-Kreislauf-Check machen und sich die richtige Trainingsfrequenz empfehlen lassen.
 - Suchen Sie sich eine Bewegungsart, die Ihnen Spaß macht. Dann ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass Sie kontinuierlich dranbleiben.
 - Zu großer Ehrgeiz schadet, denn: Muskelkater ist wie eine kleine Infektion und schwächt das Immunsystem.
-

Reisen

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

HIV-Positive können innerhalb Europas meist ohne Probleme verreisen. In einigen Ländern gibt es jedoch Einreisebeschränkungen. Es gibt auch Länder, die Menschen mit HIV nicht einreisen lassen oder ausweisen. Detaillierte englischsprachige Informationen bietet die Seite www.hivtravel.org.

Die deutschsprachige Broschüre „Schnellfinder - Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids“ findet sich rechts unten auf der Internetseite.

Zudem sollte bei Auslandsreisen auf einen ausreichenden Versicherungsschutz geachtet werden.

Erwerbstätigkeit mit HIV

Die antiretrovirale Therapie (ART) hat dazu geführt, dass fast alle HIV-Infizierten normal berufstätig sein können. Fast immer kann der Beruf nach einer HIV-Infektion weiter ausgeübt werden.

Es gibt nur wenige Ausnahmen, bei denen allein die Infektion dazu führen kann, dass der Beruf aufgegeben werden muss.

Gesundheitswesen, Lebensmittel, Gastronomie

Alle Berufe im Gesundheitswesen können auch mit einer HIV-Infektion (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.

Die einzige **Ausnahme** gilt für Operierende bei denen die Viruslast nicht unter die Nachweisgrenze gesenkt werden kann **und** die bestimmte Operationen mit hoher Selbstverletzungsgefahr ausführen. Dann ist die Ansteckungsgefahr im Falle einer Verletzung durch die invasive Arbeit an offenen Wunden besonders hoch.

Arbeit im Flugverkehr, Auslandsflüge, Arbeit im Ausland

In der Luftfahrt ist eine HIV-Infektion kein Ausschlusskriterium, um in der Flugbegleitung oder als Pilot arbeiten zu können. Entscheidend ist lediglich der persönliche Gesundheitszustand der Betroffenen, der bei einer bekannten HIV-Infektion engmaschig kontrolliert werden muss.

Es gibt jedoch Länder mit Einreise- oder Aufenthaltsbeschränkungen für HIV-Positive, z. B. Russland und China. Laufend gepflegte Liste unter <http://hivtravel.org>. Wenn die Tätigkeit in solchen Ländern Bestandteil des Berufs ist, dürfen Arbeitgeber Bewerbungen aufgrund der Infektion ausschließen. Das betrifft nicht nur Piloten, sondern auch Personen, die z. B. in Management, Vertrieb, Politik oder Freizeitbranchen arbeiten. Details unter *Deutsche Aidshilfe > Themen > Leben mit HIV > Recht > Arbeitsrecht > Einschränkungen*.

Bewerbung und Einstellung

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

Kündigung bei AIDS

Für eine Kündigung ist entscheidend, in welchem Krankheitsstadium sich HIV-Positive befinden. Eine HIV-Infektion allein ist kein Kündigungsgrund. Anders sieht es aus, wenn AIDS ausbricht und es dadurch zu vermehrten Arbeitsausfällen kommt. Allerdings muss eine Kündigung die Kriterien der sozialen Rechtfertigung einer krankheitsbedingten Kündigung erfüllen.

Bei einer anerkannten Schwerbehinderung oder Gleichstellung gibt es einen besonderen Kündigungsschutz. In diesem Fall darf der Arbeitgeber nur mit Zustimmung des Integrationsamts bzw. Inklusionsamts kündigen, Näheres unter Behinderung ab S. 75.

Offenlegung der Infektion

Es ist für die meisten HIV-Infizierten eine schwere Entscheidung, ob sie am Arbeitsplatz ihre Infektion offenlegen oder nicht. Generell ist die Aufklärung über die Übertragungswege von HIV sehr **wichtig**, um unbegründete Ängste am Arbeitsplatz aufzulösen

Die (unbegründete) Angst vor einer Ansteckung bringt das Umfeld häufig dazu, sich von Betroffenen zu distanzieren. Zudem kann es zu Diskriminierungen und Mobbing kommen.

