

Kuren werden als Vorsorgekuren nach § 23 SGB V mit Übernahme der ärztlichen Leistungen, der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelkosten durch die Krankenkassen gewährt. Für die Unterkunft wird hier jedoch (im Gegensatz zu den Nachsorge- und Rehabilitationskuren von § 40 SGB V) nur ein Zuschuss von 13 € täglich gewährt; ärztliche Behandlung, Arznei, Kuranwendungen wie Heil- und Hilfsmittel werden aber voll gewährt. Für chronisch kranke Kinder werden 21 € täglich gewährt, die Kuren für Kleinkinder sollen vier bis sechs Wochen dauern. Zur Vorsorge gehört auch die Leistung von Schutzimpfungen durch die Krankenkasse.

Die *Krankenhilfe* wird als ambulante und stationäre Krankenhilfe geleistet. Sie setzt grundsätzlich Krankheit im Sinne eines regelwidrigen Körper- und/oder Geisteszustandes voraus, der erkennbar, heilbar, eingrenzbar oder aber zumindest linderbar sein muss, § 27 SGB V. Ausgegrenzt sind hier Leistungen im reinen Pflegezustand (hier treten von 1995 an die Leistungen der Pflegekassen auf den Plan – siehe Teil 6.6.)

Die *ambulante Krankenhilfe* nach § 28 SGB V wird auf die vierteljährliche Zahlung der Praxisgebühr von 10 € zeitlich unbegrenzt gewährt. Pro Quartal soll nur ein Allgemeinarzt (Hausarzt) in Anspruch genommen werden. Zur fachärztlichen Behandlung ist die Überweisung durch den Hausarzt erforderlich. Leistungen können auf ärztliche Verordnung von ärztlichem Hilfspersonal erbracht werden, so durch die Sozialstationen, § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Die *Zahnbehandlung* wird nach § 28 Abs. 2 SGB V als konservierende Zahnbehandlung voll übernommen. Bei Zahnersatz wurden nach § 30 SGB V bis Ende des Jahres 2004 rund 50 % der Kosten getragen. Den Rest musste der Versicherte selbst begleichen, er erhielt bei regelmäßiger Zahn-Vorsorge jedoch zu den ihm erstatteten 50 % einen Bonus in Höhe von 10 %, der sich bei Zahnvorsorge während der letzten zehn Jahre um weitere 5 % erhöhte. Von 2005 an greift bei Zahnersatz nun das Festzuschusskonzept gegen einen 0,4 %igen Beitragszusatz. Der bedarfsbezogene Festzuschuss beim Zahnersatz beträgt mindestens 50 % der erforderlichen Zahnersatzkosten. Die kieferorthopädische Behandlung trägt die Krankenkasse für bis 18jährige Versicherte zunächst zu 80 % (bei zwei oder mehr Kindern zu 90 %), die restlichen 20 bzw. 10 % erstattet sie nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung, § 29 SGB V.

Auch bei Arznei- und Heilmitteln und bei Krankenhauskosten werden den Versicherten nach dem Selbstbeteiligungsgrundsatz schon des Gesundheitsreformgesetzes Eigenleistungen abverlangt, für die es nach § 62 SGB V Zuzahlungsgrenzen gibt (im Prinzip 2 % des Jahresbruttoeinkommens).

Für *Arzneimittel* sind wenigstens 5 %, höchstens 10 % (aber maximal 10 €) je Verordnung zuzuzahlen (§ 31 SGB V). Seit 2002 wird lediglich der Wirkstoff verordnet, und die Apotheke gibt das kostengünstigste Präparat ab – sogenannte »autidem«-Regelung (HzS Gruppe 3, 1421). Nicht verordnungsfähig und daher voll zu tragen sind für über 18jährige Versicherte Erkältungs-, Mund-, Rachen-, Grippe-, Darmtätigkeits- und Reisekrankheitsmittel § 34 SGB V.