Andererseits kann es hilfreich sein, mit der Diagnose nicht alleine zu bleiben und sich am Arbeitsplatz zu offenbaren. Besonders in Zeiten, in denen die HIV-Infektion oder die Medikamententherapie Beschwerden bereiten, kann das Verständnis der Kollegen eine echte Unterstützung sein. Ob dieser Schritt auch zielführend ist, hängt stark vom jeweiligen sozialen Arbeitsumfeld ab.

HIV-Positive sollten für sich überlegen, ob eine Offenlegung der Infektion am Arbeitsplatz entlastet oder eher für weitere Probleme sorgt. Grundsätzlich steht es HIV-Infizierten frei, selbst zu entscheiden, wen sie informieren, außer sie gehen wissentlich die Gefahr ein, andere anzustecken.

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



Versicherungen

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

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

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

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

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

Unfallversicherungen sind zum Teil für HIV-Positive abschließbar, aber in der Regel nicht, wenn Menschen bereits AIDS haben.

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

Auf den Abschluss einer **Rentenversicherung** hat eine HIV-Infektion keine Auswirkungen.

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 dass keine akuten Behandlungen zu erwarten sind.

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 Anträge abgelehnt oder es muss mit einem Risikozuschlag gerechnet werden.

Eine **Sterbegeldversicherung** kann ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen werden. So können Angehörige davor geschützt werden, Beerdigungskosten 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 gegenüber Versicherungen mit der Information einer Infektion eher vorsichtig umgegangen werden, da die Gefahr besteht, dass die Information weiter gestreut wird als es Betroffenen lieb ist. Eine unabhängige Beratung ist also noch wichtiger als bei gesunden Menschen. Neutrale Beratung bietet z. B. die Deutsche Aidshilfe, Kontaktmöglichkeiten unter: www.aidshilfe.de > *Beratung*.

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



 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

-Brutto

Vers

Factor

Summe

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie, müssen Versicherte ab 18 Jahren Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie einer HIV-Infektion eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten der 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 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Arzneimittel können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist ein festgelegter Höchstbetrag eines Arzneimittels, den die Krankenkasse erstattet. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, müssen Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

Zusätzlich müssen Versicherte die Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlen Versicherte also neben der anfallenden Zuzahlung ggf. auch Mehrkosten für ein Arzneimittel.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge“ nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

Praxistipps!



- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie. Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Für einige Hilfsmittel, z.B. Einlagen, gibt es auch **Festbeträge** als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden. Informationen und Hinweise zu den Festbeträgen können unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Festbeträge* nachgelesen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Zuzahlung: 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt.

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10% der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

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

Erreichen der Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze liegt bei **2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**, d. h. wer darüber hinaus Geld für Zuzahlungen ausgeben muss(te), kann sich für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. bekommt den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht** zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld, Kindergeld.

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

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende Angehörige:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis S. 47.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe S. 46) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.111 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.074 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.952 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

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

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.111 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 17.904 € (2 x 8.952 €)

ergibt: 5.985 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 119,70 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 119,70 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit einer HIV-Infektion erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP werden von den Krankenkassen z. B. für Depressionen angeboten.

Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z. B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Vorsorge

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

Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z. B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z. B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

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

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, können Sie 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.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) sowie von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat /6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Die zuständige Krankenkasse.





Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Eine HIV-Infektion und vor allem die AIDS-Erkrankung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Entgeltfortzahlung

Besonders Menschen mit einer HIV-Infektion sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Voraussetzungen

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbst provozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch bei einer Organspende und medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgeber. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung, dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.
Arbeitgeber können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmer im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht schon an diesem Tag ein Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 54.
- 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 die beschäftigte Person mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe der Entgeltfortzahlung

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100% des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.

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

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do von 8-17 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

 Wer hilft weiter?

Krankengeld

Gesetzlich krankenversicherte Menschen mit HIV-Infektion, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit noch keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt.

Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit *oder* stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
(Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie die versicherte Person daran hindert, ihren Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 73) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente (siehe S. 91), Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II und Sozialgeld), siehe S. 95

Hinweis: Wer z. B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld. Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

Krankengeld für Selbstständige

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

Selbstständige können keine Entgeltfortzahlung erhalten, weil sie nicht abhängig beschäftigt sind. Trotzdem erhalten sie Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, im Normalfall aber erst ab der 7. Krankheitswoche. Möchten Selbstständige, dass der Krankengeldanspruch schon früher greift, können sie einen entsprechenden Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbaren. Die Beiträge erhöhen sich dann entsprechend.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

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. 51).

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.

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich sofort um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 116,38 € täglich.

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

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

Das Krankengeld errechnet sich bei Arbeitnehmern aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Dieser Zeitraum heißt **Bemessungszeitraum**.

War der letzte Lohnabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wurden insgesamt nicht mindestens 4 Wochen abgerechnet, z. B. bei einer Arbeit für weniger als 4 Wochen, gibt es keine gesetzliche Regelung dafür, wie die Höhe des Krankengelds ausgerechnet wird. Dann muss individuell hochgerechnet werden. Nur wenn das nicht geht, wird das Entgelt für eine vergleichbare Beschäftigung als Berechnungsgrundlage verwendet.

Berechnung in besonderen Fällen

Aus welchem Lohn das Krankengeld in besonderen Fällen berechnet wird, z. B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 07.09.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter: www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2023 ein Betrag von 166,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 59.850 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 116,38 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

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.

Aber bei den Pflegeversicherungsbeiträgen gibt es eine Besonderheit: Den Beitragszuschlag von 0,6 % für kinderlose Versicherte ab dem Monat nach dem 23. Geburtstag müssen die Versicherten allein bezahlen.

Dafür profitieren Eltern mit mindestens 2 unter 25-jährigen Kindern allein von den kinderzahlabhängigen Abschlägen bei den Pflegeversicherungsbeiträgen, d. h., ihr Anteil wird niedriger. Der Anteil, den die Krankenkasse übernehmen muss, bleibt aber immer gleich bei 1,7 %.

Damit ergibt sich je nach Alter der Betroffenen sowie Zahl und Alter der Kinder ein Abzug von 11,3–12,9 % für die Sozialversicherung.

Hinweis: Das Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG), ein Gesetz zur Reform der Pflege in Deutschland, ist am 01.07.2023 in Kraft getreten: Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2022 wurde umgesetzt, nach der die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt werden muss. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1.800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

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 12,3 %
(Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,36 €

Herr Maier erhält also 47,36 € Krankengeld täglich. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt sind es 47,36 € x 30, also 1.420,80 €, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen. Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 54) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und ihrem vollen Lohn einzufordern.

Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld meint, dass Betroffene zwar tatsächlich **kein** Krankengeld bekommen können, aber rein rechtlich trotzdem als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten. Das bedeutet, dass **kein Krankengeld** gezahlt wird, aber die Zeit **trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird.**

Krankengeld bekommen die meisten Menschen deshalb nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (= Lohnfortzahlung) vom Betrieb. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht z. B.:

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- 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 vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der der Arbeitnehmer dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z. B. in den Bereichen Theater oder Film.

Ausschluss des Krankengelds

Wer Altersrente, volle Erwerbsminderungsrente, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld bezieht, hat in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

- Die Broschüre „Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen“ bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter:
www.krebsgesellschaft.de > Deutsche Krebsgesellschaft > Wir über uns > Organisation > Sektion B/AGs/Einzelmitglieder > ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung, z. B. durch einen Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.
- Einige Krankenkassen fordern Versicherte 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, können Sie darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist z. B. dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. **Wichtig** ist, dass Sie alle Mitwirkungspflichten erfüllen sowie Fristen einhalten.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt. Ist die versicherte Person noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflicht**versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

Praxistipps!



- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
 - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
 - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 61.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose Personen haben Anspruch auf Leistungsfortzahlung von 6 Wochen (ähnlich wie Entgeltfortzahlung bei Arbeitnehmern) und können danach Krankengeld von der Krankenkasse beziehen. Eine Sonderform des Arbeitslosengelds ist die sog. Nahtlosigkeitsregelung, die greift, wenn der Anspruch auf Krankengeld endet.

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von ALG liegt vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sich die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat, unabhängig von der Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit.

Trotz Krankheit und/oder Behinderung können sich viele Menschen „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ dem Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stellen und sind daher während der Arbeitslosigkeit nicht arbeitsunfähig, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen viele Tätigkeiten nicht mehr ausführen können.

Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Hinweis: Seit 01.01.2023 müssen Arbeitgeber die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt **nicht** bei Arbeitslosigkeit, d.h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 01.01.2024 geplant.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld **kein** Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung, Näheres auf S. 61.

Höhe des Krankengelds

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Wer vor der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bekommen hat, bekommt Krankengeld, das nach dem Verdienst vor der Kurzarbeit berechnet wird.

Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 59) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 91) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet.

Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt, sofern noch Anspruch darauf besteht.

Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Relevant ist, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Beim Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende liegt Arbeitsunfähigkeit vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres unter Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit auf S. 95.

Bezug von Krankengeld bei Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende

- Zu **niedriges Krankengeld** kann ggf. mit Bürgergeld **aufgestockt** werden.
- **Berufstätige Menschen**, die ihr niedriges Gehalt mit Bürgergeld **aufstocken** müssen, können ggf. einen Anspruch auf Krankengeld bei der Berufstätigkeit erwerben. Dieses Krankengeld können sie dann mit Bürgergeld aufstocken.
- Bei **Arbeitslosigkeit und Bezug von Bürgergeld** kann oft **kein** Krankengeld bezogen werden, weil die vom Jobcenter bezahlte Krankenversicherung **keinen** Krankengeldanspruch umfasst.

Wer hilft weiter?



Die örtliche Agentur für Arbeit oder für Beziehende von Bürgergeld das Jobcenter.

Rehabilitation

Menschen mit einer HIV-Infektion können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei Reha geht es darum, dass Menschen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Reha ist deshalb etwas anderes als eine Krankenbehandlung.

Rehamaßnahmen sollen den Umgang mit einer Krankheit oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit zur Erleichterung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen – auch wenn die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht ausgeheilt bzw. überwunden werden kann oder sich diese noch verschlimmern.

Allgemeines zur Reha

Reha soll dazu befähigen, möglichst gut mit der eigenen Krankheit oder (drohenden) Behinderung klar zu kommen und konkrete Hilfen bieten, um negative Auswirkungen zu verringern.

Überblick über Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Darum werden Reha-Leistungen auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,**
z. B. Krankengymnastik, Patientenschulungen
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha),**
z. B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,**
z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Ausbildungsgeld
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung,**
z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha),**
z. B. Leistungen zur Mobilität, zu Wohnraum und Betreuung

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

Krankenkassen

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten sowie einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger zuständig ist, keine unterhaltssichernden Leistungen, ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.

Sicherung des Lebensunterhalts

Während einer Reha-Maßnahme kann – abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen – Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Versorgungskrankengeld vom Träger der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.

Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist.

Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss:

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragseingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche.

Ausnahmen:

- Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
- **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**

- Unverzügliche Beauftragung des Gutachtens vom leistenden Reha-Träger
- Gutachten muss **2 Wochen nach Auftragserteilung** vorliegen
- Entscheidung über den Antrag muss **2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** getroffen sein

Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Praxistipp!



In der Praxis werden diese Zeiten nicht immer eingehalten. Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**

- Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
- Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
- Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang für die ersten beiden Instanzen des Sozialgerichts
- Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe

- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**

Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher darüber**.

Informieren Sie sich im Vorfeld gut, z. B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung.

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

Medizinische Rehabilitation

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

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.



Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.

Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.



- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson, die z. B. einen nahen Angehörigen pflegt, stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 01.01.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Allgemeine Voraussetzungen

- Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen
- Ärztliche Verordnung
- Vorherige Genehmigung durch den Kostenträger

Dauer

- Ambulant als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
- Stationär als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
 - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
 - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
 - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
 - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.359 €** 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 Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, oder
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“* informieren.

- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- 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.