Heilmittel – dies sind Maßnahmen, die von außen auf den Körper einwirken wie Bäder, Massagen, Bandagen und Gymnastik – sind von über 18jährigen Versicherten mit 15 % des Preises zuzüglich 10 € zu tragen, werden also zu fast 90 % und für Kinder voll von der Krankenkasse getragen § 32 SGB V. Für psychisch Kranke werden als Heilmittel auch Arbeits-, Beschäftigungs- und Ergotherapie geleistet. Hier führte die Gesundheitsreform 2000 die neue *Soziotherapie* nach § 37a SGB V

ein; dabei soll auf Verordnung durch den Vertragstherapeuten (Arzt oder Psychologe) der Soziotherapeut die Fähigkeiten zur Tagesstrukturierung und zum Umgang mit psychiatrischen, medizinischen und sozialen Hilfsangeboten vermitteln. Es existieren Richtlinien vom 23.8.2001 (HzS Gruppe 3, 1441). Maximal sind 120 Stunden Soziotherapie innerhalb drei Jahren zu verordnen. Die Zuzahlung beträgt wie bei Arznei 10 %, höchstens 10 €, mindestens aber 5 € je Verordnung.

Die 10 %ige Selbstbeteiligung gilt auch für die Gewährung von *Hilfsmitteln*, die Körperfunktionen verbessern bzw. ersetzen, wie Hörgeräte, Rollstühle oder Gehgeräte. Brillen können nur noch Kindern verordnet werden. Festbetrags-Hilfsmittel werden von der Krankenkasse bei 10%iger Eigenbeteiligung bezahlt § 33 SGB V. Bei teureren Hilfsmitteln hat der Versicherte die Differenz zwischen Festbetrag und Preis zu tragen. Hilfsmittel werden von den Krankenkassen auch leihweise zur Verfügung gestellt. Bei sich verbrauchenden Hilfsmitteln (wie Einlagen) sind 10 % zuzuzahlen, höchstens aber 10 € pro Monat.

Die *Fahrkosten* werden nur bei Notwendigkeit und zur stationären Behandlung getragen § 60 SGB V; zu ambulanten Behandlungen werden sie nicht mehr übernommen. Bezahlt werden nur noch Rettungsfahrten, der Transport mit fachlicher Betreuung und Verlegungen.

Die *stationäre Krankenhausbehandlung* erfolgt nach § 39 SGB V zeitlich unbegrenzt, soweit Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Versicherte über 18 Jahren haben pro Jahr für 28 Tage täglich 10 € zuzuzahlen. Dieser Betrag wird im Tage-Umfang auf sich evtl. anschließende Rehabilitations- bzw. Anschlussheilbehandlungs-Verfahren AHB angerechnet. Bei unumgänglicher stationärer Behandlung von Kleinkindern übernehmen die Krankenkassen bei einer entsprechenden ärztlichen Verordnung die (Teil-)Kosten für die Mitaufnahme der Mütter. Denn die Gegenwart der Bezugsperson beim kranken Kleinkind vermag gravierende psychische Folgeschäden erheblich zu mindern (Hospitalismusschäden über die Kette Protest-Verzweiflung-Verleugnung), § 11 Abs. 3 SGB V.

Für die Aufnahme in *Hospizen* von unheilbar Kranken im Finalstadium gewähren die Krankenkassen nach § 39a SGB V täglich rund 140 €. Die Tagessätze der Hospize liegen bei ca. 240 €. Die Differenz ist – falls nicht Leistungen der Pflegekassen hinzu kommen – aus Eigenmitteln zu tragen (sei es der Sterbenden, sei es der Einrichtungen). Auch ambulante Hospizarbeit wird durch die Krankenkassen institutionell gefördert nach einem Schlüssel von 15 Cent je Versicherten im Jahr, § 39a Abs. 2 SGB V.