 **Praxistipp!**

 **Wer hilft weiter?**

Anschlussrehabilitation

Anschlussrehabilitation, auch Anschlussheilbehandlung genannt, abgekürzt AHB, ist eine medizinische Reha, die direkt oder mit nur kurzer Pause (in der Regel max. 14 Tage) an eine Krankenhausbehandlung anschließt und stationär oder ambulant erbracht werden kann.

Zuständig für die Finanzierung können alle Kostenträger sein, die medizinische Rehabilitation leisten. Für AHB als Leistung gesetzlicher Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger gelten unter bestimmten Voraussetzungen günstigere, zeitlich begrenzte Regeln zur Zuzahlung. Bei bestimmten Erkrankungen sind beschleunigte Verfahren für die Bewilligung von AHB möglich, sodass die Reha zeitnah beginnen kann.

Ausführliche Informationen zu Kostenträgern, Voraussetzungen und dem AHB-Schnellverfahren unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Anschlussrehabilitation – Anschlussheilbehandlung“.

Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind Sport- und Bewegungsangebote, die ärztlich verordnet werden können.

Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und **Funktionstraining** stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus **medizinischen Gründen** erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden.

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z. B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld.

Voraussetzungen

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wiederaufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d. h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu.
Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die versicherte Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann.

Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:
Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 51)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme:
Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 60)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:
Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 74) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 73). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für Arbeitgeber.

Praxistipp!



Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan. Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

Wer hilft weiter?



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

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

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

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z. B. durch:
 - Arbeitsassistenz
 - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Rollstuhl, Hörgerät usw.)
 - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z. B. Umgang/ Schulung mit nötigen Hilfsmitteln
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung, z. B. im Rahmen des Budgets für Ausbildung oder unterstützter Beschäftigung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangsbereich, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich
- Alternativen zur WfbM:
 - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z. B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
 - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
 - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30% bis in der Regel höchstens 50% schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha. Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende Reha-Leistungen sind möglich:

- **Lohnersatzleistungen**, z. B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- **Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:**
Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung
- **Reha-Sport und Funktionstraining** (siehe S. 70):
 - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
 - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- **Reisekosten:** Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- **Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:** Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- **Schulungen:** Patientenschulungen für chronisch Kranke, Schulungen für Angehörige
- **Kraftfahrzeughilfe**
- **Wohnungshilfe**
- **Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha**, z. B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- **Sonstige Leistungen**, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z. B. ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Behinderung

Eine HIV-Infektion kann dazu führen, dass Betroffene als (schwer-) behindert eingestuft werden. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

Definition „Behinderung“

Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert.

Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

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 sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Eine **Schwerbehinderung** nach § 2 Abs. 2 SGB IX haben Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.

Gleichstellung

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

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

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen. Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen jedoch keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterungen im Personenverkehr“.

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss 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 beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung

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

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

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

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

Bemessung von GdB und GdS

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

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

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

- Seit 01.01.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen geht, z. B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.
- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-) Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein (neuer) Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Einen Musterwiderspruch und weitere Informationen gibt es unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.



Praxistipps!

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

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

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. In den Befundberichten sollten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert dargestellt sowie insbesondere die Einschränkung der Teilhabe in der Gesellschaft aufgezeigt sein.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten.

Es gibt folgende Merkzeichen:

- **Merkzeichen G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkzeichen aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen BI:** blind oder hochgradig sehbehindert
- **Merkzeichen RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen GI:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBI:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Merkzeichen“*.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z. B.: Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **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 > *Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“* heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“*.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird bei Ihnen auf Antrag unter folgenden Voraussetzungen ein Mehrbedarf von 17 % des Regelsatzes wegen Gehbehinderung berücksichtigt:
 - Volle Erwerbsminderung und
 - Merkzeichen G oder aG

Hinweis: Sie können diesen Mehrbedarf unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. niedrige Erwerbsminderungsrente) auch bekommen, wenn Sie ansonsten keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben.

Wer hilft weiter?



- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do 8-17 Uhr und Fr 8- 12 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter www.bmas.de > *Service > Bürgertelefon / Kontakt > Bürgertelefon*.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.

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.

Hinweis: Das Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) ist ein Gesetz zur Reform der Pflege in Deutschland.

Der 1. Reformschritt, die Änderung der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist am 01.07.2023 in Kraft getreten. Ab 01.01.2024 werden weitere Änderungen in Kraft treten. Näheres zu den Regelungen des neuen PUEG unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Für den Bezug von Leistungen ist eine bestimmte Vorversicherungszeit notwendig.

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

Die Beeinträchtigungen müssen **dauerhaft**, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen. Die vorhandenen Fähigkeiten der Selbstständigkeit werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt. Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.

Vorversicherungszeit

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

Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss bei erstmaligem Pflegeantrag einer versicherten Person eine kostenlose Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt anbieten.

Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der betroffenen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der **Pflegekasse** beantragt.

Die Pflegekasse gibt beim **Medizinischen Dienst (MD)** oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt.

Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im **Gutachten** fest.

Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de >

Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“.

Ermittlung des Pflegegrads

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Der betaCare-Ratgeber „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ unterstützt Sie dabei, den Pflegebedarf Ihres Angehörigen selbst zu ermitteln und zu berechnen, welchen Pflegegrad die pflegebedürftige Person voraussichtlich erhält. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es **wichtig**, alle **Belege aufzubewahren**.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund der Krankenkassen (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien / Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 103 oder können diese unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeleistungen“ herunterladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält. Ergänzend können bei häuslicher Pflege auch teilstationäre Angebote in Anspruch genommen werden.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 und 901 € monatlich**, es muss beantragt werden und ist steuerfrei. Ab 01.01.2024 erhöht sich das Pflegegeld um 5%.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 bis 2.095 € monatlich**. Ab 01.01.2024 erhöht sich die Pflegesachleistung um 5%.

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person.

Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen **Ersatzpflege** für **längstens 6 Wochen im Jahr**.

Voraussetzungen sind, dass Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 86) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich.

Pflegekurse

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

Entlastungsbetrag

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

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B. für:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) oder Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d. h. aus dem Bereich der Selbstversorgung),
- Als Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben.

Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Die Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Es ist auch möglich, dass der Entlastungsbetrag an Nachbarn, Freunde und Bekannte für Unterstützungen weitergegeben werden kann. Je nach Bundesland gibt es hierfür verschiedene Voraussetzungen, in der Regel muss ein Pflegekurs besucht werden. Die Pflegekassen geben hierzu Auskunft. Eine weitere Möglichkeit bieten Angebote, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. anderer organisierter Helferkreise zur Verfügung stehen.

Pflegehilfsmittel

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

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“*.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der **Wohnumfeldverbesserung** haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z. B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt **maximal 4.000 € je Maßnahme** und insgesamt bis zu 16.000 €, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von jeweils 214 € monatlich. Der Zuschlag dient der Sicherstellung des Zusammenlebens in der Wohngruppe und wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für diese bezahlt.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die Pflegebedürftige im Falle einer teilweisen oder vollständigen Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten. Teilstationäre Leistungen ergänzen die häusliche Pflege.

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

Tages- oder Nachtpflege

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

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind: Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten), Investitionskosten und ggf. Fahrtkosten (für den Hin- und Rücktransport zwischen der Wohnung und der Einrichtung).

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B. wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist) kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege bzw. Ersatzpflege, siehe S. 84) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

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

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige in Abhängigkeit der Verweildauer Zuschläge, ab 01.01.2024 werden diese erhöht. Nähere Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“.

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20. Dezember 2022 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.



Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit einer angehörigen Person können Arbeitnehmende für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um die 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. Das Pflegeunterstützungsgeld gibt es ab 01.01.2024 für 10 Arbeitstage je pflegebedürftige Person (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) **pro Kalenderjahr** (statt bisher nur einmalig je pflegebedürftiger Person).

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden. In der **Familienpflegezeit** reduzieren Arbeitnehmende maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebenden innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmende Kündigungsschutz.

Praxistipp!



Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Wer hilft weiter?



Die zuständige Pflegekasse.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert. Dafür gelten folgende Regelungen:

Rentenversicherung

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.

Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

Unfallversicherung

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zur/von der pflegebedürftigen Person.