Die *teilstationäre Versorgung* ist möglich nach § 39 Abs. 1 SGB V. Sie ist für viele Klienten von Sozialarbeit und Sozialpädagogik hilfreich vor allem dann, wenn es sich um Langzeitbehandlungen (Krankheitsbilder der Sucht und der Psychiatrie) handelt. Die teilstationäre Behandlung ermöglicht den allmählichen Übergang zur selbstbestimmten Lebensführung. Für die Psychiatrie sieht § 118 SGB V die Zulassung von Institutsambulanzen vor. Stationäre Einrichtungen können somit teilstationär und/oder ambulant behandeln. Eine Zuzahlung wie bei stationärer Versorgung entfällt hier nach § 39 Abs. 4 SGB V.

Rehabilitationskuren werden nach § 40 SGB V alle vier Jahre für eine Dauer von drei Wochen voll bezahlt. Die geplante Zuzahlung beträgt für 28 Tage 10 € je Kurtag, wenn es sich um eine der Krankenhausbehandlung vergleichbare oder diese ergänzende Maßnahme handelt, wobei jedoch die Zuzahlungsbeträge für eine im Kalenderjahr evtl. vorausgegangene Krankenhausbehandlung angerechnet werden. Der

Versicherte zahlt also im Kalenderjahr maximal für 28 Tage hinzu. Für Maßnahmen der *Anschlussheilbehandlung AHB* sind vorrangig die Rentenversicherungsträger leistungspflichtig (bei Krebs durchweg), wenn eine Versicherungszeit von 60 Monaten in der Rentenversicherung zurückgelegt ist. Andernfalls ist die Krankenkasse leistungspflichtig, ebenso nach Rentenbeginn. Anschlussheilbehandlungs-Maßnahmen werden nach der stationären Erstbehandlung vorwiegend gewährt bei Herz-, Kreislauf-, Magen-, Stoffwechsel-, Atemwegs-, Krebserkrankungen und Rheuma (vgl. Handbuch zum Sozialrecht HzS Gruppe 5, 2526). Ergänzend werden sonstige Reha-Maßnahmen und bei chronisch Kranken Patientenschulungen gewährt § 43 SGB V (DMP: Disease-Management-Programme).

Um Krankenhausbehandlung zu ersetzen, zu verkürzen, zu vermeiden oder zu sichern (Ersatzpflege oder Vermeidungspflege) oder aber eine ärztliche Therapie von Anfang an zuhause durchzuführen (Sicherungspflege) ist auch *häusliche Krankenpflege* nach § 37 SGB V möglich. Sie dauert als *Ersatz- oder Vermeidungspflege* (nach oder anstatt Krankenhaus) zunächst vier Wochen und umfasst sowohl Behandlungs- als auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung (so weit keine im Haushalt des Erkrankten lebende Person die Versorgung übernehmen kann). Im Fall der *Sicherungspflege* (Infusionen, Einläufe, Spülungen, Inhalationen) dauert sie zunächst im Prinzip nur zwei Wochen und umfasst in der Regel nur die therapeutisch orientierte Behandlungspflege (Griep/Renn 2002, 56 ff.). Die Dauer der Gewährung kann bei beiden Arten – vor allem auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen MDK – verlängert werden.

Es existieren Richtlinien vom 18.2.2000 (Bundesanzeiger vom 13.5.2000). Die Krankenkassen sind bei der Gewährung häuslicher Krankenpflege sehr zurückhaltend, weil sie hier eine Selbstaustauslastung der mit Einführung der Pflegeversicherung in großem Stil auf den Plan getretenen Pflegedienste argwöhnen (bis 2002 entstanden immerhin 13.000 Pflegedienste, Vierter Altenbericht 2002, 254), was den grundsätzlichen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V jedoch nicht schmälern kann.

Wegen der breiten Verpflichtung der Versicherten zu Selbstbeteiligungs-Zuzahlungen hat der Gesetzgeber in § 62 SGB V eine jährliche Belastungsobergrenze für die Versicherten in Kraft gesetzt, von der an für den Rest des Jahres die *Befreiung von weiteren Zuzahlungen* eintritt. Die Leistungsanbieter quittieren dazu die entrichteten Zuzahlungen, und die Versicherten sollten rechtzeitig auf die Grenze der Belastung achten. Diese Grenze ist erreicht bei einem entrichteten Betrag, der 2 % des Jahresbruttoeinkommens des/der Versicherten entspricht. Dieses Bruttojahreseinkommen verringert sich um ca. 5000 € für das zweite und jeweils gegen 2.500 € für jedes weitere Mitglied des Versichertenhaushalts sowie um im Haushalt evtl. anfallende Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz. Bei Bezug von HLU der Sozialhilfe, bei Grundsicherung im Alter und bei voller Erwerbsminderung sowie bei Heimunterbringung (teilweise) auf Kosten der Sozialhilfe gilt als Bruttojahreseinkommen nur der Eck-RS. Daraus leitet sich ein jährlicher Höchstzuzahlungsbetrag von rund 80 € ab. Heimbewohnern streckt der örtliche Sozialhilfeträger diesen Höchstzuzahlungsbetrag als Darlehen zur Weiterleitung an die Krankenkassen vor. In Raten zieht er ihn dann vom monatlichen Taschengeld (Barbetrag – normalerweise 90 € monatlich, Ost 86 €) der Heimbewohner ab. Für chronisch Kranke enden die Zuzahlungen bereits bei erbrachten 1 % des zugrunde liegenden Jahreseinkommens. Hier haben Sozialhilfe-Heimbewohner jährlich nur rund 40 € zuzuzahlen; auch

hier gilt die Vorstreck-Regelung per Darlehen (Sozialpolitische Informationen 5/2004, 5).

Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit (Auf) bzw. Krankenhausbehandlung nach §§ 44, 47 SGB V mit 70 % vom Brutto- bzw. im Höchstfall mit 90 % vom Nettoeinkommen längstens für einen Zeitraum von 78 Wochen gewährt. Das Krankengeld ruht während der 6wöchigen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz vom 26.5.1994 sowie bei versäumter Antragstellung auf Rehabilitationsmaßnahmen nach Aufforderung dazu durch die Krankenkasse nach zehn Wochen, § 51 SGB V. Landwirte erhalten bei einer Erkrankung, die länger als zwei Wochen dauert, bis drei Monate eine Ersatzkraft gestellt nach § 9 Zweites Gesetz zur Krankenversicherung der Landwirte.

Bei *Erkrankung eines Kindes* bis zum Alter von 12 Jahren erhalten Versicherte, die im Arbeitsverhältnis stehen, für zehn Tage im Jahr Krankengeld und Freistellung von der Arbeitspflicht, § 45 SGB V; Alleinerziehende können in diesem Fall bis zu 20 Tagen im Jahr zu Hause bleiben. Bei höherer Kinderzahl erhöht sich die Befreiung auf 20/25 bzw. 40/50 Tage. Bei Lebensendpflege des Kindes besteht der Anspruch zeitlich unbegrenzt § 45 Abs. 4 SGB V.

Sterbegeld wurde von den Krankenkassen nach § 59 SGB V nur noch bis Ende des Jahres 2004 gezahlt. Es betrug zuletzt 525 € für Stammversicherte und 262,50 € für Mitversicherte. Jetzt gewinnt die Bestattungskostenhilfe des § 74 SGB XII der Sozialhilfe an Bedeutung mit Herrichtung eines einfachen Grabes und der Aufstellung eines Grabkreuzes (Hüttenbrink 2004, 179).

6.3 Leistungen für Abhängigkeits-Kranke, psychisch Kranke und Aids-Patienten

In Einrichtungen des Gesundheitswesens hat Soziale Arbeit gegenüber den Klientengruppen der Abhängigen, gegenüber Psychisch Kranken und Aids-Erkrankten besonders häufig Aufgaben zu erbringen. Mögliche Leistungsansprüche dafür sollen deshalb in der Folge hier besonders behandelt werden.

Abhängige

Die *Abhängigkeit* von Alkohol und Drogen wertete das Bundessozialgericht 1968 bzw. 1981 als behandlungsbedürftige Krankheit. Grundlegend für die Anerkennung von Sucht als Krankheit war die Entscheidung vom 18.6.1968 BSGE 28, 114. Andererseits war bei Süchtigen wegen deren Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit auch die Rentenversicherung leistungspflichtig. § 43 SGB I legt die Leistungspflicht des zuerst angegangenen Leistungsträgers fest. Außerdem ist nachrangig für Suchtkranke die Sozialhilfe nach §§ 53 ff. SGB XII mit Leistungen für seelisch Behinderte zuständig. In die Unsicherheit über die Leistungsverpflichtung dieser Träger wurde mit der Suchtvereinbarung vom 20.11.1978 und der Vorleistungsvereinbarung Drogen vom 22.10.1981 eine gewisse Systematik gebracht. Dies greift nun die Vereinbarung Abhängigkeitskranker vom 4.5.2001 (Handbuch zum Sozialrecht HzS Gruppe 5, 2528) wieder auf. Hierbei gilt diese Suchtvereinbarung für Medikament-, Drogen- und Alkohol-Abhängige, die Vorleistungsvereinbarung Drogen von 1981 nur für Drogenabhängige. Nach der Suchtvereinbarung werden Entzug als kurzzeitige körperliche Entgiftung und Entwöhnung als längerfristige The-

rapie zur Verhaltensänderung unterschieden. Neuerdings ist die Entwöhnungstherapie auch ambulant leistbar (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29.1.1991 – Handbuch zum Sozialrecht Gruppe 5, 1398c).

Der *Entzug* ist primär von den Krankenkassen zu tragen. Nur wenn er erst nach Beginn einer Entwöhnungstherapie in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung erforderlich ist, dann ist der Entzug vom Rentenversicherungsträger zu finanzieren. Für weder in der Kranken- noch in der Rentenversicherung Versicherte hat die Sozialhilfe den Entzug zu übernehmen. Die Behandlung mittels der Ersatzdroge Methadon ist nur bei schweren Krankheitszuständen (lebensbedrohliche Erkrankung, fortgeschritten-manifeste Aids-Erkrankung, anderweitige stationäre Behandlung ohne gleichzeitige Entzugsmöglichkeit) zulässig (siehe auch weiter unten auf folgender Seite), nicht aber nur zu leichterem Resozialisierung.

Die sich normalerweise an den Entzug anschließende, zumeist sechsmonatige *Entwöhnungstherapie* ist bei entsprechenden Vorversicherungszeiten nach § 11 SGB VI von den Trägern der Rentenversicherung zu gewähren. Die Vorversicherung kann bestehen in 180 Monaten Versicherungszugehörigkeit, 60 Monaten Versicherungszugehörigkeit und beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit, sechs Monaten Versicherungszugehörigkeit innerhalb der letzten 24 Monate oder einer Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung der Ausbildung. Sind diese versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung nicht erfüllt, hat die Krankenversicherung die Entwöhnungstherapie zu finanzieren. Besteht auch kein Versicherungsschutz in einer Krankenkasse, ist die Sozialhilfe leistungs verpflichtet. Sachlich zuständig ist dann der überörtliche Träger der Sozialhilfe. Bei Drogenabhängigen ist bei unklaren Anhaltspunkten über die Kranken- und/oder Rentenversicherungszugehörigkeit die örtlich zuständige Landesversicherungsanstalt vorläufig leistungs verpflichtet. Siehe die Abb. 29.

Abb. 29: Abgrenzung der Behandlungspflicht von Kranken- und Rentenversicherung für Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabhängige

	durch Krankenkasse	durch Rentenversicherung (LVA, BfA usw., künftig Deutsche Rentenversicherung)
Entzug (= Entgiftung)	in der Regel immer	nur, wenn während einer Entwöhnungsmaßnahme durch Rentenversicherung notwendig werdend
Entwöhnung (anschließende, ca. sechsmonatige Therapie)	nur, wenn nicht durch Rentenversicherung	immer, wenn zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit gegeben ist: – 180 Monate rentenvers. oder – 60 Monate rentenvers. und berufs- oder erwerbsunfähig oder – 2 Jahre nach Ausbildung tätig oder – 6 Beitragsmonate in den letzten 2 Jahren

Die Nachsorge nach abgeschlossener Entwöhnungsmaßnahme erfolgt ambulant durch denjenigen Kostenträger, der die Entwöhnungstherapie finanziert hat. Geleistet werden Hilfen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, zur Überwindung von Krisen sowie Hilfen zur Arbeitsplatz- und Wohnungsbeschaffung sowie zur Freizeitgestaltung. Grundlage für die Nachsorge ist die »Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger« vom 29.1.1991 (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht – in Kraft seit 1.4.1991; HzS Gr. 5, 1398 c).

Lösung Fall 3: Die stationäre Entzugsmaßnahme für Hans Müller wird von der Tiefenthal-Betriebskrankenkasse nach § 39 SGB V übernommen, denn Hans ist nach § 10 Abs. 2 SGB V bei Herrn Müller familienversichert. Auch die sich anschließende Entwöhnungstherapie hat die Tiefenthal-Betriebskrankenkasse nach § 39 SGB V als stationäre Maßnahme zu übernehmen, da Hans, der seither ausschließlich Schüler war, noch nicht rentenversichert ist. Zur Abgrenzung der Leistungspflicht von Krankenkasse und Rentenversicherungsträger bei Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen siehe Suchtkrankenvereinbarung vom 4.5.2001.

Neuerdings wird in Ausnahmefällen dann eine Substitutionsbehandlung mit Ersatzdrogen (Methadon) im Rahmen sonstiger Krankenhilfe-Maßnahmen geleistet, wenn Entzug/Entwöhnung kurzfristig nicht durchführbar sind und die andererseits notwendige Behandlung ohne Ersatzdroge nicht realisierbar ist (NUB-Richtlinien – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – vom 4.12.1990/2.7.1991; Deutsches Ärzteblatt 39/1991, 2180). Die Methadonabgabe kommt danach in Frage bei lebensbedrohlichen Entzugszuständen, Linderung schwerster Schmerzen, Aids-Erkrankung im Endstadium, stationären Maßnahmen, die keinen Entzug zulassen und bei Schwangerschaft/Entbindungen. Als Sonderprogramm werden in einigen Ländern bzw. Kommunen (NRW, Hamburg, Frankfurt) Ersatzdrogen auch lediglich zur Resozialisierung Drogenabhängiger abgegeben.

Psychisch Kranke

Für *psychisch Kranke* sind Maßnahmen der ambulanten und stationären Therapie zu leisten. Behandelbar sind Neurosen, Psychosen und Deprivationen (psychische Mangelzustände). *Ambulante Behandlung* durch die Krankenkassen nach § 28 SGB V muss entweder nach tiefenpsychologischen, analytischen oder nach verhaltenstherapeutischen Methoden erfolgen (Handbuch zum Sozialrecht HzS Gruppe 3, 1431). Bei der tiefenpsychologischen Psychotherapie werden unbewusste Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand aktualisiert. Die analytische Therapie nimmt dabei noch regressive und assoziative Momente zu Hilfe. Die Verhaltenstherapie beobachtet gezeigtes Verhalten und verändert es systematisch.

Nähere Modalitäten über die Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen finden sich in den Psychotherapierichtlinien vom 11.12.1998 (Handbuch zum Sozialrecht HzS Gruppe 3, 1431), in der Psychotherapievereinbarung vom 1.10.1990 (HzS Gruppe 3, 730) und in der Verhaltenstherapievereinbarung vom 15.5.1986 (HzS Gruppe 3, 921). Die Behandlung durchführen können nur ärztliche oder psychologische Therapeuten. Dies sind nach dem Psychotherapeutengesetz vom 16.6.1998 (BGBl. 1311) psychiatrische/neurologische Fachärzte oder Psychologen mit einer Zusatz-

ausbildung in psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch begründeten Therapieverfahren. Sie müssen als Vertragsärzte/Vertragstherapeuten zur kassenärztlichen Versorgung über die Kassenärztliche Vereinigung zugelassen sein. Bis 1998 konnten Psychologen nur im Delegationsverfahren von ärztlichen Therapeuten hinzugezogen werden. Für die psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen kommen auch in den genannten Therapieverfahren weitergebildete Diplom-Pädagogen/Diplom-Sozialpädagogen infrage.

Die Dauer ambulanter psychiatrischer Therapien kann bis weit über 100, ja bis 300 Sitzungen betragen. Diese sogenannten Langzeitbehandlungen (von 26 Sitzungen an – bis dahin spricht man von Kurzzeitbehandlung) sind von der Krankenkasse zuvor besonders genehmigungsbedürftig. Die Krankenkassen schalten hierzu einen Gutachter ein, gegen dessen Entscheidung ein Obergutachter angerufen werden kann. Die Kurzzeitbehandlung (bis 25 Sitzungen) ist lediglich auf Entscheidung des ärztlichen oder psychologischen Therapeuten hin möglich.

Auf Verordnung des ärztlichen/psychologischen Therapeuten kann auch *Arbeits- und Beschäftigungstherapie* durchgeführt werden, § 32 SGB V. Hiermit sollen psychisch bedingte Funktionseinschränkungen, Antriebs- und Kommunikationsstörungen überwunden werden. Ebenfalls ambulant ist nach § 74 SGB V eine (teilzeitige) berufliche Wiedereingliederung anzustreben. Diese Leistungen weitete die Gesundheitsreform 2000 zur Soziotherapie nach § 37a SGB V aus, die den psychisch Kranken zur Tagesstrukturierung und zur Nutzung medizinischer, psychiatrisch-rehabilitativer und psychosozialer Angebote befähigen soll. Hiermit soll stationäre Behandlung vermieden werden.

Die *stationäre Behandlung* psychisch Kranker ist bei Therapie-Zugänglichkeit ebenfalls auf Kosten der Krankenkassen nach § 39 SGB V möglich. Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik, bei nächtlichen Ängstigungen evtl. auch Nachtklinik) ist bei psychischen Krankheitsbildern nach § 39 Abs. 1 SGB V besonders angezeigt; die Zulassung von Institutsambulanzen nach § 118 SGB V erleichtert sie. Bei reiner Pflegebedürftigkeit – also manifesten, therapie-unzugänglichen psychischen Krankheitsbildern – scheidet die Krankenkasse als Kostenträger aus. Die dann aus Sicht der Krankenversicherung als nicht behandelbar Geltenden werden auf Kosten der Pflegekassen nach § 43 SGB XI bzw. auf Kosten der Sozialhilfe nach § 61 SGB XII versorgt (siehe Teile 6.6 und 7.1).

Zur *Rehabilitation psychisch Kranker* ist die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungs- und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17.11.1986 – die sogenannte RPK-Vereinbarung – zu beachten (HzS Gruppe 3, 873). Die medizinische Rehabilitation von bis zu einem Jahr Dauer soll vorrangig auf Kosten der Rentenversicherung, nachrangig auf die der Krankenkassen, erfolgen. Die bis zwei Jahre dauernde berufliche Rehabilitation soll wiederum vorrangig in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung, nachrangig in der der Arbeitsverwaltung erfolgen (Clausen u.a. 1996, 241 f.; siehe auch HzS Gruppe 5, 2509).

Aids-Erkrankte

Es gibt in Deutschland gegenwärtig etwa 50.000 bis 60.000 *Aids-Erkrankte* (weltweit rund 40 Millionen; Handlexikon der Behindertenpädagogik 2001, 275). Bei der Aids-Erkrankung, einem erworbenen Immun-Mangel-Syndrom (Acquired

Immuno Deficiency Syndrome), das mit schwersten Krankheitszeichen zum Tode führt, muss man die Infizierung mit dem HIV-Immuno-Mangel-Virus (Human Immuno-deficiency Virus) von der eigentlichen (Vollbild-)Erkrankung unterscheiden. Seit 1980 gibt es in Deutschland 44.000 Vollbild-Erkrankte und 23.000 Todesfälle (2003 waren es 700); jährlich infizieren sich etwa 2.000 Personen neu. Die lediglich Infizierten sind in keiner Weise krank. Es handelt sich um eine Un-Krankheit, allerdings mit starker psychischer Belastung. Die Infektion führt erst nach fünf bis zehn Jahren zu der dann tödlich verlaufenden Aids-Krankheit. Dies macht die Zuwendung zu den Infizierten, die sich oftmals als Todgeweihte empfinden, so schwierig.

Im Hinblick auf mögliche HIV-Infizierungen ist die Prophylaxe wichtig. Beim Sexualverkehr soll der männliche Partner ein Kondom benutzen, die Partnerin Nonoxinalhaltige Präparate (z.B. Patentex) in die Scheide einführen. Da die HIV-Infektion bei Drogenabhängigen gehäuft auftritt, sollten beim Drogenkonsum sterile Einmalspritzen benutzt werden. Zu vermeiden ist in der gefährdeten Population (Drogenabhängige, Personen mit wechselnden sexuellen Beziehungen) der gemeinsame Gebrauch von Gegenständen, die die Haut verletzen können, wie Rasierzeug, Nagelscheren, Tätowiernadeln.

Positiv *HIV-Infizierte* sind zu ermutigen, ihrer Angst Luft zu machen. Sie sollen alles vermeiden, was ihre Abwehrkraft schwächen und die Aids-Vollbildkrankheit frühzeitig zum Ausbruch bringen kann. Stress ist zu meiden. Mit drogenabhängigen HIV-Infizierten soll eine Entwöhnungsbehandlung zur Abstinenz durchgeführt werden. Die Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenkasse, Sozialamt) sind verpflichtet, diese Behandlungen zu finanzieren. Sie nehmen Infizierte in bestimmten quantitativen Relationen zu nicht-infizierten Abhängigen in ihre Einrichtungen auf. Renten wegen Erwerbsminderung sind nach § 43 SGB VI zu gewähren (vgl. die VDR-Empfehlungen HzS Gruppe 5, 1779). Mit HIV-infizierten Schwangeren ist ein Schwangerschaftsabbruch zu erwägen, den bei medizinischer Indikationsstellung die Krankenkasse nach § 24b SGB V bezahlt. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine infizierte Schwangere ein infiziertes Kind zur Welt bringt, liegt inzwischen bei unter 50 %.

Für Vollbild-Erkrankte bestehen Ansprüche gegenüber den Kranken- und Pflegekassen sowie gegenüber den Sozialämtern. Es bestehen in vielen Städten Aids-Hilfen, die als Selbsthilfegruppen nach § 20 Abs. 4 SGB V von den Krankenkassen förderbar sind. Es bestehen Ansprüche auf häusliche Krankenpflege (auch für Wohnprojekte der Aids-Hilfen) nach § 37 SGB V gegenüber den Krankenkassen, auf ambulante Pflegeleistungen nach §§ 36 ff. SGB XI gegenüber den Pflegekassen. Soweit kein Kranken- und kein Pflegeversicherungsschutz existiert, bestehen Ansprüche auf Krankenhilfe (§ 47 SGB XII) bzw. Pflegehilfe (§ 63 SGB XII) als Hilfen zur Gesundheit und zur Pflege nach SGB XII. Ist die Versorgung im häuslichen Umfeld bzw. in einem Wohnprojekt nicht mehr möglich, bestehen Ansprüche auf stationäre Versorgung nach §§ 39 SGB V, 48 SGB XII (Krankenhäuser) oder §§ 43 SGB XI, 61 SGB XII (Pflegeheime). Vereinzelt gibt es für die Lebensendphase Vollbild-Erkrankter auch Aids-Hospize (Frankfurt, Oberharmersbach/Schwarzwald, Olpe), wobei der Aids-Kranke einen Anspruch nach § 39a SGB V (Krankenkasse) bzw. § 48 SGB XII (Sozialamt) hat.