Kranken- und Pflegeversicherung

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

Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die eine pflegebedürftige Person 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 deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige gefunden werden.



Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Das Sozialamt übernimmt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen dieselben Leistungen wie die Pflegekasse, allerdings immer erst, wenn die vorrangig zuständige Pflegekasse nicht, oder nur in zu geringem Umfang, leistet.

Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem:

- Für nicht pflegeversicherte Personen, wenn sie die Voraussetzungen nicht erfüllen.
- Bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, wenn die nach oben hin begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- Bei nicht finanzierbarem Eigenanteil und zu niedrigem Einkommen, z. B. Rente oder nicht ausreichendem Vermögen.
- Wenn Hilfebedarf für weniger als 6 Monate besteht und die Pflegeversicherung deshalb keine Leistungen gewährt.

Ausländische Staatsangehörige haben in der Regel Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“.

Ausführliche Informationen zur Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch das Sozialamt unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Menschen mit einer HIV-Infektion oder AIDS sind erwerbsgemindert, wenn ihnen wegen allgemeinen Leistungseinschränkungen nur eine zeitlich eingeschränkte Erwerbstätigkeit oder die Arbeit auf dem staatlich geförderten besonderen Arbeitsmarkt (z.B. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen) möglich ist. Verschiedene Leistungen, z.B. eine Rente wegen Erwerbsminderung, Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld) können den Lebensunterhalt bei Erwerbsminderung sichern.

Definition „Erwerbsminderung“

Eine volle Erwerbsminderung liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden täglich vor. Bei mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Stunden ist es eine teilweise Erwerbsminderung.

*Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung **noch mindestens 6 Monate** bestehen wird. Erwerbsminderung bezieht sich immer auf alle möglichen Erwerbstätigkeiten, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, ist es eine Erwerbsminderung.*

Erwerbsgemindert ist auch, wer zwar noch über 6 Stunden arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt, z.B. wenn alle 30 Minuten 10 Minuten Pause nötig sind.

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente soll Betroffenen helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern, wenn ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert und ggf. entfristet werden.

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

Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer voll oder teilweise erwerbsgemindert ist.

Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) und
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt hat.

Höhe

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

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 35.647,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z. B. bei einem Rentenberater berechnet.

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Praxistipp!

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Die Rentenversicherungsträger vermitteln Beratungsstellen vor Ort. Sie erteilen Auskünfte und nehmen individuelle Rentenberechnungen vor.



Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente oder dauerhaft volle Erwerbsminderung nach dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind.
und
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrenntlebenden Ehe- oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft wird angerechnet, wenn es dessen notwendigen Lebensunterhalt im Sinne der Sozialhilfe übersteigt
und
- es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. 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.

Andere Sozialleistungen wie z. B. Wohngeld sind vorrangig. Das bedeutet, die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung wird abgelehnt, wenn diese vorrangigen Leistungen ausreichen, den Bedarf zu decken.



Aufgrund der Übergangsregelung aus Anlass des Wohngeld-Plus-Gesetzes darf das Sozialamt bzw. das Jobcenter die Sozialhilfe bzw. das Bürgergeld für Bewilligungszeiträume, die den 31.12.2022 einschließen oder in der Zeit vom 1.1.2023 bis 30.6.2023 begonnen haben, nicht mit Verweis auf einen möglichen Anspruch auf Wohngeld verweigern (§ 131 SGB XII, § 85 SGB II).

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ist es für das Sozialamt auch für alle anderen Bewilligungszeiträume nicht zulässig, dass es auf Wohngeld verweist. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23.03.2021, Az: B 8 SO 2/20 R, liegt unter www.bsg.bund.de > *Entscheidungen 2021* > *Sozialhilfe*.

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze für	Höhe
z. B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	502 €
z. B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	451 €
Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	402 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	420 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	348 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	318 €

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z. B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z. B. für Menschen mit Behinderungen, bei kostenaufwendiger Ernährung, bei Schwangerschaft und für Alleinerziehende oder für Warmwasser aus einem Boiler oder Durchlauferhitzer in der Wohnung
- Einmalige Leistungen, z. B. für die Erstausrüstung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z. B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist **unbefristet**, das heißt er besteht, so lange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die leistungsberechtigte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenantrag entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Bürgergeld und Hilfen zur Eingliederung in Arbeit

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen.

Betroffene bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und teilweiser Erwerbsminderungsrente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat. Weitere Informationen zum Bürgergeld, z.B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

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

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 94) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z.B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfzuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Wer hilft weiter?



- Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.
- Informationen zum Bürgergeld erhalten Sie beim Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Telefon 030 221 911 003, Mo-Do von 8-17 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch Unfall oder Erkrankung die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer Fremdbestimmung durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung • Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird.

Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken. Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

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

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z.B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitale Vorsorge“.

Zum 01.01.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z. B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. **Notvertretungsrecht**: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.



Betreuungsverfügung

Mit einer **Betreuungsverfügung** kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

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

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

Das **Betreuungsgericht** kann im **Betreuungsverfahren** eine in einer **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn diese Person für die Führung der Betreuung nicht geeignet ist, oder wenn erkennbar ist, dass die zu betreuende Person nicht mehr an den in der **Betreuungsverfügung** aufgeschriebenen Wünschen festhalten will. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person gewünscht, ist der **aktuelle Wunsch** entscheidend.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Die Patientenverfügung beinhaltet die **genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung** von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Wunsch darauf zu verzichten.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern...“. Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Mögliche Situationen sollten **genau beschrieben werden, z. B.:**

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden?
Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?

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

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

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





Adressen

Deutsche Aidshilfe e.V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin

Telefon 030 690087-0

Telefax 030 690087-42

Telefonberatung: 0180 3319411

(Mo–Fr von 9–21 Uhr, Sa und So von 12–14 Uhr)

E-Mail: dah@aidshilfe.de

www.aidshilfe.de

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

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

Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG)

Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg – ICH

Grindelallee 35, 20146 Hamburg

Telefon 0160 90289285

Telefax 040 28407373

E-Mail: daig@daignet.de

www.daignet.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

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

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

E-Mail: info@liebesleben.de

www.liebesleben.de

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

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Telefon 030 310189-60

Telefax 030 310189-70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

Sektion der DAIG: Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD)

www.kinder-aids.de

GS:SG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit GmbH

Odenwaldstraße 72, 51105 Köln

Telefon 0221 340804-0

E-Mail: info@stiftung-gssg.org

www.stiftung-gssg.org

Projekt Lifeboat Deutschland

www.stiftung-gssg.org > Projekte > Lifeboat

Netzwerk Frauen & Aids

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

Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Lietzenburger Straße 7, 10789 Berlin

Telefon 030 63968897

Telefax 030 37446939

E-Mail: info@projektinfo.de

www.projektinfo.de

Anhang

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	–
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	–
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

* In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen, Ankleiden, etc.)

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
316 €	545 €	728 €	901 €
bis zu 724 €	bis zu 1.363 €	bis zu 1.693 €	bis zu 2.095 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
125 €* <small>* = 125 €</small>			
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
15% des Heimentgelts (bis zu 266 €)			
bis zu 1.612 €			
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)
bis zu 1.774 €			
bis zu 40 €			
bis zu 50 €			
bis zu 4.000 €			
214 €	214 €	214 €	214 €
bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)			

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: Claudia Gottstein

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Maria Kästle, Simone Kreuzer,
Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2023

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.

7. Auflage, Juni 2023

Gesundheit ist unser Ziel!

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 erhältlich:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| – ADHS & Soziales | – Leistungen für Eltern | – Pflege |
| – Behinderung & Soziales | – Multiple Sklerose & Soziales | – Pflege-Check |
| – Brustkrebs & Soziales | – Onkologie & Soziales | – Prostatakrebs & Soziales |
| – Demenz & Soziales | – Osteoporose & Soziales | – Psychosen & Soziales |
| – Depression & Soziales | – Palliativversorgung & Soziales | – Schmerz & Soziales |
| – Epilepsie & Soziales | – Parkinson & Soziales | |
| – HIV/AIDS & Soziales | – Patientenvorsorge | |

Sozialrechtliche Informationen auch online – 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 zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm