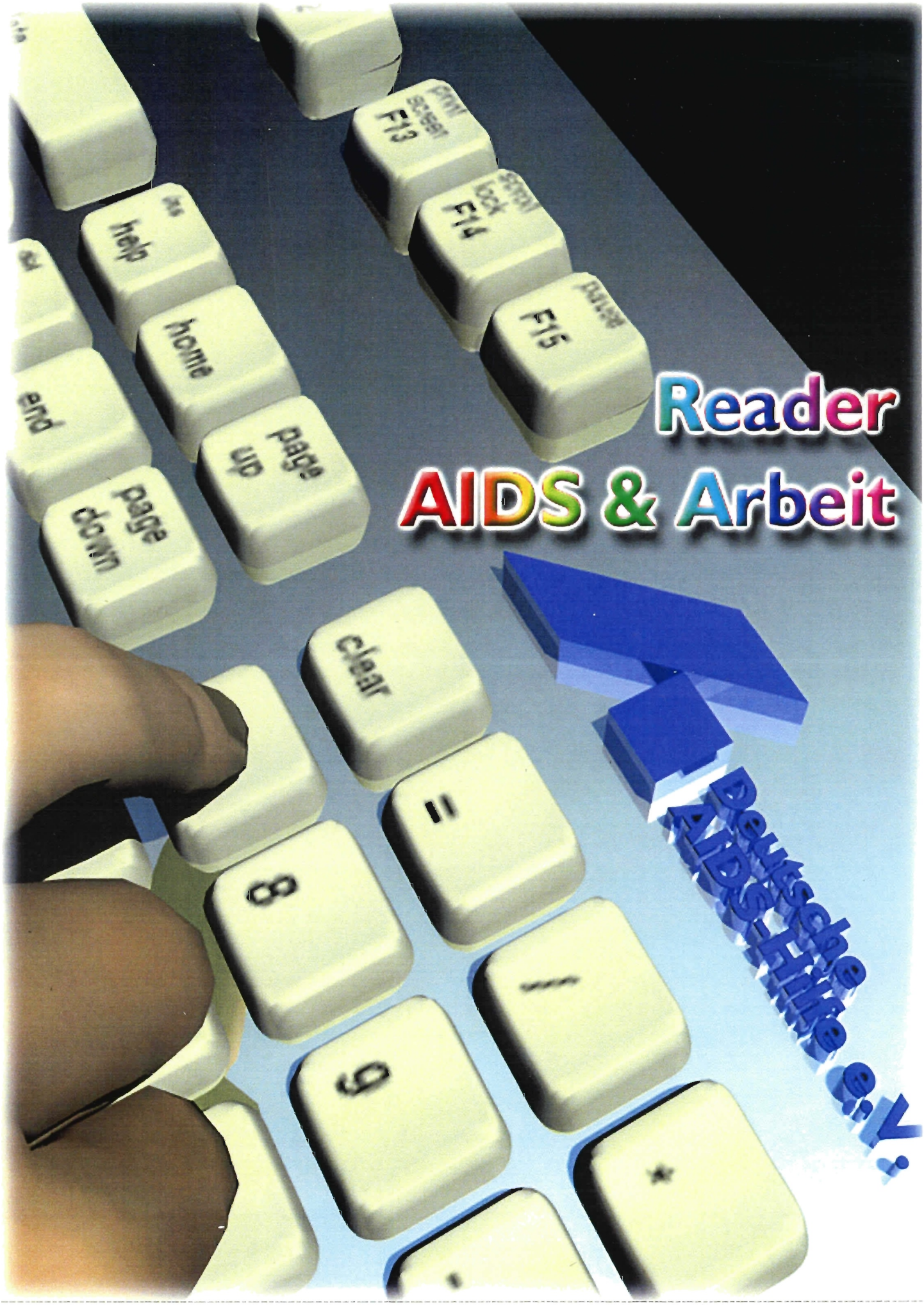
Reader
AIDS & Arbeit



Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

READER
AIDS & ARBEIT

Herausgeber:
Uli Meurer
Rudolf Tafelmeier

Berlin, Dezember 1999

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

http:\\www.aidshilfe.de
E-mail: dah@aidshilfe.de

Dezember 1999

Redaktion: Annette Fink, Karl Lemmen, Dirk Hetzel

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.:
Berliner Sparkasse, Konto-Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00
Die Deutsche AIDS-Hilfe ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

VORWORT 5

„ES IST OKAY; NICHT WIEDER ARBEITEN ZU WOLLEN" 7
Hansmartin Schön

AUF DER SUCHE NACH DEM JOB 9
L.S.

SICH EINE ZUKUNFT GEBEN 11
Martin K.

HIV/AIDS UND ERWERBSTÄTIGKEIT - EINE BEFRAGUNG FÜR MENSCHEN MIT HIV UND AIDS 14
kursiv e.V.

RENTENZUGÄNGE IN DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG DURCH AIDS, ARC UND HIV 36
Helga Exner-Freisfeld

QUALIFIZIERUNG UND BESCHÄFTIGUNG VON MENSCHEN MIT HIV UND AIDS - DAS PROJEKT ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT 49
Sabine Brinkmann und Anja Wulfhorst

WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ARBEITSLEBEN - DIE LEISTUNGEN DES ARBEITSAMTES 57
Max Keller

"PLÖTZLICH HABE ICH ES SCHWARZ AUF WEISS, WAS MIT MIR LOS IST" - ANTRAG AUF SCHWERBEHINDERUNG 60
Wolfgang Kohl

AIDS-HILFE ALS ARBEITGEBERIN - ERFAHRUNGEN AUS DER AIDS-HILFE KÖLN E.V. 64
Heidi Eichenbrenner

KOMBINATIONSTHERAPIE UND ARBEIT 70
Dr. Friedrich Glässel

KRANKGESCHRIEBEN SEIN UND ARBEITEN - WIEDEREINGLIEDERUNG IN DEN ARBEITSPROZESS 72
Rudolf Tafelmeier

UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN BEIM AUSSTIEG AUS DER ARBEIT ODER BEIM WIEDEREINSTIEG IN DIE ARBEIT 75
Jutta Benker

DIE PLANUNG DES RENTENBEGINNS 80
Rudolf Tafelmeier

ASPEKTE UND PROBLEME DER RENTENREFORM 85
Dorothea Franke

ENTSCHULDUNG 88
Andrea Brunner

Anhang 94
Staatliche Hilfen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Erwerbsunfähigkeits-Rentner A 13

Exkurs: Geänderte Renten (Rentenreformgesetz 1999) A 19

Sozialhilfeempfänger A 21

Arbeitslose im Leistungsbezug A 25

Exkurs: Neue Fördermöglichkeiten durch Bestimmungen des SGB III A 33

Menschen, die Krankengeld beziehen A 35

Potentielle Existenzgründer A 37

Vorwort

Das Thema „AIDS und Arbeit" ist für die AIDS-Hilfe kein neues, und dennoch gewinnt es angesichts der aktuellen Fortschritte bei den Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion ein neue Qualität.

Seit Beginn der HIV-Epidemie haben Menschen mit HIV und AIDS durch die Krankheit ihre Arbeit verloren. Unflexible Arbeitszeiten, fehlende Teilzeitarbeitsstellen, Unkenntnis über Infektionswege oder Vorurteile gegenüber Lebensstilen sind einige der Gründe, aus denen es HIV-Infizierten auch gegen ihren Willen versagt wurde, erwerbstätig zu bleiben bzw. aus denen sie Versetzungen auf andere Arbeitsgebiete hinnehmen mussten.

Neben diesen von außen bestimmten Faktoren gab es jedoch auch viele persönliche Gründe für einen beruflichen Ausstieg. Pessimistische Perspektiven hinsichtlich der Überlebenszeit veranlassten viele, vorzeitig aus dem Beruf auszuscheiden, ihre Ausbildung abzubrechen und in Rente zu gehen. Den vermeintlich kurzen Rest des Lebens wollten viele ohne beruflichen Stress genießen. Man gönnte sich eine „letzte" Urlaubsreise oder großzügige Anschaffungen - manchmal ohne ausreichende finanzielle Rücklagen. Doch im Angesicht des baldigen Todes schienen Schulden, eine fehlende Ausbildung und die berufliche Karriere keine Rolle mehr zu spielen.

Seitdem die antiretroviralen Kombinationstherapien in den westlichen Industrienationen verfügbar sind, ist aus der „Einbahnstraße AIDS und Arbeit" ein vielschichtiges Thema mit neuen Herausforderungen für uns geworden. Nicht nur die heute noch gesunden HIV-Positiven können auf eine wesentlich bessere Prognose vertrauen, auch manche/r Sterbenskranke/r hat sich vom Krankenlager erhoben und will wieder arbeiten.

Mit der wieder gewonnenen Zeit rücken Fragen nach der persönlichen Lebensplanung wieder in den Vordergrund. Dazu gehören auch Überlegungen in Richtung eines Wiedereinstiegs ins Berufsleben oder einer Nachqualifizierung für neue Anforderungen des Arbeitsmarktes. Die Autorinnen und Autoren dieses Readers haben es geschafft, die vielfältigen Aspekte rund um das Thema AIDS und Arbeit zu beleuchten.

Wie Studienergebnisse aus Berlin und Hamburg und Projekterfahrungen aus Bielefeld verdeutlichen, sind für Menschen mit HIV und AIDS die Fragen nach dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben ebenso von Interesse bei wie die zur Rückkehr in den Beruf. Dies deutet darauf hin, dass ein Erwerbsleben allein durch die verlängerte Lebenszeit und die Verdrängung der unmittelbaren Todesbedrohung durch AIDS nicht zwangsläufig erträglicher oder überhaupt möglich geworden ist. Nicht zuletzt können die strengen Einnahmevorschriften und die Nebenwirkungen einer antiretroviralen Therapie eine geregelte Beschäftigung be- und verhindern. Die Bewältigung der Infektion bzw. der Erkrankung ist ohnehin eine Herausforderung für die Betroffenen; im Arbeitsalltag kann sie leicht zur Überforderung werden. Die gesellschaftlichen wie arbeitspolitischen Rahmenbedingungen gehen nach wie vor nicht angemessen auf die besonderen Bedürfnisse von Behinderten oder chronisch Erkrankten ein. Hier wird es zunehmend als Aufgabe von AIDS-Hilfe-Arbeit angesehen, über die Ausschöpfung aller bisher vorhandenen Förderinstrumente hinaus neue Wege der (Re-)Integration von Menschen mit HIV und AIDS ins Arbeitsleben einzufordern und durchzusetzen.

Das Thema Entschuldung gewinnt angesichts der veränderten Lebensperspektiven eine neue Qualität. Neue Möglichkeiten der Schuldenregulierung und eine vorausschauende Verantwortungsübernahme sind gefragt, wenn der berufliche Wiedereinstieg auch mit einer Verbesserung der materiellen Situation der Betroffenen verbunden sein soll.

Einige Beiträge machen den Zusammenhang zwischen AIDS und Armut deutlich. Hier zeigt sich, dass HIV-positive Frauen im Vergleich zu Männern deutlich benachteiligt sind. Sie sind im Durchschnitt jünger, weniger gut ausgebildet und schlechter bezahlt als männliche Betroffene. In unserem gegenwärtigen Rentenversicherungssystem stehen ihnen daher – wenn überhaupt – nur geringe Leistungen zu.

Der Gefahr, den Blick bei diesem Thema all zu sehr auf die Lohnarbeit zu richten, begegnet ein einleitender Beitrag aus Betroffenensicht. Die Erwerbstätigkeit als notwendige und wichtigste Vorausset-

zung für eine sinnvolle Lebensgestaltung anzusehen, entspricht ohnehin nicht mehr der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Im Einzelfall stellt sich die kritische Frage, welche Motive dem Wunsch nach einer Rückkehr in den Beruf zu Grunde liegen. Geht es darum, sich finanziell besser zu stellen, die Bestätigung zu finden, die Arbeit vermitteln kann, oder sich den gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu beugen: Nur wer arbeitet, zählt. Wer nicht arbeitet, ist faul und wertlos. In der Beratung gilt es deshalb immer genau zu prüfen, ob die Bedingungen des Arbeitsalltags dem individuellen Gesundheitszustand dienlich sind oder ob es für die/den Einzelne/n ratsamer erscheint, den Beruf aufzugeben bzw. Rentner/in zu bleiben. Wer sich für ein Leben ohne (Lohn-)Arbeit entscheidet, sollte auf der Suche nach anderen Formen der sinnstiftenden und erfüllenden Beschäftigung bei uns Unterstützung finden.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. hat für das Jahr 2000 den Focus auf das Thema AIDS und Beschäftigung erweitert

Uli Meurer
Deutsche AIDS-Hilfe

Rudolf Tafelmeier
Münchner AIDS-Hilfe

„ES IST OKAY, NICHT WIEDER ARBEITEN ZU WOLLEN"

Hansmartin Schön

„Arbeit ist das halbe Leben", diese Redensart drückt aus, wie bestimmend Arbeit und Beruf für unser Dasein sind. Ein Leben ohne Arbeit, ist das nur ein halbes Leben? Dieser unbestimmte Verdacht liegt nahe, gehen wir unseren Gefühlen nach. Wer nicht arbeitet, handelt egoistisch und verantwortungslos. So sagt es jedenfalls unsere Sozialisation.

Aber da gibt es noch eine andere Hälfte, die nichts mit Arbeit zu tun hat. Also könnte man auch sagen "Freizeit ist das halbe Leben". Verzichtet jemand auf seine Freizeit, bekommt er dann ein schlechtes Gewissen? Wohl eher nicht. Haben wir es hier etwa mit einem Ungleichgewicht zu tun? Gilt Arbeit mehr als nicht zu arbeiten?

Die Antwort darauf wird zu der zentralen Frage für den, der mit einem Leben ohne Arbeit zurechtkommen will oder muss. Hier gibt es einiges zu bedenken, und diese Entscheidung wird ja in der Regel nicht freiwillig getroffen, sondern zumindest mitbestimmt durch die Verminderung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit (ein Zustand, der uns durch den Verlauf der HIV-Infektion hinlänglich bekannt ist).

Ist Arbeit auf der einen Seite das lebensbestimmende Element, so nagen auch viele negative Faktoren des beruflichen Alltags an unseren Lebensgeistern. Die psychische Konstitution kommt aus dem Trab, die sich mehrenden Arztbesuche hindern daran, einem geregelten Arbeitsablauf nachzukommen. Das sind Lebensumstände, die keineswegs zur Stabilisierung unserer Gesundheit dienen.

Der Schritt aus dem Berufsleben ist ein aktiver Akt. Und ich denke, es ist hilfreich, sich mit einem Leben ohne Arbeit möglicht frühzeitig zu befassen, so dass man sich der Folgen eines endgültigen Ausscheidens aus dem Arbeitsleben bewusst ist. Es war gar nicht so leicht, die Perspektiven, die nach einem Arbeitsleben eine Rolle spielen, im Voraus zu begreifen.

Sich frühzeitig auf den wichtigen Schritt vorbereiten

Hierzu dienen eingehende fachliche Beratungsgespräche, z. B. durch die AIDS-Hilfen, um die eigenen vielfältigen und ungelösten Fragen erörtern zu können. Hilfreich und unterstützend in diesem Prozess ist sicherlich auch eine Kur, wie sie von den Versicherungsträgern angeboten wird, oder eine regelmäßige psychologische Betreuung. Gerade in jungen Lebensjahren ist an der Schwelle zwischen dem Leben mit Arbeit und dem Leben ohne Arbeit diese professionelle Unterstützung nicht zu unterschätzen.

Insbesondere sollte man über seine zukünftige finanzielle Absicherung Bescheid wissen. Hierzu gehören auch so ganz banale Dinge wie sich die letzten Schulbescheinigungen zu besorgen und Fehlzeiten zu begründen. Dies dient zur Erstellung eines lückenlosen Versicherungsverlaufs und der darauf folgenden Rentenberechnung.

Wer das frühzeitig packt, weiß, was ihn erwartet. Und wohl dem, der für einen solch wichtigen Schritt gut vorbereitet ist, bevor er von der Krankenkasse zur Stellung eines Rentenantrags verpflichtet wird - ein Vorgang, der nach längeren Krankheitszeiten nicht so selten ist.

Zeichnen sich ausreichende Lebensperspektiven ab, so können wir uns vorerst wieder ruhig zurücklehnen und der angestammten Arbeit nachgehen. Und betrachtet man den möglichen längeren zeitlichen Verlauf zwischen dem Wunsch nach Ruhestand und dem tatsächlichen Eintreten in denselben, beruhigen sichere und berechenbare Zukunftsaussichten.

Auch wenn wir gut vorbereitet in den Ruhestand gehen, wird natürlich nichts so eintreffen wie erwartet. Gerade der tatsächliche Übergang in ein Leben ohne Arbeit vergeht nicht so reibungslos, und mancher wünscht sich sehr schnell die alten Zeiten zurück. Aber gerade die Abwesenheit der negati-

ven Einflüsse von Arbeit dienen der Stabilisierung unserer Gesundheit, und dies ist ein ernst zu nehmender Zustand. Es eröffnen sich neue Einsichten in das eigene Leben, die denen von Arbeit durchaus ebenbürtig sind. Diese zu erkennen und auszufüllen erfordert schon ein gehöriges Maß an innerer Beteiligung. So beginnt nach dem Eintritt in den Ruhestand zuerst ein innerer Unruhestand, der bewältigt sein will. Es heißt Abschied nehmen von Vergangenem und auch Unwiederbringlichem, Illusionen begraben, aber auch wieder Hoffnung schöpfen für ein neues Leben.

Belohnt wird durch die Möglichkeit, sich neuen Aufgaben zu stellen, einem Hobby nachzugehen und neues seelisches Kapital zu sammeln. Menschen, die ihre neue Lebenssituation so clever angehen, werden Freude und Zufriedenheit erleben, und das bedeutet mehr Lebensqualität.

Und Lebensqualität, die wächst, bietet Unterstützung zur Erhaltung unserer Gesundheit und hilft, dem verpflichtenden Schema unser modernen antiviralen Therapien nachzukommen und ein zufriedener Mensch zu werden.

Zufriedene Menschen werden gut gelitten in Gesellschaft und unter Freunden - und was will man mehr?

Hansmartin Schön, geb. 13.7.1950, lebt in München, Dipl. Soz.-Päd. (FH).
Er leitete 14 Jahre eine Werkstatt für Behinderte und ist seit 1995 in Rente.

AUF DER SUCHE NACH DEM JOB

L. S.

Was den Berufsweg angeht, bin ich mit meiner Patchwork-Karriere wahrscheinlich ein recht typisches Beispiel für viele HIV-Infizierte: Als ich in Berlin studiert habe, war es mir sehr wichtig, mich an einem schwulesbischen Radioprojekt zu beteiligen, in das ich viel Energie steckte. Darüber vergaß ich, dass ich mit meinem Studium eigentlich irgendwann mal Geld verdienen sollte, und ich investierte mehr Energie in das Projekt anstatt in mein Examen. Ich arbeitete nebenher, rutschte in eine feste Arbeitsstelle rein und habe dann nochmals begonnen, meinen Abschluss zu machen. Just als ich an meiner Magisterarbeit saß, ereilte mich die frohe Botschaft: „Herr S., Sie sind leider HIV-positiv, und ich muss Ihnen mitteilen, dass Ihr Immunsystem weitgehend verschwunden ist. Ich würde Ihnen aus diesem Grund raten, AZT zu nehmen."

Ich dachte, der Sessel, auf dem ich saß, flöge mit mir rückwärts zur Tür hinaus, denn ich hatte mit allem, aber keinem *fortgeschrittenen Immundefekt* gerechnet. In der folgenden Panik überlegte ich mir, wie weiter, was tust du jetzt? In dieser Situation schien es mir vernünftig, das deprimierende Thema meiner Magisterarbeit, in die ich viel Herzblut investiert hatte, - es ging um polnische Zwangsarbeiter während des Dritten Reichs - aus meinem Leben zu eliminieren. Ich hatte in *Heile-dich-selbst*-Büchern gelesen, deprimierende Dinge solle man in Krisensituationen aus seinem Leben verschwinden lassen, also tat ich das. Später habe ich es bereut, denn nun hatte ich keinen Studienabschluss (was mir später bei der Rentenberechnung heimgezahlt werden sollte...)

Ich dachte, ich müsste mich jetzt so schnell wie möglich sozial absichern, noch was für die Rente tun und eine Arbeitsstelle finden, was sich extrem schwierig gestaltete. Zum einen hatte ich das Gefühl, der Topf mit dem Sprung zu sein, nichts mehr wert zu sein. Vielleicht habe ich das auch nach außen vermittelt, jedenfalls blieben alle Bewerbungen ohne Erfolg. Bekümmernd war für mich, dass das z.T. auch in der regionalen AIDS-Hilfe-Organisation so war, wo ich durch ehrenamtliche Tätigkeit ganz gut bekannt war und ein Entscheidungsträger zu meiner Bewerbung noch gesagt hatte: „Klasse, dass du das machen willst!" Ich war also ganz zuversichtlich und machte mir Hoffnungen, um dann zu hören, dass die Stelle jetzt aber aus Quotengründen mit einer Frau besetzt werden müsse. Letztendlich bekam sie ein HIV-negativer Mann. In meiner Situation hätte ich mir einen Funken Ehrlichkeit gewünscht. Später erhielt ich einen Anruf, dass ich mich nochmals bewerben sollte. Meine Hoffnungen schossen erneut ins Kraut, doch dann lag ein Wisch in meinem Briefkasten, nicht einmal unterschrieben, mit der Begründung: Leider konnten wir Ihre Bewerbung nicht berücksichtigen, und außerdem haben wir zuwenig Bewerbungen erhalten." Aha, deshalb hatte ich den Job nicht bekommen! Klingt ja auch logisch, oder?

Eine widerliche Situation

Das war mehr als frustrierend. Mein damaliger Freund, der eine Arztpraxis hatte, setzte mit seiner Bemerkung, er würde mich auch nicht einstellen, noch einen drauf. Zuerst dachte ich, dem reiß ich gleich die Ohren runter, dann aber wurde mir klar, dass es für einen kleinen Betrieb wirklich sehr schwierig ist, wenn Mitarbeiter/innen längerfristig krank sein. Ich habe mich weiter beworben, verschwieg meine Infektion und bekam dank meiner Sprachkenntnisse eine Stelle in einer kleinen Werbeagentur. Sie war zwar miserabel bezahlt, aber ich war dennoch sehr glücklich darüber. Allerdings war mein Arbeitstag lang; ich verließ morgens kurz nach sechs das Haus und kam abends gegen sechs wieder zurück. Das war mit sehr viel Stress verbunden; dem sozialen Druck bei der Arbeit fühlte ich mich nicht gewachsen. Es ging um ganz banale Sachen, von denen man eigentlich nicht gern erzählt: Ich musste etwa dreimal am Tag mit Blähungen auf die Toilette gehen, die so gelegen war, dass ich alle Flurgespräche hören konnte. Umgekehrt musste ich annehmen, dass man alle von meinem Körper produzierten Geräusche auch draußen mitbekommen würde. Ich fühlte mich furchtbar und hatte die Angst, wenn die "da draußen" vor der Kabine etwas erahnen sollten, wirst du entlassen. Mir hätte dann auch kein Arbeitslosengeld zugestanden, weil ich zuvor selbstständig gewesen war. Eine widerliche Situation. Schließlich bekam ich während der Probezeit Fieber und bösartigen Husten. Die Krankschreibung bedeutete dann postwendend die Kündigung.

Nun lebte ich von Krankengeld. Es ging mir gesundheitlich bald sehr schlecht. Ich konnte nicht mehr

alleine einkaufen gehen. Eine Station U-Bahn fahren und eine Tasche tragen, das war schon so anstrengend, dass ich danach sofort schlafen musste. Doch von einem Tag zum nächsten waren neue Medikamente verfügbar, die mir erlaubten, allmählich wieder ein ganz normales Leben zu führen. Vor einem Dreivierteljahr sollte ich noch in ein Programm für Menschen mit *wasting syndrome* aufgenommen werden, jetzt bemühte ich mich abzunehmen, weil ich mir zu pummelig schien. Ich begann, wieder Sport zu treiben, und langsam kam mein Selbstvertrauen zurück. Mit anderen initiierte ich das Projekt "AIDS und Arbeit", das Menschen mit HIV und AIDS zu neuen Perspektiven verhelfen sollte. Vielleicht ließe sich für mich ja auch ein Schwerbehindertenarbeitsplatz einrichten?

Gleichzeitig begann ich, mich wieder auf "ganz normale" Stellenanzeigen zu bewerben. Plötzlich standen mir mehrere Möglichkeiten offen. Eine Arbeit an der Rezeption eines wissenschaftlichen Instituts - eine Schwangerschaftsvertretung - lehnte ich ab, weil sie mir zu langweilig schien! Denn auf einmal kam die Arbeit zu MIR - eine ehemalige Vorgesetzte wollte genau MICH als Kollegen in der Behindertenarbeit!

Gedanken zu Neujahr 1997: Ich muss mich entscheiden, nachdem ich vor einem Dreivierteljahr noch dachte, aus dir wird nie mehr etwas, du gehst in Rente, und danach wird der Sargdeckel geschlossen. Das ist für mich eine aufregende Entwicklung. Ich habe auch keine Lust, mir auszumalen, was alles auf mich zukommen könnte. Natürlich könnte ich fürchterliche Lymphome bekommen; es sieht aber im Moment nicht so aus. Ich denke, auf uns Menschen mit HIV wartet eine Krankheit, die zum Tode führt, und wenn es erst in fünfzig Jahren ist. Deshalb bemühe ich mich, im Moment meine Träume zu verwirklichen und zu leben. Und nicht darauf zu warten, dass das irgendwann in zehn Jahren vielleicht mal passiert. Was für ein tolles Projekt so eine WG für geistig behinderte Erwachsene doch ist! Und dass mir sowas nochmal angeboten wird...

Und nun, nachdem ich's geschafft habe ins Jahr 2000?

- Patchwork-Karrieren gelten im Jahre zwo nach Kohl als weit verbreitet.
- Der Absender meiner Absage in jener AIDS-Organisation wurde wenig später selbst wegrationalisiert und durch engagierte Mitarbeiter ersetzt.
- "AIDS und Arbeit" heißt jetzt "Aids und Arbeit", und wirklich, da arbeitet auch jemand, der selbst ein richtig Betroffener ist, zum Anfassen sozusagen. Leider kann nur beraten werden, aus der geplanten Jobvermittlung wurde nichts.
- Meine Kollegin, mit der ich zusammen in Polen die Interviews gemacht habe, hat bei der Aufspürung deutscher Firmen mitgewirkt, die im Zweiten Weltkrieg Zwangsarbeiter beschäftigten.
- Und ich selbst? 1997 habe ich eine Stelle in der Behindertenarbeit angetreten, aber nicht in der erwähnten WG, wo man gerne mit mir zusammengearbeitet hätte. Denn eine Dame in der Verwaltung hatte sich gedacht, wie lustig es doch wäre, wenn Berlin nun auf ihr Dekret hin zusammenwüchse. Ich landete also bei gutkommunistischen Erzieherinnen im Osten der Stadt, die mit einem schwulen HIVie aus dem Westen natürlich überhaupt nichts anfangen konnten. Da wankte ich zehn Tage lang während einer Grippewelle mit Fieber alleine zum Dienst ("Zähne zusammenbeißen, du schaffst das!"), während die HIV-Negativen aller Abteilungen im Haus in ihre Betten schwitzten. Suspekt blieb ich denen aber so oder so: Warum dieser Marsmensch dann auch noch obendrein bei seiner Arbeit einen Riesenspaß hat und mit den Behinderten Urlaubsreisen zum Wüste gucken nach Tunesien machen will, wo die doch viel bequemer und billiger im Erzgebirge bei *Quetschkartoffeln* verwahrt werden können! Bald brach das schmallippige Mobbing los, ich schlief nicht mehr, wurde depressiv, dachte mir: "Leckt mich doch alle!" und wurde berentet.

Somit hatte alles seine gute, alte Ordnung: Der Osten war wieder rot und gesund, der HIVie da, wo er hingehört - beim Postrentendienst, der nicht mal meine Wohnungsmiete deckt. Hätte ich nicht mit einer privaten BU-Rente vorgesorgt, ich hätte mich vor die U-Bahn gelegt. So aber leiste ich mir inzwischen ein Abo im Sportstudio, esse brav Glutamin, damit die Muskeln schneller wachsen und ich möglichst knackig aussehe. Meine Laborwerte haben sich richtig gut entwickelt. Lymphome habe ich bis jetzt keine bekommen, aber ein kleines, neues Kaposilein ruft mir zu: "noch da, noch da!" Nachdem ich in der Positiven-Malgruppe "Rosa Reiter" wieder mit dem Malen begonnen und einen (immerhin!) Anerkennungspreis beim Kunstwettbewerb für von AIDS betroffene Künstler/innen gewonnen habe, brodeln neue Ideen, den ersten, den zweiten und - wie viele gibt's überhaupt für uns? - Arbeitsmarkt zu überlisten. Denn dass ich jetzt mit im Schoß gefalteten Händen darauf warte, dass sich in 24 Jahren meine EU- in eine Altersrente verwandelt, das glauben wir doch nicht ernsthaft, oder?

SICH EINE ZUKUNFT GEBEN

Martin K.

1991 wurde ich während eines Gefängnis-Aufenthaltes im Rahmen des heute immer noch gültigen Bayerischen Maßnahmenkataloges gegen meinen Willen auf HIV-Antikörper getestet. Der Chefarzt der Justizvollzugsanstalt (JVA) teilte mir den Befund „HIV-positiv" mit, anschließend war ich, bedingt durch die Gegebenheiten in der JVA, auf mich allein gestellt. Gewisse „Vorsichtsmaßnahmen" wurden getroffen, die hauptsächlich Isolierung für mich bedeuteten. Zunächst musste ich für mich selbst herausfinden, was es eigentlich heißt, mit dieser Diagnose zu leben und welche Zukunft ich nun zu erwarten hätte. Ich konnte mir damals absolut nicht vorstellen, mich zu outen oder mich einer dritten Person anzuvertrauen. Von meinem sozialen Umfeld ohnehin schon wegen der Haftstrafe verurteilt, wollte ich weitere Isolation vermeiden. Die Krankenabteilung wies mich auf die psychosoziale Betreuung und Begleitung der AIDS-Hilfe hin, die ich jedoch anfangs aus Angst, dass dadurch meine Infektion ans Licht kommen könnte, nicht in Anspruch nehmen wollte.

Zur fachärztlichen Behandlung wurde eine Schwerpunktpraxis hinzu gezogen, die mich genauer über den Verlauf der HIV-Erkrankung und über Therapiemöglichkeiten informierte. Antiretrovirale Medikamente bekam ich nicht, da meine Blutwerte noch im „grünen Bereich" lagen.

Nach der Entlassung hatte ich bei der damals bereits desolaten Arbeitsmarktlage wenig Chancen, wieder eine Stelle im kaufmännischen Bereich zu finden - schon gar nicht mit einer Vorstrafe im Lebenslauf. Diese Vergangenheit verfolgte mich im Prinzip bei jedem Bewerbungsgespräch. Ohne ein berufliches Ziel vor Augen zu haben, jobbte ich jeweils für kurze Zeitabschnitte oder lebte von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe.

1994 erlitt meine Mutter, zu der ich eine sehr enge Bindung hatte, einen schweren Schlaganfall. Bis dahin war sie eine vitale und gesunde Frau, und es machte mir immens zu schaffen, mich nun einer Schwerstkranken gegenüber zu sehen. Mein eigenes gesundheitliches Befinden verschlechterte sich. Die Tatsache, dem Ganzen relativ hilflos ausgeliefert zu sein, versetzte mich in einen ohnmachtsähnlichen Zustand. Es kam in dieser Zeit zu ersten, heftigen Fieberschüben und massiven Hautausschlägen. Auch meine Laborwerte verschlechterten sich: weniger als 200 Helferzellen und eine Virusbelastung von 450.000. Die inzwischen verordnete Therapie mit Retrovir und Epivir zeigte so gut wie keinen Erfolg mehr.

Ich nahm keinen Anteil mehr am Leben

Meine Hoffnung auf eine berufliche Zukunft verringerte sich zusehends, und mir wurde klar, dass ich ohne fremde Hilfe aus meiner Situation nicht mehr herausfinden würde. Depressionen verfolgten mich, ich sah eigentlich keinen Grund mehr, morgens aufzustehen und einem geregelten Tagesablauf nachzugehen. Mein Leben bestand nur noch aus Besuchen bei meiner Mutter im Pflegeheim, danach flüchtete ich in den Schlaf. Am sonstigen Leben nahm ich keinen Anteil mehr.

Ich kam zu dem Entschluss, eine Langzeit-Psychotherapie zu beginnen, und erinnerte mich auch an die psychosoziale Unterstützung der AIDS-Hilfe. Ich sah selbst ein, dass es so nicht mehr weitergehen konnte. Mein behandelnder Arzt riet mir zu einer neuen Zweifach-Kombination (Zerit und Epivir), die jedoch auf Dauer gesehen wenig Erfolge brachte. Der Therapeut und einige Freunde überzeugten mich, eine vom Arbeitsamt geförderte Umschulungsmaßnahme zum Werbekaufmann anzutreten, die mir nach anfänglichen Schwierigkeiten bewilligt wurde. Trotz der enormen nervlichen Anspannung gelang es mir, diese Umschulung erfolgreich zu absolvieren. Aber auch hier verfolgte mich wieder meine Vergangenheit, und es gelang mir nicht, in diesem Bereich unterzukommen.

Der gesundheitliche Zustand meiner Mutter verschlechterte sich immer mehr. Ihren Tod sah ich letztendlich als Chance, wieder neu anzufangen. Nachdem ich die IHK-Prüfung bestanden hatte, war ich erneut arbeitslos und hätte ohne ergänzende Sozialhilfe noch nicht mal mehr meine Miete zahlen können. Es machte mir Angst, Bewerbungen überhaupt zu schreiben und abzusenden, es erschien mir sinnlos. Ich sah keine Perspektive mehr, da sich auch mein soziales Umfeld von mir mehr oder weniger fernhielt. Es gehört nicht gerade zum guten Ton, Kontakt zu einem Sozialhilfeempfänger zu pfle-

gen.

Aus dieser scheinbar ausweglosen Lage beging ich wieder kleinere Delikte und wurde zu einer Geldstrafe verurteilt. Der zuständige Richter wies mich aber darauf hin, dass ich diese Strafe auch in Form von gemeinnütziger Arbeit tilgen könnte. Sofort fiel mir ein, dass die AIDS-Hilfe zu den anerkannten Einrichtungen gehört, in denen sogenannte Sozialstunden abgeleistet werden können. Den Kontakt zur AIDS-Hilfe hatte ich stets aufrechterhalten, denn ich fühlte mich von Anfang an dort "gut aufgehoben" und beraten. Ich galt als zuverlässiger Klient, und man unterstützte mich stets mit kompetenter Beratung und Lebenshilfe.

Glücklicherweise konnte die AIDS-Hilfe in der Verwaltung zusätzliche Unterstützung gebrauchen, so dass es kein Problem war, die Strafe dort abzuarbeiten. Nach einer kurzen Einarbeitungsphase konnte ich die Telefonzentrale und den Empfangsbereich übernehmen. Da ich ja auch während dieser Zeit auf Arbeitslosenhilfe und ergänzende Sozialhilfe angewiesen war, stellte die AIDS-Hilfe den Antrag, mich im Rahmen des § 21 Bundessozialhilfegesetz - Hilfe zur Arbeit - befristet zu beschäftigen. Sie hob in dem Schreiben meinen guten Umgang mit Klienten und Klientinnen, meine Teamfähigkeit und meine Zuverlässigkeit hervor. Mittlerweile bin ich seit fast anderthalb Jahren hier tätig. Neben meiner bezahlten Arbeit bin ich auch ehrenamtlich in der Ausbildung neuer freiwilliger Helfer/innen beschäftigt.

Die Verurteilung als einschneidende positive Wende

Nach den Richtlinien der Fachstelle für Arbeit ist eine Anstellung auf dieser Basis auf maximal zwei Jahre begrenzt. Ich habe allerdings gute Chancen, in ein zukünftiges Projekt übernommen zu werden. Somit sehe ich im Nachhinein die damalige Verurteilung als eine einschneidende positive Wende in meinem Leben an.

Auch mein Gesundheitszustand hat sich entscheidend verbessert. Seit etwa einem Jahr werde ich mit antiretroviralen Medikamenten aus den drei verfügbaren Substanzklassen (Forovase, Videx und Viramune) behandelt. Ich vertrage die Mittel und habe keine Probleme mit dem Einnahmeschema. Die Virusbelastung in meinem Blut ist auf 5000 gesunken, und ich habe wieder 900 Helferzellen.

Allerdings bin ich der festen Überzeugung, dass der psychische Zustand einen wesentlichen Einfluss auf das körperliche Befinden hat. Wenn das Leben in geregelten und geordneten Bahnen verläuft und der Wille zur Kooperation mit den Behandelnden in Medizin und Psychotherapie besteht, stellen sich automatisch zufriedenstellende Ergebnisse in punkto Lebensqualität ein. Mittlerweile gehe ich ohne Angst oder Bedenken zu Untersuchungen, und es wird mir in der AIDS-Hilfe auch nicht angekreidet, wenn ich meine Arbeitskraft in einer Krankheitsphase nicht einsetzen kann.

Die Behandlung aktiv mitgestalten

Ohne Einschränkungen kann ich guten Gewissens behaupten, dass mein Arbeitsplatz bei der AIDS-Hilfe weitaus mehr darstellt als eine Beschäftigung und Einnahmequelle. Es existiert ein ganz persönlicher Bezug zu den einzelnen Kollegen und Kolleginnen, die mich tatkräftig in meinem Entschuldungsverfahren unterstützt haben. Ich hatte viele Schulden, die mich seit Jahren kontinuierlich verfolgten und enorm belasteten. Sicherlich ist es nachvollziehbar, dass ständige Mahnungen oder Vorladungen zwecks eidesstattlicher Versicherung sowie der Kontakt mit Gerichtsvollziehern für die Gesundheit nicht gerade zuträglich sind. Inzwischen kann ich es mir leisten, auch mal auszugehen oder zu verreisen. Darüber hinaus habe ich mir im Laufe der Zeit auch wieder ein intaktes soziales Umfeld aufgebaut und einen Freundeskreis gefunden, auf den man jederzeit zählen kann.

Obwohl das Versorgungsamt mir einen Schwerbehinderungsgrad von derzeit 70% bescheinigt hat, fühle ich mich nach wie vor arbeitsfähig, und das Thema Rente liegt für mich in weiter Zukunft. Ich bin jetzt 40 Jahre alt, fast zehn Jahre lang habe ich aus meinem Leben nichts gemacht. Ich sehe diesen Umbruch als Chance, mich wieder in der Arbeitswelt zu integrieren und meinem gesamten Leben wieder einen wirklichen Sinn zu geben. Noch vor einigen Jahren hatte ich entweder die Möglichkeit, mich aufzugeben oder aber die Energie zu entwickeln, ein neues, anderes Leben zu führen.

Ganz ohne jeden Zweifel haben die derzeit verfügbaren Medikamente hierzu einen beträchtlichen Beitrag geleistet. Ohne sie hätten sich meine Werte mit großer Wahrscheinlichkeit nicht verbessert, und

ich hätte mich selbst weitestgehend aufgegeben. Von großer Bedeutung war und ist hier für mich das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Häufig kommt der AIDS-Hilfe dabei der unterstützende Part zu; sie muss die Infizierten und Erkrankten darin bestärken, ein Medikament auch einmal abzulehnen, wenn man es nicht verträgt oder die Darreichungsform als Zumutung empfindet. Fazit: Die Betroffenen sollten sich nicht nur behandeln lassen, sondern die Behandlung aktiv mitgestalten. Für ebenso wichtig halte ich eine regelmäßige Psychotherapie. Es erscheint mir notwendig, die eigenen Verhaltensweisen zu reflektieren und verstehen zu lernen, warum man sich in bestimmten Situationen gerade in typischer oder auch atypischer Art und Weise verhält. Auch in Fortbildungsseminaren zu meiner ehrenamtlichen Arbeit konnte ich vieles lernen und in die Realität umsetzen. Ich sehe die Dinge mittlerweile differenzierter als früher und stelle Überlegungen an, bevor ich mich für etwas definitiv entscheide. Vielleicht ist mir durch meinen kurzen Bericht gelungen, auch anderen Betroffenen Mut zu machen und sie für diese Form der Arbeit und Weiterentwicklung zu animieren.

HIV/AIDS UND ERWERBSTÄTIGKEIT

Eine Befragung für Menschen mit HIV und AIDS
Ergebnisse der Umfrage - September 1998

Aids und Arbeit - kursiv e.V./Schwulenberatung*
Mommsenstr. 45; 10629 Berlin

Inhalt

I Projektdarstellung
II Zur Anlage der Studie
- II.1 Ziele
- II.2 Entwicklung des Fragebogens
- II.3 Durchführung der Erhebung

III Allgemeine Angaben zu den Befragungsteilnehmer/innen
- III.1 Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung
- III.2 Erkrankung
- III.3 Ausbildung
- III.4 Erwerbstätigkeit
- III.5 Einkommen

IV Erwerbstätige
- IV.1 Ausbildung
- IV.2 Berufspositionen
- IV.3 Einkommen
- IV.4 Zeit im Erwerbsleben
- IV.5 Stellenwert der Erwerbstätigkeit
- IV.6 HIV am Arbeitsplatz
- IV.7 Schwerbehinderung
- IV.8 Arbeitsfähigkeit
- IV.9 Arbeitszufriedenheit
- IV.10 Ausstieg aus dem Erwerbsleben
- IV.11 Neuorientierung im Erwerbsleben

V Nichterwerbstätige
- V.1 Ausbildung
- V.2 Einkommen
- V.3 Zeit im Erwerbsleben
- V.4 Stellenwert der Erwerbstätigkeit
- V.5 Ausstieg aus dem Erwerbsleben
- V.6 Wiedereinstieg in das Erwerbsleben
  - V.6.1 Bedarf (allgemein)
  - V.6.2 Hindernisse
  - V.6.3 Voraussetzungen
  - V.6.4 Unterstützung
  - V.6.5 Formen des Wiedereinstiegs
  - V.6.6 Branchen
  - V.6.7 Qualifizierung

VI Frauen
VII Höher bzw. geringer Qualifizierte
VIII HIV-Positive und AIDS-Kranke
IX Zusammenfassung
- IX.1 Therapiebenefit und Arbeit
- IX.2 Unterstützung

X Ergebnisse der Stichprobe / Angebote des Projekts *Aids und Arbeit*
XI Mitarbeiter/innen, Unterstützer/innen, Sponsoren

* Das Projekt heißt inzwischen *zukunft positiv*. Da die Umfrage in der Zeit vor der Umbennung durchgeführt wurde, wird in diesem Beitrag der Name *Aids und Arbeit* beibehalten.

I Projektdarstellung

Entstehung
Das Projekt entstand durch persönliche Initiative von Betroffenen und unentgeltlich Arbeitenden und durch Teilnehmer/innen am Symposium "AIDS und Arbeit" der Deutschen AIDS-Hilfe, das im November 1996 in Potsdam stattfand. Die Arbeitsgruppe *Berliner Aufbruch – AIDS und Arbeit* begann ihre Arbeit Ende 1996 unter dem Dach von kursiv e.V., dem AIDS-Projekt der Schwulenberatung.
Seit November 1997 arbeiten vier hauptamtliche Mitarbeiter an der Weiterentwicklung des Projekts, das jetzt den Namen *Aids und Arbeit* trägt.

Projektziel und -inhalt
Das Ziel von *Aids und Arbeit* ist die **Unterstützung und Interessenvertretung von Frauen und Männern mit HIV und AIDS in allen Arbeit und Berufstätigkeit betreffenden Fragen.** (Re-) Integration in das Arbeitsleben unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und gesundheitlicher Leistungsfähigkeit bzw. (Teil-) Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit sind dabei z. Zt. die häufigsten Themen der Nachfrage unserer Zielgruppe.

Arbeitsschwerpunkte
– Sozialberatung
Die Inhalte der Beratung sind u.a. Sozialrecht (Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung, Rehabilitation, Sozialhilfe, Wohnrecht, Schwerbehindertenrecht), Klärung eigener Interessen, Entwicklung von Lebens- und Berufsperspektiven, (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben, Rückzug aus dem Berufsleben, Informationen und Beratung über Arbeitsförderungsmöglichkeiten (z.B. Schwerbehindertenförderung, Instrumente des Sozialgesetzbuchs III, Integration in den Arbeitsmarkt nach dem Bundessozialhilfegesetz).
– psychologische Beratung durch Vernetzung mit dem psychologischen Fachteam der Schwulenberatung
– Bedarfsanalyse
Befragung der Zielgruppe zum Thema "HIV/AIDS und Erwerbstätigkeit" (s.u., II)
– Gesprächsgruppe zu "AIDS und Arbeit"
HIV-Betroffene sprechen in einer angeleiteten Gruppe über ihre Erfahrungen, Befürchtungen, Wünsche in bezug auf den Bereich Arbeit. Die Gruppe ermöglicht Informationsaustausch, persönlichen Halt und Unterstützung und kann die Überprüfung des eigenen Standpunkts und Initiativen für neue Projekte anregen.
– Qualifizierungs-Seminar
Im Frühjahr 1998 führte das Projekt *Aids und Arbeit* in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH (ISB) ein 12-wöchiges Qualifizierungsseminar für 23 Sozialhilfeempfänger/innen und Rentner/innen mit HIV und AIDS durch. Das Seminar fand statt in den Räumen von kursiv e.V. Die Inhalte waren u.a.: persönliche Situationsanalyse, Kommunikation und Gesprächsführung, rechtliche Grundlagen, aktuelle Arbeitsmarktsituation, Stressbewältigung, Compliance, Bewerbungstraining, EDV-Schulung, Berufs- und Lebensplanung. Zum Abschluss des Seminars wurden zweiwöchige Praktika angeboten.

Zukünftige Angebote und Aufgaben
– Initiierung neuer Beschäftigungsmodelle in Zusammenarbeit mit anderen Trägern (BfA, LVA, Krankenkasse, Betrieben)
– Entwicklung von Modellen für den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben in Kooperation mit freien Trägern wie z.B. der ISB.
– Information und Beratung von Arbeitgebern über Arbeitsföderungsmöglichkeiten (z.B. Schwerbehindertengesetz, Sozialgesetzbuch III, Bundessozialhilfegesetz) und Arbeitszeitmodelle für Menschen mit eingeschränkter bzw. schwankender Leistungsfähigkeit (z.B. "Hamburger Modell")
– Information für Arbeitgeber/innen über Möglichkeiten der Verbesserung der Arbeitssituation von Menschen mit HIV und AIDS (z.B. Assistance-Modell) in Kooperation mit anderen Partnern

– **Anregung von Antidiskriminierungsmodellen** im Bereich AIDS und Arbeit

II Zur Anlage der Studie

II.1 Ziele

Motivation der Studie war die Frage: Welche Erfahrungen und welchen Bedarf haben heute Menschen mit HIV und AIDS in Bezug auf Arbeit – eine Fragestellung, die noch vor ein, zwei Jahren anders gestellt wurde und anders zu beantworten war: Ging es im ersten Jahrzehnt mit AIDS vor allem um das Erarbeiten und Vermitteln von Information und Aufklärung über die Rechte von Infizierten und Kranken am Arbeitsplatz, um Präventions- und Antidiskriminierungsarbeit, darum, die Menschen mit HIV und AIDS zu schützen, zu begleiten und zu unterstützen im Kampf gegen Vorurteile sowie um Ausstiegsmöglichkeiten aus dem Arbeitsprozess, so hat sich in den letzten Jahren die Situation insbesondere durch die Entwicklung der Mehrfachkombinations-Therapien nachhaltig verändert.
Die neuen Therapien bewirken – inzwischen bereits von Rückschlägen begleitet – bei nicht wenigen an AIDS Erkrankten die längerfristige Verbesserung ihres Gesundheitszustands und bei noch nicht Erkrankten die Hoffnung auf eine verlängerte Lebensdauer und verbesserte Lebensqualität.
Die inzwischen von der AIDS-Statistik belegten Veränderungen (sinkende Erkrankungs- und Sterbezahlen, allerdings nicht der Infektionsraten) führen bei Menschen mit HIV und AIDS seit etwa zwei Jahren vermehrt auch zu einer neuen Wahrnehmung des Themas Arbeit.
Über **die aus der gewandelten Therapiesituation resultierenden Bedürfnisse der HIV-Infizierten in bezug auf Arbeit und Beschäftigung** gab es bisher noch keine Untersuchung in Deutschland. Gerade über dieses Thema aber gingen die Meinungen in der Zielgruppe bzw. der AIDS-Hilfe-Bewegung auseinander, beruhten auf subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen. Welche Relevanz haben diese jedoch für die gesamte Zielgruppe, d.h. für ihre unterschiedliche Gruppierungen?
Hierzu Befragungsergebnisse vorzulegen war Ziel der Erhebung.
Weitere Motivation der Studie war auch die Bedarfsermittlung für das Projekt *Aids und Arbeit* selbst, für seine konzeptionelle Ausrichtung und Schwerpunkte der Aktivität.

II.2 Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in dem 1996 gegründeten, ehrenamtlich arbeitenden Projekt *Berliner Aufbruch* entwickelt und ab November 1997 von *Aids und Arbeit* überarbeitet.
Der verteilte Fragebogen enthält 59 Fragen. Von Erwerbstätigen waren 46, von Nichterwerbstätigen 32 Fragen zu beantworten. Die Themen waren (neben Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Ausbildung, Beruf, Einkommen) für Erwerbstätige bzw. Nichterwerbstätige: Bedeutung der Erwerbstätigkeit, HIV-Erkrankung und Kombinationstherapie, HIV und Schwerbehinderung am Arbeitsplatz, Arbeitswünsche, Neuorientierung, Ausstieg aus dem Erwerbsleben, Wiedereinstieg in das Erwerbsleben. Fragen zu ehrenamtlicher bzw. anderer nicht erwerbstätiger Arbeit waren im Fragebogen nicht enthalten.
Damit die Befragungsergebnisse auch als Arbeitsgrundlage des (zunächst auf ein Jahr befristeten) Projekts *Aids und Arbeit* dienen konnten, war eine möglichst zügige Durchführung der Studie nötig.

II.3 Durchführung der Erhebung

Die **Verteilung des Fragebogens** begann am 15.12.1997, die Rückgabe der ausgefüllten Bögen war bis 31.1.1998 terminiert und bis zum 9.2.1998 abgeschlossen.
Zielgruppe waren Menschen mit HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung.
Befragungsort war Berlin, die Erhebungsmethode eine schriftliche Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens.
Die **Verteilung** erfolgte nach einem geschichteten, zweistufigen, quotierten Auswahlverfahren (HIV-Schwerpunkt-Praxen und -Apotheken, Tageskliniken, AIDS-Präventionsprojekte, Drogenprojekte, Kontakteinrichtungen).
Erläuterung zur **Auswahl der Befragten**:
1. An die ausgewählten, über Berlin verteilten Einrichtungen des AIDS-Hilfe-Systems wurden Fragebögen verteilt mit der Bitte, alle in der jeweiligen Einrichtung betreuten Menschen mit HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung auf die Befragung anzusprechen und den Fragebogen auszugeben.

2. In den schwulen Medien und vor Ort wurde die Befragung bekannt gemacht und über die Ziele des Projekts *Aids und Arbeit* berichtet.
3. Die Befragung war freiwillig und anonym.
Erläuterungen zum **Rücklauf**:
Insgesamt wurden 771 Fragebögen an Einrichtungen des AIDS-Hilfesystems ausgegeben. Davon wurden 519 Fragebögen an die Zielgruppe ausgehändigt.
223 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgegeben und konnten ausgewertet werden.
Auf der Basis der tatsächlich ausgegebenen Fragebögen wurde eine Ausschöpfung von 43 Prozent erreicht.
Dieser Wert ist für eine Studie mit den o.g. Bedingungen als befriedigend einzuschätzen.
Aufgrund der genannten Verteiler kann davon ausgegangen werden, dass Personen aus der Zielgruppe, die zur Zeit der Befragung keine Verbindung zum Berliner AIDS-Hilfesystem hatten, von der Befragung nicht erreicht wurden. Ob die Ergebnisse der Studie dadurch verzerrt werden, muss offen bleiben.

III Allgemeine Angaben zu den Befragungsteilnehmern/-teilnehmerinnen[1]

Bei den im folgenden beschriebenen Ergebnissen der Umfrage sollte beachtet werden, dass sie auf (Selbst-)Einschätzungen der Befragten beruhen und objektiven Daten nicht unmittelbar gleichzusetzen sind.

III.1 Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung

Geschlecht: Von den 223 Personen, die den Fragenbogen ausgefüllt haben, sind 90,6 Prozent Männer (absolut: 202) und 7,6 Prozent Frauen (absolut: 17). 1,8 Prozent der Befragten (abs.: 4) geben keine Geschlechtszugehörigkeit an.
Das **Alter** reicht von 19 bis 58 Jahre. Die Mehrheit ist zwischen 26 u. 45 Jahren alt (87,4 %), die größte Gruppe stellen die 30- bis 40-Jährigen (58,3 %).
Das Durchschnittsalter ist 33,4 Jahre (arithmetisches Mittel).

Sexuelle Orientierung:
- 78,0 Prozent der Befragten sind homosexuell,
- 13,5 Prozent heterosexuell,
- 7,2 Prozent bisexuell.
- 77,6 Prozent sind homosexuelle Männer,
- 0,4 Prozent homosexuelle Frauen (absolut: 1).
- 7,2 Prozent sind heterosexuelle Männer,
- 5,4 Prozent heterosexuelle Frauen,
- 5,4 Prozent bisexuelle Männer,
- 1,8 Prozent bisexuelle Frauen.
- 1,3 Prozent beantworten die Frage nach der sexuellen Orientierung nicht.

Die Verteilung der Geschlechter und der sexuellen Orientierung der Befragten ist ähnlich wie in der Gesamtgruppe der HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen in Berlin
(Studie: 90,6 % Männer; 7, 6 % Frauen; 77,6 % homosexuelle Männer.
Berlin: 91,1 % Männer; 8,9 % Frauen; ca. 75 % homosexuelle Männer).
In Berlin leben schätzungsweise 6.500 – 8.500 Menschen mit HIV und AIDS.
Etwa 3 – 4 Prozent dieser Berliner Gesamtgruppe haben den Fragebogen beantwortet.
Dieser Prozentsatz erlaubt, Schlüsse auf die Gesamtgruppe zu ziehen, da ein hoher Rücklauf der Fragebögen (s.o.) gegeben und die regionale Verteilung in Berlin ausreichend breit gestreut war; zudem waren die Fragebögen konsistent ausgefüllt und nur von wenigen Ausfällen gekennzeichnet.

[1] Die in Abschnitt III angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wenn nicht anders vermerkt, jeweils auf die Gesamtzahl der Nennungen der 223 Befragten zur jeweiligen Frage.

III.2 Erkrankung

Etwa 1.000 der z.Zt etwa. 6.500 – 8.500 HIV-infizierten Frauen und Männern in Berlin sind an AIDS erkrankt.

Knapp über die Hälfte (51,1 %) der 223 Befragten geben an, dass sie HIV-positiv ohne Symptome sind, d.h. sie sind infiziert, haben aber z.Zt. keine Krankheitssymptome irgendwelcher Art.

30,5 Prozent sind infiziert und von einer nicht AIDS-spezifischen Erkrankung betroffen. **23,3 Prozent sind manifest an AIDS erkrankt**, d.h. sie hatten oder haben die Krankheit im Vollbild.

(Obwohl bei der Frage nach dem Krankheitsstatus nur eine Antwortmöglichkeit vorgesehen war, gab es Mehrfachnennungen.)

Drei Viertel der Befragten haben also derzeit keine Anzeichen der Krankheit, annähernd ein Viertel ist am Vollbild erkrankt.

Dass der Anteil an Erkrankten unter den Befragten größer ist als in der Berliner Gesamtgruppe (12–15 % Erkrankte), könnte aus der Verteilungsweise des Fragebogens zu erklären sein, die einen Schwerpunkt im medizinischen Bereich hatte.

Zusammen mit den Ergebnissen der Frage nach dem körperlichen Befinden, das 45,3 Prozent der Befragten als sehr gut oder gut und immerhin noch weitere 33,2 Prozent als befriedigend bezeichnen, lässt sich aus der Stichprobe ein recht guter körperlicher Gesundheitszustand eines Großteils der Befragten ableiten.

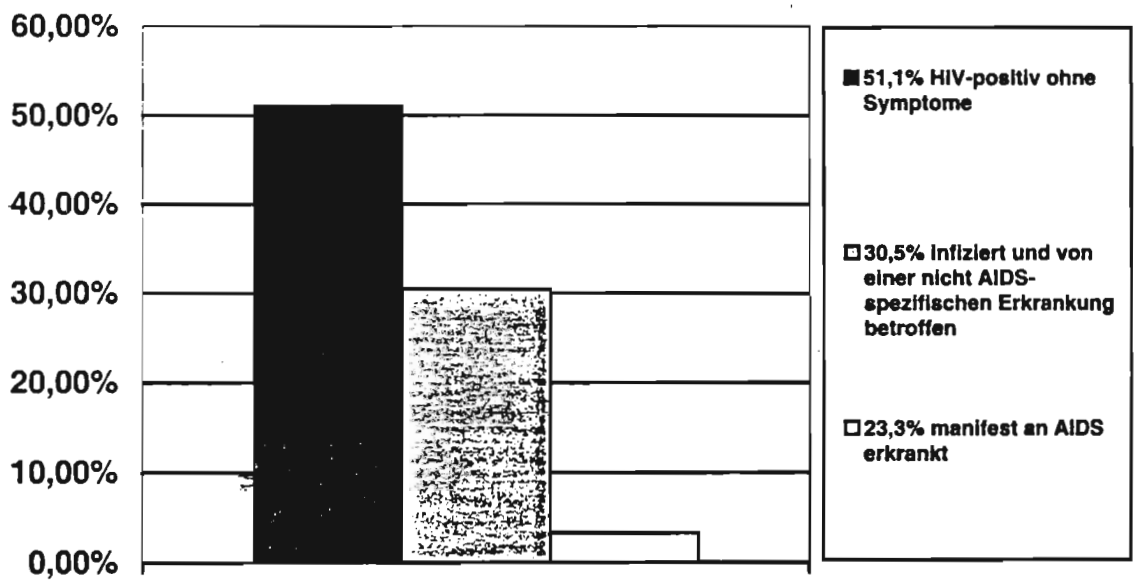
Zu bedenken ist hierbei freilich, dass möglicherweise körperlich Schwache auf diese Frage in geringerer Anzahl geantwortet haben als Befragte, die sich körperlich wohl fühlen.

In diesem Zusammenhang ist die Frage nach den **Veränderungen des Gesundheitszustands** von Bedeutung.

Mehr als die Hälfte der Befragten (52,9 %) erfuhr eine gesundheitliche Verbesserung innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung.

Da nur 52 Teilnehmer/innen angeben, an AIDS erkrankt zu sein, 118 aber von einer Gesundheitsverbesserung im vergangenen Jahr berichten, vermuten wir, dass nicht wenige früher bereits am Vollbild Erkrankte sich zur Zeit der Umfrage aufgrund ihrer Gesundheitsverbesserung wieder als "HIV-positiv ohne Symptome" verstehen.

Die überwiegende Mehrheit derjenigen, die eine Gesundheitsverbesserung erfahren haben, führt sie auf die Therapien mit Mehrfachkombinationen von Medikamenten zurück

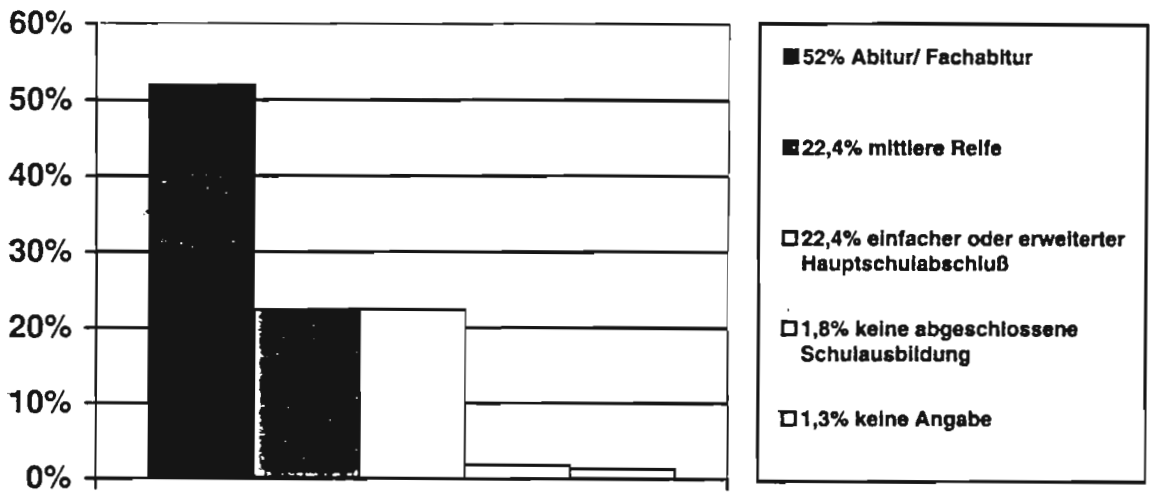


(85,6 % derer mit Gesundheitsverbesserung; 45,3 % aller Befragten).

Hier wird bestätigt, was sich in der AIDS-Statistik der letzten Jahre wiederspiegelt:
das Vollbild der Krankheit entwickelte sich in Deutschland im Jahr 1996 bei 1.500 HIV-Patienten, 1997 bei 1.000. Es verstarben 1995 in Berlin 334, 1996 246, bis Oktober 1997 86 AIDS-Kranke.
Nach bald zwei Jahrzehnten, in denen ein sich kontinuierlich verschlechternder Gesundheitszustand die Regel des Krankheitsverlaufs einer AIDS-Erkrankung darstellte, bestätigt unsere Studie die Wirksamkeit der seit etwa 1996 in Deutschland eingesetzten Kombinationstherapien für eine nicht geringe Anzahl Erkrankter.
Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass dieses Ergebnis keine Aussage über die Dauer der Verbesserung zulässt und auch nichts aussagt über die z.T. gravierenden Probleme, die den Patienten/Patientinnen durch diese Therapien derzeit oder auf Dauer entstehen können (Compliance, Resistenzenbildung etc.). Auch wissen wir nicht, wie viele der fast 50 Prozent unserer Befragten, die keine Gesundheitsverbesserung erfahren haben, dies trotz Behandlung mit den neuen Substanzen berichten. Denn inzwischen ist bekannt, dass ca. 40 Prozent der Patienten/Patientinnen den Benefit dieser Therapien innerhalb des ersten Jahres nicht halten können; die Viruslast steigt bei ihnen erneut an. Von unserem Fragebogen nicht ermittelt wurde auch die Anzahl derjenigen, die die neuen Therapien für sich ablehnen.

III.3 Ausbildung

Schulausbildung: Die Mehrheit der Befragten hat Abitur bzw. Fachabitur (52 %), gefolgt von denen mit mittlerer Reife (22,4 %).
22,4 Prozent (50) besitzen einen Hauptschulabschluss, 1,3 Prozent haben (3) keine abgeschlossene Schulausbildung.



Berufsausbildung: 48 Prozent der Befragten verfügen über eine Berufsausbildung.
Dem hohen Anteil der Befragten mit Abitur entsprechend haben 27,4 Prozent von ihnen eine Universität oder Fachhochschule absolviert, 4,5 Prozent befinden sich noch im Studium.
6,3 Prozent der Befragten haben eine Berufsfachschule absolviert.
16,6 Prozent der Teilnehmer/innen der Studie haben keine Berufsausbildung.
Auffällig ist der hohe Ausbildungsstand der Befragten. Er wird sichtbar am vergleichsweise geringen Anteil derjenigen mit Hauptschulabschluss, noch deutlicher aber beim Anteil derer mit höherer (Schul-)Ausbildung im Vergleich zur Berliner Gesamtbevölkerung[2]: Z.B. haben in der Berliner Gesamtbevölkerung 28,2 Prozent Abitur (Studie 52 %), einen Hochschulabschluss 17,8 Prozent (Studie 27,3 %).

[2] Die Vergleichsdaten der Berliner Gesamtbevölkerung gelten für die Altersgruppe von 15 – 65 Jahren, die der Studie für die von 19 – 58 Jahren.

Das Schul- und Berufsausbildungsniveau der Befragten liegt damit weit über dem vergleichbaren Berliner Durchschnitt.
Seit den ersten grundlegenden Forschungen im 19. Jahrhundert bis hin zu Studien über die Bundesrepublik der 70er und 80er Jahre ist die Erkenntnis wissenschaftlich belegt, dass "die Morbidität und die Mortalität von Unterschichtangehörigen über denjenigen der Mittelschichten"[3] liegen. Bochow fand auch für den AIDS-Zusammenhang bestätigt, dass "der Anteil der Positiven oder an AIDS Erkrankten (...) bei den Unterschichtsmännern doppelt so hoch (ist) wie bei den Mittelschichtsmännern"[4]. Diese Tatsache wird jedoch auch in unserer Befragung vom bekannten Phänomen der Mittelschichtlastigkeit von Erhebungen mittels mehrseitiger Fragebögen[5] überlagert, ja in ihr Gegenteil verkehrt

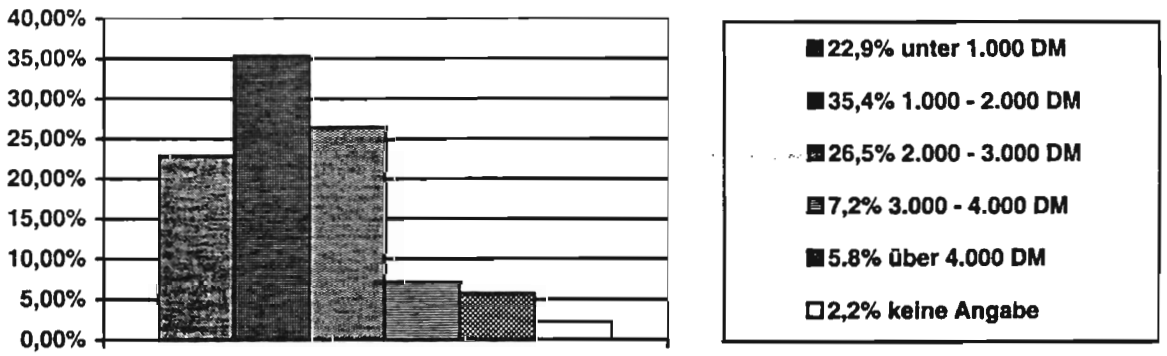
III.4 Erwerbstätigkeit

42,6 Prozent der Befragten (95) sind erwerbstätig. 26,9 Prozent arbeiten Vollzeit, 15,7 Prozent Teilzeit.
Nichtselbständig arbeiten 86,3 Prozent (der erwerbstätigen Befragten), **selbständig 13,7 Prozent** (der erwerbstätigen Befragten).
57,4 Prozent der Befragten (128) sind nicht erwerbstätig.
Von den Nichterwerbstätigen haben 59,6 Prozent über 10 Jahre lang gearbeitet.
Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit wird von den Erwerbstätigen wie auch von den Nichterwerbstätigen hoch bewertet – ein wichtiger Indikator für die Motivationslage in Bezug auf das Thema Arbeit:
Etwa drei Viertel aller Befragten halten ein eigenes Einkommen aus Erwerbstätigkeit für wichtig – mehr als die Hälfte empfindet eine Erwerbstätigkeit als bedeutende Erhöhung der Lebensqualität.

III.5 Einkommen

An Nettoeinkommen steht den Befragten monatlich zur Verfügung:

unter DM 1.000	22,9 % (51)
DM 1.000 – 2.000	35,4 % (79)
DM 2.000 – 3.000	26,5 % (59)
DM 3.000 – 4.000	7,2 % (16)
über DM 4.000	5,8 % (13)



[3] Bochow, Michael, Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht. Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1997 (AIDS-Forum DAH, Band XXVI), S. 26
[4] ebd. S. 83
[5] zur *Mittelschichts-Bias* s. a. Bochow, Michael, Schwule Männer und AIDS. Berlin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1997 (AIDS-Forum DAH, Band XXXI), S. 18; zu *Schichtzugehörigkeit und HIV-Infektion* vgl. insbes. S. 78-82, 113 f.

Knapp ein Viertel der Befragten ist als arm zu bezeichnen.[6]
Das sind mehr als doppelt so viele wie im gesamtdeutschen Bevölkerungsdurchschnitt. Hier liegt der Anteil bei 10 %[7].
Eine weitere große Gruppe der Befragten (Einkommen unter DM 2.000) lebt in prekären finanziellen Verhältnissen.
Einkommensarten:
Häufig setzt sich das Gesamteinkommen aus mehreren Einkommensarten zusammen. Hier waren Mehrfachnennungen möglich, es wurde nicht nach dem hauptsächlichen Einkommen gefragt.
Die am häufigsten genannten bzw. für unsere Untersuchung wichtigsten Einkommensarten oder -kombinationen waren:

Einkommen aus Arbeitsentgelt (nicht selbst. 37,8 %; selbst. 9,5 %)	47,3 %
Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeitsrente und Zusatzrenten	30,8 %
Arbeitslosengeld/-hilfe	15,4 %
Sozialhilfe	13,1 %
Erwerbsunfähigkeitsrente und ergänzende Sozialhilfe	7,2 %
Arbeitslosengeld/-hilfe und ergänzende Sozialhilfe	5,8 %

Aus den ermittelten Angaben zum Einkommen lässt sich entnehmen, dass ca. ein Viertel der Befragten auf Sozialhilfeniveau lebt.
Insgesamt ergibt sich:
Die Einkommen der Befragten liegen unter, die Quoten der Renten-, Arbeitslosengeld/-hilfe- und Sozialhilfe-Empfänger/innen über dem Berliner Durchschnitt.

IV Erwerbstätige[8]

95 Befragte, mit 42,6 Prozent annähernd die Hälfte der Teilnehmer/innen der Studie, sind erwerbstätig.

IV.1 Ausbildung

Alle 95 erwerbstätigen Befragten haben eine abgeschlossene Schulausbildung.
Eine deutliche Mehrheit (63,1 %) hat Abitur oder Fachabitur, gefolgt von denen mit mittlerer Reife (22,1 %). 12,6 Prozent besitzen den einfachen oder erweiterten Hauptschulabschluß. 2,1 Prozent beantworten die Frage nach der Schulausbildung nicht.
Der Anteil der Absolventen einer Universität oder Fachhochschule ist mit 38 Prozent ebenfalls hoch. Über eine Ausbildung zu einem Lehrberuf verfügen 43,2 Prozent. Eine Berufsfachschule haben 6,3 Prozent der erwerbstätigen Befragten besucht. 8,4 Prozent haben keine abgeschlossene Berufsausbildung.

[6] d.h. sie beziehen weniger als 50 Prozent des durchschnittlichen Monatseinkommens in Deutschland (1997 = DM 1.845; Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (SOEP)); vgl. Krause, Peter, Entwicklung, Verteilung und Höhe der Einkommen in Ost- und Westdeutschland; in: Wirtschaftsbulletin 4/1998, Hrsg. Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf, S. 38
[7] ebd. S. 41
[8] Die Arbeitswelt betreffende Befragungsergebnisse werden im folgenden – der Einteilung des Fragebogens en t-sprechend – für die Teilgruppen der 95 Erwerbstätigen (Abschnitt IV) und der 128 Nichterwerbstätigen (Abschnitt V) getrennt dargestellt.
Die in Abschnitt IV angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wenn nicht anders vermerkt, jeweils auf die G e-samtzahl der Nennungen der Erwerbstätigen zur jeweiligen Frage.
Im Fragebogen wie in der vorliegenden Beschreibung der Auswertung werden die Begriffe "berufstätig" und "erwerbstätig" synonym verwendet.

Schon die Gesamtgruppe unserer Befragten ist hochqualifiziert. **Innerhalb der Gesamtgruppe sind die Erwerbstätigen in noch höherem Maße qualifiziert.**
Das entspricht der Tatsache, dass Erwerbstätige auch in der Gesamtbevölkerung prozentual höher qualifiziert sind als Nichterwerbstätige.

IV.2 Berufspositionen

86,3 Prozent (82) der Erwerbstätigen unserer Studie sind nichtselbständig, 13,7 Prozent (13) selbständig beschäftigt.
63,2 Prozent der Berufstätigen arbeiten Vollzeit, die anderen Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung.
Nur 40 Prozent haben noch nie das Berufsfeld gewechselt. 56,8 Prozent dagegen waren oft (18,9 %) oder gelegentlich (37,9 %) in berufsfremden Bereichen tätig.

IV.3 Einkommen

87,2 Prozent der erwerbstätigen Befragten geben Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit an.
20,2 Prozent beziehen Einkommen aus selbständiger Tätigkeit. (Da Mehrfachnennungen der Einkommensarten möglich waren, gibt es hier Abweichungen gegenüber den Angaben unter IV.2, wo nach der Berufsposition gefragt war).
Den Erwerbstätigen steht im Monat an Nettoeinkommen zur Verfügung:

unter 1.000 DM:	5,3 %	(5)
1.000 – 2.000 DM:	20,0 %	(19)
2.000 – 3.000 DM:	44,2 %	(42)
3.000 – 4.000 DM:	14,7 %	(14)
4.000 – 5.000 DM:	4,2 %	(4)
5.000 – 6.000 DM:	4,2 %	(4)
über 6.000 DM:	3,2 %	(3)

IV.4 Zeit im Erwerbsleben

Ein Viertel (26,7 %) der Erwerbstätigen steht seit 10 bis 15 Jahren im Erwerbsleben. Fast genau soviele arbeiten seit 5 bis 10 Jahren (23,3 %) bzw. seit 15 bis 20 Jahren (24,4 %). Der Anteil derer mit weniger als 5 Jahren im Berufsleben beträgt 13,3 Prozent, seit mehr als 20 Jahren sind 11,1 Prozent berufstätig. Es zeigt sich, dass die durchschnittliche Dauer des Berufslebens dem Altersdurchschnitt der Gesamtgruppe von 33 Jahren entspricht. Falls den Befragten eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit aufgrund der Erkrankung nicht mehr möglich ist, sind bei den meisten die erworbenen Versorgungsansprüche entsprechend gering.

IV.5 Stellenwert der Erwerbstätigkeit

Um die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für sich selbst zu beurteilen, standen den Befragten verschiedene mögliche Vorteile zur Auswahl: eigenes Einkommen, soziale Kontakte, Anerkennung und Prestige, Steigerung der Lebensqualität.
Das **eigene Einkommen** steht an oberster Stelle: 86 Prozent der Erwerbstätigen schätzen es als sehr bedeutend oder bedeutend ein.
Auch die durch die Arbeit entstehenden **sozialen Kontakte** sind für viele Erwerbstätige (72,6 %) wichtig.
Insgesamt wird die Erwerbstätigkeit als wichtig für die **Steigerung der Lebensqualität** erlebt. Für 66,6 Prozent der Erwerbstätigen ist sie sehr bedeutend oder bedeutend. Sehr unbedeutend ist sie für keine/n.
Geringer, jedoch ebenfalls als wichtig eingeschätzt wird Erwerbstätigkeit als Ursache von Anerkennung und Prestige (für 41,6 % bedeutend).
Erwerbstätigkeit besitzt für die erwerbstätigen Befragten einen hohen Wert. Eigenes Einkommen ist für viele der wichtigste Vorteil.
Insgesamt erleben die erwerbstätigen Befragten Erwerbstätigkeit als bedeutend für die Steigerung der Lebensqualität.

IV.6 HIV am Arbeitsplatz

Annähernd die Hälfte der Erwerbstätigen (47,2 %) berichtet, dass der/die Arbeitgeber/in Kenntnis von ihrem HIV-Status hat.

Vorteile ergaben sich daraus für etwa ein Viertel (26,6 %) von ihnen. Als solche Vorteile wurden z.B. genannt: gezielte Einstellung als Betroffene/r, günstigere Regelung der Arbeitszeitreduzierung, weniger belastender Arbeitsplatz und größere Geduld und Rücksichtnahme.

Nachteile brachte das Mitteilen des HIV-Status für die allermeisten nicht.

9,5 Prozent jedoch erfuhren Nachteile. Genannt wurden hier: das Zuteilen weniger anspruchsvoller Arbeit, Diskriminierung, das Ausschließen von Kundenkontakten.

Nur bei wenigen, die davon ausgehen, dass ihr HIV-Status bei ihrem Arbeitgeber nicht bekannt ist, besteht das Bedürfnis, diesen Sachverhalt zu verändern. Die Befürchtungen decken sich hier nicht selten mit den von anderen tatsächlich erfahrenen Nachteilen (weniger anspruchsvolle Arbeit, Diskriminierung).

Nur eine Person will den Arbeitgeber in nächster Zeit vom eigenen HIV-Status in Kenntnis setzen.

19,3 Prozent der Erwerbstätigen haben sich in der Frage der Mitteilung ihres HIV-Status an ihren Arbeitgeber fachlich beraten lassen, 17,6 Prozent wollen sich beraten lassen, die Mehrheit hat hierzu jedoch keinen Beratungsbedarf.

15,6 Prozent der Erwerbstätigen wünschen sich eine Unterstützung für die Mitteilung ihres HIV-positiven Status an ihre/n Arbeitgeber/in.

Zur Offenheit gegenüber Kollegen/Kolleginnen wurde ermittelt: **Bei der Hälfte der erwerbstätigen Befragten (51,1 %) ist der HIV-Status den Arbeitskollegen-/kolleginnen bekannt.**

Die allermeisten hatten dadurch keine Nachteile, annähernd die Hälfte sogar Vorteile in Form von Rücksichtnahme und Unterstützung. Wenn Nachteile auftraten, dann als Zuteilung weniger verantwortungsvoller Arbeit, in Form von Vorwürfen oder Rückzug.

Auch hier ist der gegenwärtige Zustand ziemlich stabil, d.h. es besteht bei den meisten von denen, die ihre Kollegen nicht informiert haben, nicht die Absicht, dies nachzuholen. Die Befürchtungen decken sich auch hier meist mit von anderen tatsächlich erfahrenen Nachteilen: drohende Isolation bis hin zum Mobbing.

Im Fragebogen standen für die Unterstützung bei der Mitteilung des HIV-Status an Arbeitgeber oder Kollegen/Kolleginnen folgende Personen oder Institutionen zur Auswahl: Partner, Freund/in, Kollegen, Betriebsrat, Berater/in der Hauptfürsorgestelle, Berater/in einer HIV-spezif. Beratungsstelle, Informationsmaterial, HIV-spezifische Fortbildung am Arbeitsplatz. Hier wählten die meisten die **Unterstützung durch eine HIV-spezifische Beratungsstelle** (gegenüber Arbeitgeber/in wie auch gegenüber Kollegen/Kolleginnen). Am zweithäufigsten wurde eine HIV-spezifische Fortbildung am Arbeitsplatz gewünscht.

IV.7 Schwerbehinderung

48,3 Prozent der erwerbstätigen Befragten sind als schwerbehindert eingestuft.

Bei den allermeisten (88,4 %) ist die Schwerbehinderung dem Arbeitgeber bekannt.

Vorteile hatten dadurch die meisten (68,4 % der dem Arbeitgeber gegenüber offen Schwerbehinderten). Es werden genannt: mehr Urlaub, steuerliche Vergünstigungen, mehr Rücksichtnahme, günstigere Arbeitszeiten (keine Schichtarbeit), mehr Toleranz bei Krankheit. 10,5 Prozent der dem Arbeitgeber gegenüber offen Schwerbehinderten erfuhren durch die Mitteilung Nachteile, die aber nicht im Einzelnen benannt werden.

Diejenigen, die ihren Schwerbehindertenstatus nicht mitgeteilt haben, wollen dies auch in Zukunft nicht tun. Angst vor Entlassung, mangelnde Rücksichtnahme und die befürchtete Frage nach der Ursache der Behinderung sind hier als Gründe genannt.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich in Bezug auf die Kollegen/Kolleginnen: Zwar wissen bei den meisten (72,7 % der Schwerbehinderten) die Kollegen/Kolleginnen von der Behinderung, doch Vorteile (Rücksichtnahme und Arbeitsentlastung) ergaben sich daraus nur für wenige Behinderte. Allerdings hatten dadurch auch nur wenige Nachteile (z.B. Vorwürfe wegen der Nachteilsausgleiche).

Von denen, die ihre Schwerbehinderung den Kollegen nicht mitgeteilt haben, wollen dies auch die wenigsten in nächster Zeit tun. Als Begründung wird hier u.a. Neid von Kollegen/Kolleginnen auf den Nachteilsausgleich genannt.

Beraten ließ sich vor der Mitteilung der Behinderung an den/die Arbeitgeber/in nur eine Minderheit, es hätten sich aber einige Unterstützung gewünscht (18,4 % der dem Arbeitgeber gegenüber offenen Schwerbehinderten).
Am häufigsten wird von allen, die sich hier Unterstützung wünschten, **Beratung durch eine HIV-spezifische Beratungsstelle** genannt, am zweithäufigsten Beratung durch die Hauptfürsorgestelle.
Ähnliches gilt für die Mitteilung gegenüber den Kollegen/Kolleginnen: Die meisten benötigen dafür keine Unterstützung. Wenn sie gewünscht wird, dann von einer HIV-spezifischen Beratungsstelle.
Die Hürde, die Schwerbehinderung mitzuteilen, ist sichtlich niedriger als die, den HIV-Status mitzuteilen. Der Grund hierfür liegt gewiss auch im arbeitsrechtlichen Anspruch Schwerbehinderter auf Nachteilsausgleich.
Die Quote derer, die Nachteile durch die Mitteilung der Schwerbehinderung erfahren haben, ist etwa ebenso gering wie beim HIV-Status.

IV.8 Arbeitsfähigkeit

47,8 Prozent der Erwerbstätigen geben an, in den letzten 12 Monaten nicht oder bis zu 10 Tagen arbeitsunfähig gewesen zu sein. 23,3 Prozent nennen 11 – 30 Tage. 13,3 Prozent geben 2 Monate, 4,4 Prozent 3 Monate, 8,9 Prozent 4 – 6 Monate und 2,2 Prozent mehr als 6 Monate Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten an. Die durchschnittliche jährliche Arbeitsunfähigkeit der Erwerbstätigen unserer Studie beträgt 13 Tage.

IV.9 Arbeitszufriedenheit

Auf die Frage nach der Arbeitszufriedenheit bezeichnen sich die Erwerbstätigen am häufigsten als zufrieden mit ihrer Arbeitssituation (49,5 %), nur 7,6 Prozent sind mit ihr unzufrieden.
Überfordert durch die Arbeit fühlen sich 18,3 Prozent, unterfordert 14 Prozent, die meisten (67,8 %) sind mit den Anforderungen einverstanden.
Als Gründe für eine Überforderung werden am häufigsten genannt: Arbeitsumfang, Überstunden, Arbeitszeit. Allerdings fühlen sich 27,1 Prozent wegen gesundheitlicher und 22 Prozent wegen psychischer Schwierigkeiten am Arbeitsplatz überfordert.
Schichtarbeit ist für 23,7 Prozent der Erwerbstätigen ein Problem.
Als Vorschläge gegen die Überforderung werden am häufigsten genannt: Arbeitszeitreduzierung (37,7 %), Überstundenreduzierung/-wegfall (34 %), Veränderung der Arbeitszeit (28,3 %).
18,9 Prozent der Erwerbstätigen wünschen sich Modelle für den sanften Ausstieg aus dem Berufsleben.
Deutlich erkennbar ist der Wunsch nach Arbeitszeitreduzierung und nach mehr Flexibilität der Arbeitsmöglichkeiten.
Fortbildungen und HIV-Aufklärung am Arbeitsplatz wünschen sich jeweils 15,1 Prozent der Befragten.

IV.10 Ausstieg aus dem Erwerbsleben

Wenige der 95 erwerbstätigen Befragten (3,3 %) sind aufgrund ihres Gesundheitszustand zum Ausstieg aus dem Erwerbsleben fest entschlossen.
Doch unter bestimmten Umständen können sich 42,4 Prozent den Ausstieg vorstellen. 64,9 Prozent von diesen würden aussteigen, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechterte, 29,7 Prozent würden dies tun, wenn sie ihren Lebensstandard trotz des Ausstiegs halten könnten.
Als Formen des Ausstiegs werden Teilberentung und Teilzeiterwerbstätigkeit als bevorzugte Möglichkeiten genannt.
Auch eine dem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechende Arbeitsreduzierung können sich einige vorstellen. Und es bestätigt sich ein bereits an anderer Stelle benannter Bedarf: 18,9 Prozent derjenigen, die sich einen Ausstieg vorstellen können, wünschen sich Modelle für den sanften Ausstieg (s.o., IV.9).
Die erwerbstätigen Menschen mit HIV und AIDS suchen nach Möglichkeiten, die im bestehenden Arbeitssystem in Deutschland bisher nur in unzureichendem Maße zur Verfügung stehen und die vielfältig geschaffen werden sollten. Die geltenden Rentengesetze behindern die notwendige Flexibilität eines stufenweisen Arbeitsaustiegs und werden sich durch das Rentenreformgesetz noch weiter verschlechtern.

Für die meisten erwerbstätigen Befragten ist der Arbeitsausstieg z.Zt. keine wünschenswerte Perspektive:
Die Mehrheit der von unserem Fragebogen erreichten Erwerbstätigen mit HIV und AIDS denkt nicht an einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben (54,3 %).
Vom Ausscheiden aus dem Arbeitsleben sehen sich 26,4 Prozent der Befragten bedroht, die Mehrheit (73,6 %) fühlt sich davon nicht bedroht.
Die Gründe für den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes nennen jeweils 29,2 Prozent der Befragten die Befristung des Arbeitsverhältnisses und die Erkrankung.
Es ist anzunehmen, dass die durch ihre HIV-Erkrankung von Arbeitsplatzverlust Bedrohten einen verstärkten Bedarf nach einem spezialisierten Beratungsangebot haben.

IV.11 Neuorientierung im Erwerbsleben

Für diese Neuorientierung besteht bei den Erwerbstätigen eine recht große Bereitschaft, für 58,9 Prozent ist oder wäre es eine Möglichkeit. Eine relevante Anzahl (41,1 %) sieht sich aber in stabilen Arbeitsverhältnissen und denkt nicht an Neuorientierung.
Nach der Form der Neuorientierung gefragt, denken weitaus die meisten an einen Wechsel des Tätigkeitsfeldes, sehr viel weniger an einen Arbeitgeberwechsel, Teilerwerbstätigkeit oder Umschulung.

V Nichterwerbstätige[9]

57,4 Prozent (128) der 223 Befragten beantworten die Frage nach einer derzeitigen Berufstätigkeit mit nein. An anderer Stelle, befragt nach dem bezogenen Einkommen, geben 105 Personen Arbeitsentgelt an. Daraus ergibt sich die Zahl von 118 Personen ohne Arbeitsentgelt/Erwerbstätigkeit. Wir vermuten, dass sich einige Befragte ohne derzeitiges Einkommen aus Erwerbstätigkeit als berufstätig definieren. Auch unter Berücksichtigung dieser Divergenz können wir von folgender Tatsache ausgehen: **Mindestens die Hälfte aller Befragten ist nichterwerbstätig**.
Unserer Beschreibung liegt im Folgenden die Zahl von 128 Nichterwerbstätigen zugrunde. Diese Angabe beruht auf der Selbsteinschätzung der gegenwärtigen Berufsposition der Befragten.
Die Berufstätigen bzw. Nichtberufstätigen sind in der Altersgruppe bis 40 Jahre fast gleich stark vertreten, bei den über 40-Jährigen überwiegen deutlich die Nichterwerbstätigen.

V.1 Ausbildung

43,8 Prozent der nichterwerbstätigen Befragten haben Fach-/Abitur, deutlich weniger als bei den Erwerbstätigen. Dagegen ist der Anteil der Absolventen der mittleren Reife (22,7 %) fast identisch, derer mit einfachem oder erweitertem Hauptschulabschluss (29,7 %) jedoch mehr als doppelt so hoch. Diese Zahlen bestätigen das bereits deutlich gewordene Qualifikationsgefälle zwischen den Teilgruppen "Erwerbstätige" und "Nichterwerbstätige".
In entsprechendem Verhältnis ist die Berufsqualifikation verteilt. Einen Universitäts-/bzw. Fachhochschulabschluß besitzen in dieser Gruppe deutlich weniger Befragte (18 %), den Berufsfachschulabschluss genauso viele, die Ausbildung zu einem Lehrberuf (51,6 %) wiederum mehr. Der Anteil derer ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist fast dreimal so hoch (22,7 %). Zusammenfassend ergibt sich:
Die nichterwerbstätigen Befragten haben insgesamt deutlich geringer qualifizierende Schul- und Berufsausbildungen als die erwerbstätigen Teilnehmer/innen der Studie (s. u. VII).

V.2 Einkommen

Die häufigste Einkommensart der nichterwerbstätigen Befragten ist die Rente (Erwerbsunfähigkeits- (37,5 %) /Berufsunfähigkeits-Rente (2,3 %), Zusatzrente (7 %)). (Bei den Einkommensarten waren Mehrfachnennungen möglich).
Arbeitslosengeld oder -hilfe erhalten 24,2 Prozent, **Sozialhilfe** oder ergänzende Sozialhilfe beziehen 46,1 Prozent.

[9] Die in Abschnitt V angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wenn nicht anders vermerkt, jeweils auf die Gesamtzahl der Nennungen der Nichterwerbstätigen zur jeweiligen Frage.

Die ermittelten Angaben zu den Einkommen der Befragten lassen sich zwar nicht unmittelbar mit den entsprechenden Daten für die Berliner Bevölkerung vergleichen, da in der Studie nicht nach überwiegendem Lebensunterhalt gefragt war, dennoch ist auf Grund der signifikanten Differenz zum Berliner Durchschnitt davon auszugehen, dass der für alle Befragten ermittelte Befund (s.o., III.5) bei den Nichterwerbstätigen noch negativer ausfällt: **Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen unter den nichterwerbstätigen Befragten ist deutlich höher als im Berliner Durchschnitt**
Das lässt bereits Rückschlüsse auf die Einkommenshöhe zu.
Den Nichterwerbstätigen stehen im Monat folgende Nettoeinkommen zur Verfügung:

unter 1.000 DM:	35,9 %	(46)
1.000 – 2.000 DM:	46,9 %	(60)
2.000 – 3.000 DM:	13,3 %	(17)
3.000 – 4.000 DM:	1,6 %	(2)
4.000 – 5.000 DM:	0,8 %	(1)
über 6.000 DM:	0,8 %	(1)

Mehr als ein Drittel der Nichterwerbstätigen ist als arm zu bezeichnen.
(vgl. Anm. 6).
Eine weitere große Gruppe (Einkommen unter 2.000 DM) lebt ebenfalls in prekären finanziellen Verhältnissen.
Zu erklären ist dieser – nicht überraschende – Befund gewiss in erster Linie aus der Berufsbiographie vieler Menschen mit HIV und AIDS, von denen ein hoher Anteil erst geringe oder gar keine Rentenansprüche erwerben konnte und vollständig oder zusätzlich auf Sozialhilfe angewiesen ist.

V.3 Zeit im Erwerbsleben

Die Spanne der im Erwerbsleben verbrachten Zeiten ist breit: sie reicht von einem Monat bis 35 Jahre. Die größten Teilgruppen bilden diejenigen, die zwischen 5 und 10 Jahre bzw. 20 und mehr Jahre im Erwerbsleben standen (jeweils 22,3 %). **Die Mehrheit aller befragten Nichterwerbstätigen war über 10 Jahre lang erwerbstätig (60,3 %).** Dieses Ergebnis hängt auch mit dem Durchschnittsalter der Teilnehmer/innen (33 Jahre) zusammen.

V.4 Stellenwert der Erwerbstätigkeit

Auch die Nichterwerbstätigen sollten die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für sie unter den Gesichtspunkten "eigenes Einkommen", "soziale Kontakte", "Anerkennung und Prestige", "Steigerung der Lebensqualität" beurteilen.
76,8 Prozent der Nichterwerbstätigen halten das eigene Einkommen für den wichtigsten Vorteil der Erwerbstätigkeit.
Am zweithäufigsten (66,1 %) wird die durch Erwerbstätigkeit gewonnene **Lebensqualität** als sehr bedeutend oder bedeutend eingeschätzt. Die durch Erwerbstätigkeit gewonnenen **sozialen Kontakte** empfinden von 64,8 Prozent der Befragten als wichtig. Anerkennung und Prestige liegen als subjektiv empfundener Gewinn erwerbsmäßiger Arbeit an letzter Stelle (36,5 %).
Auch die nichterwerbstätigen Teilnehmer/innen der Studie schätzen die Erwerbstätigkeit als wichtige Quelle an Lebensqualität.

V.5 Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

Die Zeitspannen seit dem Ausscheiden der Nichtberufstätigen aus dem Erwerbsleben reichen von weniger als einem halben Jahr (11,4 %) bis zu mehr als 10 Jahren (4,1 %). **Bei der Mehrheit (57,7 %) erfolgte der Ausstieg im Zeitraum der letzten 3 Jahre vor der Befragung.**
Als Gründe für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben werden am häufigsten genannt: dauerhafte Krankheit (37,6 %), Berentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente; 32,8 %). Überforderung am Arbeitsplatz wegen des HIV-Status bzw. der AIDS-Erkrankung geben 15,2 Prozent der Nichterwerbstätigen an.
Auch darüber hinaus sind es meist Gründe, die mit der HIV-Infektion bzw. der AIDSErkrankung in Zusammenhang stehen.

Ursachen des Ausscheidens, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankheit stehen, wie z. B. Zeitverträge, beschränken sich auf wenige Fälle (12,8 %). Den Wunsch nach Nutzung der Lebensqualität ohne Erwerbstätigkeit geben 28 Befragte dieser Gruppe (22,4 %) als Grund ihres Ausscheidens aus dem Erwerbsleben an.
Weit mehr als die Hälfte (64,8 %) der befragten Nichterwerbstätigen hätte länger gearbeitet, wenn es ihrem Gesundheitszustand gemäße Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit (z.B. Teilzeit, anderer Arbeitsplatz) gegeben hätte.
Für 35,2 Prozent wäre das keine Alternative gewesen.

V.6 Wiedereinstieg in das Erwerbsleben

V.6.1 Bedarf (allgemein)

Mehr als drei Viertel der nichterwerbstätigen Teilnehmer/innen der Studie möchten wieder in das Erwerbsleben einsteigen (80,5 %; absolut: 103).
Bei diesem wichtigen Ergebnis der Befragung muss berücksichtigt werden, dass aufgrund des Fragebogenthemas ("AIDS und Arbeit") besonders viele an einem Wiedereinstieg Interessierte an der Befragung teilgenommen haben dürften. Zum anderen gehören zu den 103 Personen, die den Wunsch nach einem Wiedereinstieg äußern, gewiss auch einige, die nicht aufgrund ihrer HIV-Infektion arbeitslos sind. Dies sind aber nur wenige, denn die meisten geben, wie wir gesehen haben, als Grund für ihren Ausstieg aus dem Berufsleben die HIV-Infektion an (s.o., V.5).
Fest zum Wiedereinstieg entschlossen sind 26,6 Prozent. Nur unter bestimmten Umständen (s.u., V.6.3) wünschen ihn 53,9 Prozent. Einen festen Arbeitsplatz oder die Aussicht auf eine feste Anstellung haben aber nur wenige (5,7 Prozent der Einstiegsbereiten).

Weniger als ein Fünftel der nichterwerbstätigen Befragten (19,5 %) wollen in das Erwerbsleben nicht wieder zurück.

V.6.2 Hindernisse

Als Hindernisse auf dem Weg in den Wiedereinstieg werden hauptsächlich folgende genannt: **Fehlen eines geeigneten Stellenangebots** (37,9 %); etwa ein Drittel der Nichterwerbstätigen fühlt sich **erst seit kurzem wieder leistungsfähig genug**, um auf Arbeitssuche zu gehen. Fast eben so viele hat **"die aussichtslos scheinende Arbeitsmarktsituation"** gehindert, konkrete Schritte der Arbeitssuche zu unternehmen. Ein knappes Viertel vermutet bei sich **Qualifizierungsdefizite** und ist deshalb noch nicht aktiv geworden.
3,9 Prozent der Nichterwerbstätigen haben sich beworben, sind aber aufgrund ihrer Schwerbehinderung gescheitert, d.h. sie geben Nichteinstellung wegen der Schwerbehinderung an; eben so viele nennen das Fehlen von Informationen über gesetzliche Leistungen zur Wiedereingliederung als Hindernis.

V.6.3 Voraussetzungen

Weitere Fragen galten den Voraussetzungen, die beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben erfüllt sein müssten.
Die Priorität unter diesen Bedingungen hat für die überwiegende Mehrheit die eigene Gesundheit. Eine große Mehrheit der Wiedereinstiegsbereiten (73,1 %) fordert: **Die neue Arbeit darf die eigene Gesundheit nicht gefährden.** Fast ebenso viele machen die weitere Stabilität ihres Gesundheitszustandes zur Bedingung für den Wiedereinstieg, einige wenige machen diesen von der weiteren Verbesserung ihres Gesundheitszustandes abhängig.
Mehr als die Hälfte der an der Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses Interessierten (56,7 % von diesen) meint: **Der wechselnde Gesundheitszustand soll im neuen Arbeitsverhältnis berücksichtigt werden.**
Eine geringere Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Vorhandensein einer Möglichkeit zur Arbeitserprobung oder die Sorge um die noch ausreichende eigene Qualifikation.
Einen hohen Stellenwert hat es dagegen bei den Wiedereinstiegsinteressierten (46,2 %), dass **das derzeitige Einkommen nicht verringert wird** und **am Arbeitsplatz keine Diskriminierung seitens des Arbeitgebers** besteht.

An dieser Stelle konnten zusätzliche, im Fragebogen nicht aufgeführte Bedingungen für den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben genannt werden. Häufigster Wunsch war hier: **Bei einer späteren Wiederbeantragung soll die Rente nicht niedriger sein oder ungünstiger berechnet werden als die derzeit bezogene.**
Die hier sichtbar werdende Befürchtung ist nicht unbegründet. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung des Rechts für Renten wegen Erwerbsminderung (Rentenreformgesetz 1999) werden für erneut beantragte Renten ungünstigere Berechnungsgrundlagen gelten. Eine wiederbeantragte Rente kann demgemäß sogar niedriger ausfallen als eine früher bereits bezogene. Entsprechend würde bei einem jetzigen Erstantrag die Berechnung günstiger ausfallen als bei einer Beantragung nach Inkrafttreten des Rentenreformgesetzes. Diese Verschlechterungen sind augenblicklich schwerwiegende Hindernisse für AIDS-Kranke bei der Aufgabe der Rente und beim Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit.

V.6.4 Unterstützung

Im weiteren wurde nach speziellem Unterstützungsbedarf beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben gefragt.
Am häufigsten gewünscht wird **"Information, Aufklärung und/oder Kontakte mit Arbeitgebern und Arbeitsumfeld"** (von 66,3 %, die sich zu dieser Frage äußerten).
An zweiter Stelle folgte der Wunsch nach **sozialer Beratung**, gefolgt von **Unterstützung bei Bewerbungen**. Das Angebot von Selbsthilfegruppen HIV-positiver Erwerbstätiger wurde von 37,3 Prozent der an dieser Frage Interessierten gewünscht. Eben so viele hätten gerne "längerfristige Begleitung". 36,1 Prozent der Wiedereinstiegswilligen wünschen sich "Aktivitäten in der Öffentlichkeit zum Abbau von Vorurteilen".
Die bislang höchste Hürde auf dem Weg HIV-positiver und AIDS-kranker Frauen und Männer zurück ins Arbeitsleben, die Hürde gegenüber Arbeitgebern, bedingt auch den größten Bedarf an Unterstützung. In diesem Zusammenhang ist bisher in Deutschland, im Unterschied etwa zu England, wenig geschehen. Wir entnehmen der Umfrage, dass hier Aktivitäten dringend gefragt sind.

V.6.5 Formen des Wiedereinstiegs

Eine weitere Frage galt den Bedürfnissen hinsichtlich der Formen des Wiedereinstiegs in die Erwerbstätigkeit.
Etwa die Hälfte der Wiedereinstiegswilligen wünscht sich eine **Teilzeittätigkeit**. Vollzeit arbeiten möchte nur etwa ein Viertel.
Knapp die Hälfte der Wiedereinstiegswilligen möchte eine **nichtselbständige Erwerbstätigkeit**, deutlich weniger können sich selbständige Arbeit vorstellen.
Stark nachgefragt wird die **Stellenvermittlung durch eine Beschäftigungs-Gesellschaft für HIV-Positive und AIDS-Kranke** (geschützte Erwerbstätigkeit).
Geringer ist der Bedarf an stundenweiser oder tageweiser Tätigkeit sowie an geringfügiger Beschäftigung (wie etwa 510/630 DM-Jobs).
Nur einige Befragte wünschen sich eine Arbeitsvermittlung durch eine subventionierte Arbeitnehmerüberlassung, eine zeitlich befristete Aussetzung der Rente oder den Wiedereinstieg nach dem "Hamburger Modell".
Erneut wird der bereits an anderen Stellen deutlich gewordene **Qualifizierungsbedarf** sichtbar: 29,7 Prozent der hierzu Antwortenden wünschen sich "eine vorgeschaltete Nach- (bzw. Weiter-) Qualifizierung" als Teil ihres Wiedereinstiegs in das Erwerbsleben.
Einen "meinem jeweiligen Gesundheitszustand gemäßen Wiedereinstieg" wollen 27 % der gleichen Gruppe.
Der Bedarf vieler Einstiegswilliger richtet sich weniger auf Vollzeitarbeit als auf flexible Arbeitsmöglichkeiten. Teilzeitarbeit rangiert dabei an erster Stelle.
Die geringe Nachfrage nach einem Wiedereinstieg mittels einer Arbeitnehmerüberlassung oder nach dem "Hamburger Modell" ist möglicherweise der Tatsache geschuldet, dass diese Möglichkeiten den Befragten weniger bekannt sind.

V.6.6 Gewünschte Branchen

Unter den gewünschten Branchen für den Wiedereinstieg wird der Bereich **kaufmännische Berufe/Büro** am häufigsten genannt. Auch Datenverarbeitung und Gesundheitswesen sind häufiger genannte Branchen (je 10 Nennungen bei dieser Frage). Einige wollen in Medien (9 x), Sozialarbeit (8 x), Reisebranche und Gastronomie (je 6 x) oder als Erzieher/innen (5 x) arbeiten. Für Organisation/Beratung, Einzelhandel, Biologie/Gartenbau gibt es jeweils 3 Nennungen, für eine Arbeit in der Werbung, im Handwerk, als Pförtner, im Bereich Umweltschutz, Technik oder Design jeweils 2.

V.6.7 Qualifizierung

Mehr als die Hälfte der wieder ein Arbeitsverhältnis anstrebenden Teilnehmer/innen unserer Studie halten vor ihrem (Wieder-)Einstieg in die gewünschten Branchen eine Qualifizierung für notwenig. Am häufigsten wird der Wunsch nach Umschulung geäußert (38,1 % derjenigen mit Qualifizierungswunsch; auch die folgenden Prozentangaben des Abschnitts V.6.7 beziehen sich auf diese Teilgruppe). An Fortbildung denken 33,3 Prozent, an eine Ausbildung 23,8 Prozent, an ein Studium 4,8 Prozent.

VI Frauen

Die Anzahl der befragten Frauen (17, im Vergleich zu 202 Männern) ist zu klein, um verallgemeinernde Aussagen zur Situation der HIV-positiven und AIDS-kranken Frauen in Berlin zu erlauben. Dennoch möchten wir im Folgenden einige auf Frauen bezogene Ergebnisse unserer Umfrage mitteilen – ins Verhältnis gesetzt zu den entsprechenden bei den befragten Männern. Um dem Missverständnis vorzubeugen, diese Ergebnisse als statistisch abgesicherte Bestimmung der Lage der betroffenen Frauen zu interpretieren und nicht – wie wir sie verstehen – als Hinweise zur Annäherung an ihre Realität, verzichten wir in diesem Abschnitt weitgehend auf Zahlenangaben.

Beim Vergleich der Angaben von Frauen und Männern in der Befragung überwiegen ähnliche Ergebnisse.

Das Durchschnittsalter der Frauen und Männer ist gleich (33 Jahre).

Im Bereich der Arbeit gibt es folgende Übereinstimmungen:

Annähernd die Hälfte der Frauen und der Männer ist berufstätig.

Auch die Gruppen der nichtselbständig und der selbständig Beschäftigten sind bei beiden Geschlechtern etwa gleich groß. Ebenso zeigen sich, was den Umfang der Beschäftigung betrifft (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung), zwischen den befragten Frauen und Männern keine relevanten Unterschiede.

Auch im Bezug auf die HIV-Erkrankung weisen die Fragebogenergebnisse keine auffälligen Unterschiede zwischen Frauen und Männern aus. Infiziert bzw. an AIDS erkrankt sind prozentual etwa genau so viele Frauen wie Männer.

Etwa ebenso groß ist auf beiden Seiten auch der Anteil derjenigen, deren Gesundheitszustand sich in den letzten 12 Monaten verbessert hat und die dies auf die Kombinationstherapien zurückführen.

Das körperliche Befinden wird ebenfalls ähnlich beurteilt. Zum Zeitpunkt der Erhebung fühlt sich jeweils die Hälfte der männlichen und weiblichen Befragten körperlich gut.

In einigen Abschnitten der Befragung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Die meisten der befragten Frauen sind heterosexuell, im Vergleich zu nur wenigen der Männer. Auch der Anteil der bisexuellen Frauen ist weit höher als bei den Männern. Homosexuell ist nur eine der Teilnehmenden, im Vergleich zur überwiegenden Mehrheit der Männer.

Auch im Bereich der Ausbildung gibt es gravierende Unterschiede:

Während die meisten der Männer ein Fachabitur oder Abitur haben, hat die Mehrheit der Frauen die mittlere Reife.

Die befragten Frauen haben insgesamt geringer qualifizierende Berufsausbildungen: Während knapp ein Drittel der Männer Hochschul- oder Fachhochschulabschluß hat, ist es bei den Frauen nur etwa ein Zehntel. Die häufigste Qualifikation bei den Frauen ist der Berufsfachschulabschluß.

Am auffälligsten in diesem Bereich ist folgende Tatsache: Etwa ein Drittel der Frauen hat keine Berufsausbildung, im Vergleich zu nur einem Siebtel der Männer. Es ergibt sich hieraus:

Die an der Studie beteiligten Frauen sind deutlich geringer qualifiziert als die befragten Männer.
Diese Tatsache dürfte auch den geringeren Anteil der Frauen mit Rentenanspruch/-bezug und die **höhere Quote an Sozialhilfeempfängerinnen** bedingen, während im übrigen die Einkommensarten bei Männern und Frauen ähnlich verteilt sind. Allerdings verdient keine einzige Frau mehr als 4.000 DM, bei den Männern sind es knapp 6 %.
Was die Bedeutung der Erwerbstätigkeit betrifft, sind Männer und Frauen sich nur in einer Hinsicht einig: in der hohen Bewertung eines eigenen Einkommens. Im übrigen wird berufliche Tätigkeit unterschiedlich beurteilt: **Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für "soziale Kontakte", für "Anerkennung und Prestige" und für die "Lebensqualität" schätzen die befragten Frauen für sich selbst als weit weniger wichtig ein als die Männer.** Für die Männer dagegen stellen diese Kriterien einen wesentlichen Teil ihrer Identität dar.
Während das körperliche Befinden von Frauen und Männern sich in etwa entspricht, weicht die Beurteilung des seelischen Befindens stark voneinander ab. Nur eine der siebzehn Frauen bezeichnet es als gut, gegenüber einem Drittel der Männer.
Weitaus mehr Frauen als Männer in unserer Studie fühlen sich seelisch schlecht.
Insgesamt könnten die genannten Ergebnisse, angefangen mit der geringeren Ausbildungsqualifikation, Hinweise darauf sein, dass die soziale Benachteilung der meisten Befragungsteilnehmerinnen bereits weit vor ihrer Infektion begonnen hat. Es ist zu vermuten, dass ein hoher Anteil der weiblichen Befragten sich über intravenösen Drogengebrauch infiziert hat. Dies ist aber durch die Studie nicht zu belegen, da unsere Stichprobe keine Fragen nach Herkunft und Infektionswegen enthielt. Doch auch die schlechtere seelische Befindlichkeit weist auf zusätzlich zur AIDS-Infektion bestehende Belastungen der Mehrheit der befragten Frauen hin.
Die Fragen nach Arbeitsausstiegs- oder Wiedereinstiegswünschen waren nur von Teilgruppen (z.B. Erwerbstätigen, Nichterwerbstätigen, Wiedereinstiegswilligen etc.) zu beantworten. Die Anzahl der Frauen war hier jeweils zu gering, um aussagefähige Ergebnisse zuzulassen. Wir haben daher bei den Angaben zu Arbeitsperspektive und -wünschen keine frauenspezifische Auswertung vorgenommen.
Mit der vorangegangenen Darstellung möchten wir Wahrscheinlichkeiten aufzeigen und Hinweise für die AIDS-Hilfe-Arbeit geben. Da es uns nicht möglich ist, für die in einigen Bereichen deutlich schlechtere objektive und subjektive Lage der von AIDS betroffenen Frauen in Berlin anhand der Fragebogenergebnisse gesicherte Erkenntnisse zu liefern, sollten zu diesem Thema weitere Studien folgen.

VII Höher bzw. geringer Qualifizierte[10]

Um einige Ergebnisse unserer Studie schichtspezifisch zu differenzieren und sozial bestimmte Unterschiede des Lebens mit HIV und AIDS und des Umgangs mit dem Thema Arbeit in den Blick zu bekommen, haben wir einige Ergebnisse der Gesamtauswertung in Beziehung zur Schul- und Berufsausbildung der Befragten gesetzt. Hinsichtlich der Interpretation der ermittelten Daten sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sie auf (Selbst-)Einschätzungen der Befragungsteilnehmer/innen beruhen.
Im Folgenden vergleichen wir in einigen Bereichen die Angaben zweier Teilgruppen:
die Befragten mit Hauptschul- bzw. ohne Schulabschluß (Teilgruppe 1) und diejenigen mit mittlerer Reife oder Abitur (Teilgruppe 2).
Etwa ein Viertel der Befragungsteilnehmer (23,8 % aller Befragten) gehört zur durchschnittlich geringer qualifizierten Teilgruppe (TG) 1, drei Viertel (74,4 % aller Befragten) sind zur durchschnittlich höher qualifizierten TG 2 zu zählen.
Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit
38,6 Prozent aus TG 1 haben keine Berufsausbildung, in TG 2 sind es nur 9 Prozent. Eine Hochschulausbildung hat keine/r der Befragten aus TG 1. Hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen geringer qualifizierender Schulausbildung und ebensolcher Berufsausbildung bzw. nichtabgeschlossener Ausbil-

[10] Die in Abschnitt VII angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wenn nicht anders vermerkt, jeweils auf die Gesamtzahl der Nennungen der Teilgruppen "höher Qualifizierte" bzw. "geringer Qualifizierte" zur jeweiligen Frage.

dung. Auch die Häufigkeit der bei der Befragung angegebenen Berufe mit geringerer Qualifikation entspricht in etwa der Anzahl der Befragten in TG 1.
Zu dem sich abzeichnenden Bild einer im Arbeitsleben schlechter gestellten TG 1 passen die Angaben, dass zwei Drittel der Befragten aus TG 1, aber nur die Hälfte aus TG 2 nicht berufstätig sind (s.o. V.I). Ebenso folgerichtig erscheint, dass mehr als dreimal so viele Befragte aus TG 2 vollzeitbeschäftigt sind, während in TG 1 der Anteil der Teilzeitarbeiter/innen höher ist. Auch der Anteil derer, die in berufsfremden Bereichen gearbeitet haben, ist in TG 1 höher.
Die Befragten mit geringer qualifizierender Ausbildung verrichten geringer qualifizierte Arbeit. Der Anteil der Nichterwerbstätigen ist in dieser Teilgruppe höher.
Dass die Befragten mit Hauptschulabschluss einen höheren Anteil der Nichterwerbstätigen und die mit Abitur u. Hochschulabschluss einen höheren Anteil der Erwerbstätigen stellen, entspricht wiederum der heute allgemein bestehenden Verteilung von Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit.

Einkommen
Entspechend verteilt sind die Einkommen. Fast dreimal mehr Befragte mit geringerer Ausbildung (TG1) erhalten unter 1.000 DM. Das Bild vervollständigt sich durch die Angaben in den höheren Einkommensgruppen: Bis 2.000 DM überwiegen die Angehörigen der TG 1, ab 2.000 DM die aus TG 2 mit deutlichem Vorsprung. Mehr als 4.000 DM verdient keine/r aus TG 1, aus TG 2 sind es 13 Personen.
Die geringer Qualifizierten unserer Studie haben geringere Einkommen. Mehr als dreimal so viele als höher Qualifizierte sind als arm zu bezeichnen.
Bedeutung der Erwerbstätigkeit
Das "eigene Einkommen" ist für beide Teilgruppen das Wichtigste an der Erwerbstätigkeit. Von TG 2 wird es dabei noch höher bewertet als von TG 1.
An zweiter Stelle der Bedeutung stehen für TG 1 die durch Erwerbstätigkeit gegebenen "sozialen Kontakte", die bei TG 2 erst den dritten Platz einnehmen. "Anerkennung und Prestige" haben vergleichsweise geringe Bedeutung für beide Teilgruppen.
Die Erhöhung der "Lebensqualität" durch Erwerbstätigkeit ist für gut zwei Drittel beider Teilgruppen wichtig. Sie steht an dritter Stelle für TG 1 bzw. an zweiter für TG 2. Zusammenfassend lässt sich sagen:
Erwerbstätigkeit hat für die Befragten beider Teilgruppen große Bedeutung.
Unterscheidet man innerhalb der Teilgruppen 1 und 2 zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen, dann zeigt sich die Tendenz, dass Erwerbstätigkeit als "Lebensqualität" den höher qualifizierten Erwerbstätigen noch wichtiger ist als den höher qualifizierten Nichterwerbstätigen. Umgekehrt ist den geringer qualifizierten Erwerbstätigen die mit Arbeit verbundene "Lebensqualität" weniger wichtig als den geringer qualifizierten Nichterwerbstätigen.
Es hat sich gezeigt, dass Erwerbstätigkeit den höher als auch den geringer qualifizierten Befragten sehr wichtig ist, den Erwerbstätigen beider Gruppen aber noch mehr bedeutet als den Nichterwerbstätigen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, warum viele erwerbstätige Menschen mit HIV und AIDS an ihrem Arbeitsstatus hängen und ihn, so weit es geht, aufrecht erhalten wollen; und warum sie, wenn der Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit vollzogen ist, zunächst auf Distanz zu diesem Bereich gehen. Um anschließend Arbeit und Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen, sind so viele äußere Hindernisse wie innere Barrieren zu überwinden, dass die Reintegration in die Arbeitswelt erheblich erschwert ist und die deutliche Wertschätzung der Erwerbstätigkeit zumindest von "gemischten Gefühlen" gegenüber dem Wiedereinstieg begleitet ist.
Ausstieg
Den Ausstieg aus dem Erwerbsleben wünschen sich etwa gleich viele Befragte aus beiden Teilgruppen. Die Mehrheit wünscht den Ausstieg nicht, was dem oben Gesagten und auch dem Ergebnis der Gesamtgruppe entspricht.
Wichtig für unseren Zusammenhang ist auch eine andere durch die Befragung ermittelte Tatsache:
Ein höherer Anteil der geringer Qualifizierten als der höher Qualifizierten äußert den Wunsch, in Rente zu gehen bzw. diesen Status beizubehalten und nicht ins Berufsleben zurückzukehren.

Wiedereinstieg
Unterschiedliche Reaktionen ruft die Frage nach dem Wunsch hervor, wieder in die Erwerbstätigkeit einzusteigen. Dreimal mehr Befragte aus TG 2 sind dazu fest entschlossen (34,1 %), in TG 1 sind es nur 11,6 Prozent. Nur unter bestimmten Umständen oder gar nicht dazu bereit sind dementsprechend weit mehr Personen aus TG 1 als aus TG 2.

Qualifizierungsbedarf
Es kann angenommen werden, dass die ablehnende oder zögernde Haltung gegenüber dem Wiedereinstieg ins Arbeitsleben auch Ausdruck eines Qualifizierungsbedarfs ist. Die ermittelten Zahlen bestätigen diesen Eindruck: Drei Viertel aus TG 1 (gegenüber der Hälfte der TG 2) äußern die Notwendigkeit ihrer Qualifizierung als Voraussetzung der Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit.

Erkrankung
Der Anteil der HIV-Positiven bzw. der AIDS-Kranken beider Teilgruppen ist fast gleich.
Bei etwa gleich vielen Befragten beider Teilgruppen – jeweils etwa der Hälfte – hat sich der Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten verbessert, was dem Gesamtergebnis der Stichprobe entspricht. Als Ursache gibt die Mehrheit beider Teilgruppen die Mehrfachkombinationstherapien an. Dennoch sind, was das körperliche und das seelische Befinden betrifft, auffällige Unterschiede zwischen den Teilgruppen zu verzeichnen: Körperlich gut fühlen sich nur 22,9 Prozent der TG 1, dagegen 53 Prozent der TG 2. Ihr seelisches Befinden als gut bezeichnen nur 17,6 Prozent der TG 1, aber 37,9 Prozent der TG 2. Zwar liegt das seelische Befinden der meisten Befragten beider Gruppen im mittleren Bereich, doch fühlen sich 19,3 Prozent der TG 1 seelisch schlecht bzw. sehr schlecht, dagegen nur 6,6 Prozent der TG 2.
Das subjektive körperliche und seelische Befinden der geringer Qualifizierten ist deutlich schlechter als das der höher Qualifizierten unserer Studie.
Ein ähnliches Gefälle zeigte sich zwischen Männern und Frauen (s.o., VI). Wir vermuten hier wie dort ähnliche Gründe: Eine biographisch früh einsetzende soziale Benachteilung wirkt verschlechternd auf die Gesamtsituation der HIV-Infektion ein, schafft ständige Zusatzbelastungen, die zu stärkerer Beeinträchtigung des Befindens, zu größeren Schwierigkeiten und unterschiedlichem Beratungs- und Qualifizierungsbedarf bei der (Neu-)Orientierung im Bereich der Arbeit führen.

VIII HIV-Positive und AIDS-Kranke

Wir haben die Teilgruppen der HIV-Positiven (79,4 %; absolut: 177) und AIDS-Kranken (23,3 %; absolut: 52) hinsichtlich ihres Einkommens und Befindens miteinander verglichen.

Haupteinkommensarten und Erkrankung:

	HIV-positiv	AIDS-krank
Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit	40,1 %	25,0 %
Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Rente	22,6 %	32,7 %
Arbeitslosengeld/-hilfe	16,9 %	19,2 %
Sozialhilfe	14,1 %	15,4 %

Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei den HIV-Positiven höher als der der Rentner/innen, dagegen ist bei den AIDS-Kranken der Anteil der Rentner/innen höher. Der Anteil der Bezieher/innen von ALG/-A.-Hilfe und der Empfänger/innen von Sozialhilfe ist dagegen in beiden Gruppen etwa gleich.
Einkommenshöhe:
In Bezug auf das Einkommen von unter DM 1.000 bis DM 2.000 – 3.000 liegen beide Gruppen etwa gleich. Knapp ein Viertel lebt von einem Einkommen von unter DM 1.000. (s.o. VIII.2). Dem entspricht auch der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen, der in beiden Gruppen etwa gleich hoch ist. Erst in der Einkommenshöhe DM 3.000 – 4.000 sind die HIV-Positiven doppelt so stark vertreten. Das könnte sich aus dem höheren Anteil der noch im Erwerbsleben Stehenden dieser Gruppe erklären. Diese finanzielle Besserstellung der HIV-Positiven setzt sich jedoch auf der Einkommensskala nicht weiter nach oben fort. In den Einkommensstufen über DM 4.000 gibt es mehr AIDS-Kranke als HIV-Positive. Es sind dies aber nur sehr wenige Personen, so dass generelle Aussagen hieraus nicht abgeleitet werden können.

Die Erhebung zeigt in Bezug auf das finanzielle Lebensniveau keine wesentlichen Unterschiede zwischen HIV-Positiven und AIDS-Kranken, abgesehen von einem etwas höheren Anteil von Sozialhilfeempfänger/innen bei den AIDS-Kranken.
Eine andere Gewichtung ergibt sich aus dem Vergleich des körperlichen und seelischen Befindens beider Teilgruppen. Erwartungsgemäß ist das körperliche Befinden der AIDS-Kranken schlechter, 25 Prozent von ihnen ordnen sich auf der Skala 1-6 bei den Werten 4 und 5 zu, während es bei den HIV-Positiven nur 20,3 Prozent sind. Etwa ein Drittel der AIDS-Kranken (36,6 % von diesen) fühlt sich gut, während das für 46,9 Prozent der HIV-Positiven zutrifft.
Das seelische Befinden ist in beiden Gruppen im oberen Bereich (Skala 1 und 2) fast gleich: je etwa ein Drittel fühlt sich gut. Im unteren Bereich zeigt sich aber:
Mehr HIV-Positive als AIDS-Kranke fühlen sich seelisch schlecht (11,9 % gegenüber 3,8 % der AIDS-Kranken).
Wir verstehen dies als möglichen Hinweis darauf, dass bei unserer Zielgruppe körperliches und seelisches Befinden keineswegs in kausalem Zusammenhang stehen. Viele belastende Faktoren außerhalb des somatischen Bereichs wirken auf das subjektive Ergehen ein und beeinträchtigen es mehr oder weniger stark in verschiedenen Lebens- und Krankheitsphasen. Die Angst vor dem Ausbruch der Krankheit könnte unter diesen erschwerenden Lebensbedingungen eine besonders gravierende Rolle spielen.

IX Zusammenfassung

IX.1 Therapiebenefit und Arbeit

Auch in unserer Studie wird deutlich, wie sehr sich das AIDS-Geschehen seit 1996 durch die neuen antiretroviralen Kombinationstherapien verändert. Der Gesundheitszustand bei mehr als der Hälfte der Befragten hat sich innerhalb des letzten Jahres verbessert, und die überwiegende Mehrheit von ihnen führt dies auf die Kombinationstherapien zurück. Dieser Wandel hat unmittelbare Auswirkung auf das Verhältnis der Befragungsteilnehmer/innen zum Arbeits- und Erwerbsleben.
Nicht übersehen werden darf hierbei freilich, dass ein Teil der mit den neuen Substanzen Behandelten keinen Benefit oder sogar ausschließlich negative Wirkung durch sie erfährt. Wie viele dies sind und wie viele von ihrem zu respektierenden Recht, die Therapien für sich nicht anzuwenden, Gebrauch machen, können wir nicht angeben, denn eine entsprechende Frage enthielt der Fragebogen nicht. Gewiss ist jedoch, dass gerade diejenigen, die keinen oder keinen dauerhaften Benefit der Therapien erfahren, inmitten einer nicht zu verkennenden Aufbruchstimmung in einer besonders schwierigen Lage sind. Einige von ihnen werden sich unter den über 6 Prozent der Befragten befinden, die ihr körperliches Befinden als schlecht bezeichnen - bzw. und unter den etwa 10 Prozent, die ihr seelisches Befinden als schlecht oder sehr schlecht einstufen.
Wie gezeigt wurde, handelt es sich bei den Befragten in Bezug auf Schul- und Berufsausbildung um eine überdurchschnittlich qualifizierte Gruppe. Zweifellos aufgrund der HIV-Infektion ist ihr Anteil an Nichterwerbstätigen aber weit größer, ihr Einkommensniveau – bei zusätzlicher Benachteiligung der Nichterwerbstätigen – deutlich niedriger als im vergleichbaren Berliner Durchschnitt.

Der Umgang der Befragungsteilnehmer/innen mit der Infektion am Arbeitsplatz mag überraschen: Die Hälfte hat Arbeitgeber/in und Kollegen/Kolleginnen informiert. Der Anteil der Schwerbehinderten, die am Arbeitsplatz offen mit ihrer Behinderung umgehen, ist noch weitaus höher. Die hierdurch erfahrenen Vorteile überwiegen gegenüber den Nachteilen. Diese sind relativ selten, doch nicht zu unterschätzen.
Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für die Befragten lässt sich am starken Interesse der Mehrheit der Berufstätigen, ihre Arbeit nicht aufzugeben, und am Wunsch der Mehrheit der Nichterwerbstätigen – nahezu der Hälfte aller Befragten –, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern, ablesen.
Ein wesentlicher Grund dafür mag in der schlechten finanziellen Versorgung liegen: Bei der Beurteilung der für viele wichtigen Erwerbstätigkeit steht der Vorteil des "eigenen Einkommens" an erster Stelle, dicht gefolgt von den mit ihr verbundenen "sozialen Kontakten" und der hinzugewonnenen "Lebensqualität".
Innerhalb des Wunsches nach Erwerbstätigkeit gibt es vielfältige Bedürfnisse hinsichtlich der Arbeitsformen: Hier haben Teilzeittätigkeit und flexible Arbeitsmöglichkeiten Priorität.

IX.2 Unterstützung

Angesichts der vielen offenen Fragen zum Thema Arbeit und Erwerbstätigkeit in der gegenwärtigen Umbruchsituation für Menschen mit HIV und AIDS ist der Bedarf an Unterstützung groß.
Sie besteht für einige aus Hilfe beim (Teil-)Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Und es wäre eine der fatalsten Folgen der Therapiefortschritte, wenn dieser Wunsch jetzt als weniger legitim betrachtet würde. Die Unterstützung heißt für andere Beratung und Information, Qualifikation und Begleitung im beginnenden oder schon fortgeschrittenen Prozess der Neuorientierung im Bereich Arbeit.
Dass Unterstützung bei Bewerbungen und Arbeitgeberaufklärung in der Nachfrage Betroffener vor Selbsthilfegruppen und längerfristiger Begleitung rangieren, weist auf den Bedarf an unmittelbaren Hilfen zum Arbeitseinstieg hin, zeigt auch, wie viele Frauen und Männer mit HIV und AIDS sich mit konkreten Fragen des Wiedereinstiegs befassen – ein Ergebnis, das auch durch die Tatsache, dass ein Viertel der Nichterwerbstätigen unserer Studie zum Wiedereinstieg in das Erwerbsleben bereits fest entschlossen ist, bekräftigt wird.
Wir betrachten es als ein wichtiges Ergebnis unserer Befragung, dass sie die zusätzliche Benachteiligung von Frauen, geringer Qualifizierten und an AIDS Erkrankten auch im Befragungszusammenhang sichtbar gemacht hat. Die besondere Unterstützung dieser Gruppen bedarf verstärkter Anstrengungen.

X Ergebnisse der Studie / Angebote des Projekts *Aids und Arbeit*

Die eingangs gestellte Frage nach dem Bedarf der Menschen mit HIV und AIDS in Berlin in Bezug auf Arbeit kann durch die vorliegende Erhebung gewiss nicht endgültig und umfassend beantwortet werden. Die ermittelten Daten lassen aber ein Meinungsbild der Zielgruppe erkennen.
Die Ergebnisse bestätigen einige der Ziele von *Aids und Arbeit*. Und sie zeigen neue Perspektiven auf: Die spezifische Sozialberatung ist weiterhin ein fester Bestandteil der Projektangebote. Das Angebot einer angeleiteten Gesprächsgruppe zum Thema "AIDS und Arbeit" für Frauen und Männer mit HIV und AIDS ist eine der Konsequenzen aus dem ermittelten Bedarf an Austausch und Auseinandersetzung unter Betroffenen. Außerdem wurde ein 12-wöchiges Qualifizierungsseminar organisiert, da eines der bemerkenswerten Ergebnisse der Umfrage der Wunsch nach vorbereitender Schulung für den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess war.

Der ebenso deutliche Bedarf an Arbeitgeberaufklärung sowie Stellenakquise und -vermittlung ist bisher nicht ansatzweise von unserem Projekt zu erfüllen, wenn auch im zukünftigen Arbeitsplan enthalten. Kontakte zu Gewerkschaften und einzelnen Arbeitgebern sind entstanden und müssen ausgebaut werden. Ein EU-gefördertes Projekt, dessen Kern eine Initiative gegenüber Arbeitgebern ist, soll ebenso beantragt werden wie auch das Bundesmodellprojekt einer Beschäftigungsinitiative für Menschen mit HIV und AIDS.

XI Mitarbeiter/innen, Unterstützer/innen, Sponsoren

Unser Dank gilt außer den weiteren Mitarbeitern von kursiv e.V. / Schwulenberatung insbesondere Dieter Bernhardt und Friederike Kania für den Entwurf des Fragebogens in der Anfangsphase des Projekts (*Berliner Aufbruch*);
darüber hinaus für ihre engagierte Mitarbeit bei der Verteilung der Fragebögen und für Spenden:

den Apotheken: Bavaria, Dahlem-Dorf, Driesener, Elefanten, Gethsemane, Grosscurth's, Grüne, Kreuzberg, Kurmark, Leibniz, Markus, Regenbogen;

den Arztpraxen: Dr. Gerd Bauer, Dr. Maya Böhm/Dr. Norbert Böhmer, Dr. Stephan Dupke, Dr. Matthias Freiwald/Dr. J. C. Dobao, Dr. Hans-Dieter Heil, Heiko Jessen, Dr. Arend Moll/Dr. Jörg Gölz/Dr. Hannelore Seibt-Jung, Dr. Felicitas Rittweger, Dr. Cord Schauenburg, Dr. Frank Schlote/Dr. Elke Lauenroth-Mai;

den AIDS-Beratungen der Bezirksämter Kreuzberg, Charlottenburg, Schöneberg;

den Tageskliniken der Krankenhäuser Prenzlauer Berg, Rudolf-Virchow- Krankenhaus, Auguste-Viktoria-Krankenhaus

und folgenden AIDS-Organisationen in Berlin: Anlauf- u. Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung für MigrantInnen (Akam), Berliner AIDS-Hilfe e.V. (BAH), Café PositHiv, Mann-O-Meter e.V., pluspunkt berlin e.V., DER REGENBOGEN e.V., Strass, zuhause im Kiez (ziK) gGmbH.

Außerdem danken wir für freundliche Auskunft: Frau Inge Wilczek, Statistisches Landesamt, Berlin (für Vergleichsdaten Berlin); Herrn Christian Kollan, Robert-Koch-Institut, Berlin (für Vergleichsdaten zu AIDS) und Herrn Dr. Peter Krause, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin (für Angaben zum Einkommensvergleich). Besonderer Dank gilt auch Herrn Dr. Michael Bochow für Kritik und Anregungen zur Darstellung der Umfrageergebnisse.

RENTENZUGÄNGE IN DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG (LVA UND BFA) DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND DURCH AIDS, ARC UND SONSTIGE HIV-INFEKTIONEN FÜR DIE JAHRE 1989-1996

Helga Exner-Freisfeld

Zusammenfassung

Zielsetzung der vorliegenden Studie ist die Analyse der Belastung gesetzlicher Rentenversicherungsträger durch die Gewährung von Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeitsrenten an HIV-infizierte Personen auf Grund der Diagnose AIDS und Vorstadien. Für die Untersuchung wurden Daten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) sowie des Robert-Koch-Instituts (RKI) verwendet. Aufgrund effizienterer Behandlungsmöglichkeiten ist es gelungen, AIDS zu einer chronischen Erkrankung zu wandeln. Damit kann eine größere Anzahl von Menschen mit HIV/AIDS heute über längere Zeiträume einer wirtschaftlich verwertbaren Tätigkeit nachgehen. Dies bedeutet eine Entlastung der Rentenversicherungen, wenn die Betroffenen dadurch auch über einen längeren Zeitraum Beiträge an diese Sozialversicherungsträger entrichten können. Auf der anderen Seite können auch die Rentenlaufzeiten mit AIDS als chronischer Krankheit zunehmen, wenn die Berentungsinzidenz nicht abgesenkt werden kann. Mit den vorliegenden Zahlen lässt sich eine signifikante Belastung der gesetzlichen Rentenversicherungen durch die Gewährung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten infolge AIDS und Vorstadien nicht nachweisen. Dies zeigt auch ein quantitativer Vergleich mit anderen Erkrankungen, welche zur Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit führen. Im Hinblick auf AIDS stehen die relativ hohen Behandlungskosten im Vordergrund, die nicht Gegenstand dieser Untersuchung sind. Jedoch muss mit einem weiteren Anstieg der Berentungsinzidenz gerechnet werden.

Einleitung

AIDS ist eine durch das Retrovirus HIV ausgelöste, noch immer tödlich verlaufende Infektionskrankheit, die sich weltweit pandemisch ausbreitet. In Deutschland wurden die ersten AIDS-Fälle 1982 erkannt und publiziert (Frankfurt, München, Berlin). Unter AIDS wird nur das streng definierte Endstadium der HIV-Infektion verstanden und nicht die HIV-Infektion selbst. AIDS als letztes Stadium der HIV-Krankheit ist durch das Versagen der zellulären Immunantwort gekennzeichnet. Die Zahl der CD4+-Lymphozyten (T-Helferzellen) nimmt bei allen HIV-Infizierten stetig ab. Dieser Rückgang kann ohne antiretrovirale Therapie nicht aufgehalten werden, und es kommt zu einer irreversiblen Verminderung der T-Helferzellen, d.h. zu einem fortschreitenden Immundefekt. Dabei ist die Konzentration an HI-Viruspartikeln im Blut oft sehr hoch. Bei einer hohen Viruslast und zunehmendem Versagen der Immunabwehr können sich eine Reihe von Mikroorganismen, die meist intrazellulär wachsen und im Allgemeinen für Immunkompetente wenig pathogen sind, sowie bestimmte Tumore unkontrollierbar im Organismus ausbreiten. Lebensgefährliche opportunistische Infektionen führen schließlich zum Tode der Erkrankten durch sog. AIDS-definierende Erkrankungen wie z.B. PCP, Toxoplasmose, CMV-Erkankungen, maligne Lymphome, Tuberkulose usw.
Die HIV-Krankheit ist eine Folge der Infektion mit dem Human Immundeficiency Virus (HIV) Typ 1 oder Typ 2. Inzwischen wurde eine Reihe von HIV-Subtypen identifiziert. Auf die primäre HIV-Infektion folgen meist mehrere Jahre, in denen die Patienten und Patientinnen asymptomatisch sind (klinische Latenzzeit). Der Verlauf der HIV-Infektion bis zum letzten Stadium der Erkrankung, dem AIDS-Stadium, ist durch unterschiedliche Erscheinungsbilder mit unterschiedlicher Ausprägung des Immundefektes, z.B. der CD4-Werte und der Viruslast charakterisiert. Beides zusammen gibt den Kliniken ein gutes Bild der Gesamtsituation der HIV-Erkrankung und ermöglicht insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung der Laborparameter eine prognostische Aussage über den weiteren Verlauf. Klinik und zusätzliche Informationen über Labordaten haben zur Stadieneinteilung nach klinischen und immunologischen Parametern geführt. Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes werden Patienten nach der neuen CDC-Stadieneinteilung der HIV-Krankheit von 1993 in drei klinische Kategorien A-C und drei Laborkategorien mit 3 CD4-Zellzahlbereichen 1-3 eingeteilt. Kategorie A entspricht im wesentlichen der asymptomatischen HIV-Infektion, Kategorie B dem Ende der asymptomatischen Phase, dem AIDS-related Complex und Kategorie C dem Vollbild AIDS.

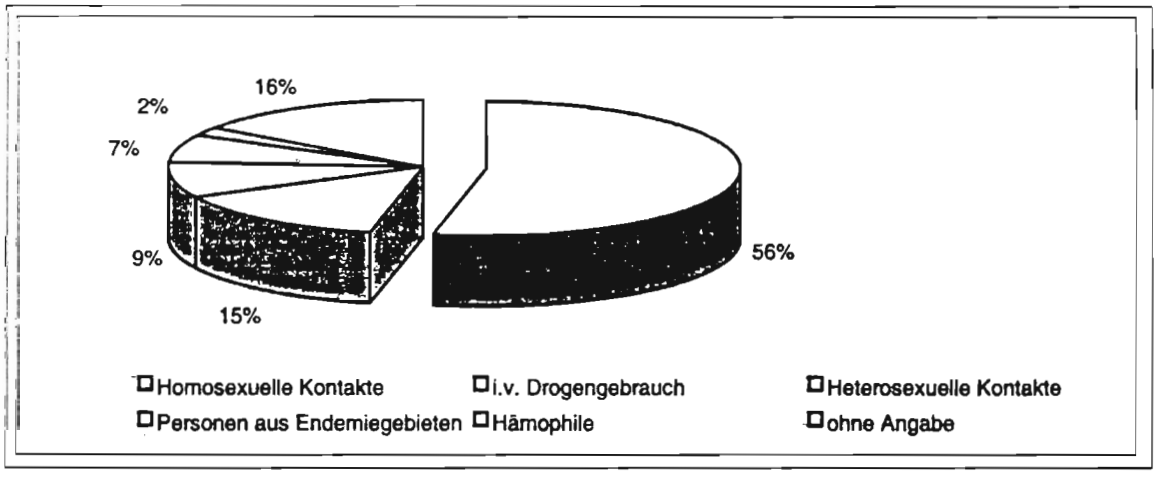
Bei der Beschreibung von Krankheiten sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auch aus Gründen des Kosten-Leistungsnachweises verpflichtet, die Diagnosen nach dem dreistelligen ICD-Schlüssel zu kodieren (Diagnosenstatistik). Dieser Schlüssel dient als international einheitliche Systematik der Erfassung und Klassifizierung von Krankheiten und Todesursachen. Noch gilt der dreistellige Schlüssel der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der neunten Revision. Bei der Beschreibung eines Krankheitszustandes wird nach der ICD zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden. Auf Nebendiagnosen als Komplikationen, die mit zunehmendem Immundefekt auftreten, wie z.B. Mundsoor usw. wird hier nicht eingegangen, da bei der Berentung nur Hauptdiagnosen angegeben werden. Die zur Zeit noch gültige ICD-9-Verschlüsselung der Hauptdiagnosen bei HIV-Infizierten sind die **drei** unterschiedlichen **Stadien der Grunderkrankung**:

1.	HIV-Infektion, asymptomatisch	ICD	044
2.	AIDS-related complex (ARC)	ICD	043
3.	AIDS	ICD	042

Epidemiologie

In Deutschland wird - laut AIDS/HIV Quartalsbericht III/97 des RKI - die Zahl der seit Beginn der HIV-Epidemie infizierten Personen auf 50.000 bis 60.000 geschätzt. Die Zahl der Neuinfektionen pro Jahr wird auf 2.000 bis 2.500 geschätzt. In Deutschland hat die HIV-Epidemie hinsichtlich des Zuwachses zur Zeit ein weitgehendes Gleichgewicht erreicht. Die Gesamtzahl der kumulativen AIDS-Fallmeldungen lag per 30.09.1997 bei 16.742, davon sind bereits 10.799 als verstorben gemeldet. Diese Gesamtzahl lässt sich nach oben korrigieren, wenn man den Vollständigkeitsgrad der Erfassung berücksichtigt (nach Angaben der Robert-Koch-Instituts >85%). Damit liegt die Gesamtzahl der Fall-Meldungen etwa bei 20.000. Der Anteil der Männer an den kumulativen AIDS-Fallzahlen ist mit 89% wesentlich höher als der der Frauen mit 11%. Im Erfassungszeitraum ist über die Hälfte der an AIDS Erkrankten bereits verstorben. Von der Zahl der gemeldeten AIDS-Fälle sind 64,6% als verstorben bekannt. Der größte Teil der im Jahre 1996 diagnostizierten AIDS-Fälle stammt mit 56% (55,6%) aller Meldungen aus der Gruppe der homosexuellen Männer. Mit 16% (15,6%) der 1996 aufgetretenen AIDS-Fälle stellen die i.v. Drogen Gebrauchenden die zweitgrößte Betroffenengruppe dar. Die Rate von Neuinfektionen bei homosexuellen Männern und i.v. Drogen Gebrauchenden hat sich weitgehend stabilisiert. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen nimmt weiter langsam zu. In der Gruppe der heterosexuell Infizierten als drittgrößter Betroffenengruppe sind in den letzten Jahren die stärksten prozentualen Zunahmen zu verzeichnen. Hier ist die Zahl der über heterosexuelle Kontakte infizierten Frauen etwas höher als die der Männer. Die Neuerkrankungen über heterosexuelle Kontakte liegen bei 9% der 1996 diagnostizierten Fälle.

1. (Grafik) Infektionswege der in 1996 diagnostizierten AIDS-Fälle



Quelle: Angaben des Robert-Koch-Instituts, Rundungsfehler nicht ausgeglichen

2. (Tabelle) AIDS Fälle nach Regionen (Anteil an allen bisher Erkrankten)

Region	Fallzahl	Prozent an Gesamt
Berlin (Ost und West)	3422	20,4%
Hamburg	1581	9,4%
München	1535	9,2%
Frankfurt	1127	6,7%
Köln	838	5,0%
Düsseldorf	539	3,2%
Bremen	194	1,2%
Summe	9236	55,2%
Rest	7506	44,8%
Gesamt	16742	100,0%

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben in AIDS/HIV Quartalsbericht RKI III/97)

Analysiert man die Häufigkeit von AIDS in Deutschland nach Regionen, so zeigt sich erwartungsgemäß, dass 55% der bisher an AIDS Erkrankten aus den Großstädten Berlin (Ost und West), Hamburg, München, Frankfurt a.M., Köln, Düsseldorf und Bremen stammen. Insgesamt ist die Zahl der bekanntgewordenen AIDS-Neuerkrankungen in Deutschland 1997 im Vergleich zum Vorjahr stark gesunken und hat den Stand von 1988 erreicht. 1997 werden laut Quartalsbericht des RKI III/97 die AIDS-Neuerkrankungen auf 1.300 Fälle zurückgehen, und damit werden es über 500 Fälle weniger sein als 1996. Somit setzte sich der positive Trend das dritte Jahr in Folge fort.

AIDS entwickelt sich zu einer der häufigsten Todesursache bei jungen Erwachsenen im Alter von 25-44 Jahren, sowohl in den Entwicklungsländern als auch in der industrialisierten Welt. Dennoch sind durch verbesserte therapeutische Möglichkeiten zunehmende Überlebenszeiten sowie weitere Veränderungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche zu erwarten. Aufgrund der zunehmenden Zeitspanne bis zum Auftreten AIDS-definierender Erkrankungen geht die Zahl der jährlich neu diagnostizierten AIDS-Fälle zurück. Die Zahl der zu versorgenden Patienten mit fortgeschrittenem Immundefekt wird bei konstanter Zahl von Neuinfektionen durch längere Überlebenszeiten jedoch weiter ansteigen. Ob damit auch eine längere Rentenlaufzeit verbunden ist, bleibt abzuwarten.

Aufgehobenes Leistungsvermögen durch die HIV-Krankheit

Die chronische AIDS-Krankheit führt oft schon bei jungen Erwachsenen zum Verlust der Erwerbsfähigkeit. Dies bedeutet, dass der bisherige Arbeitsverdienst geringer wird oder völlig wegfällt. Die gesetzliche Rentenversicherung hilft in diesen Fällen und gewährt eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, wenn bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind. Die Rente dient dazu, den durch die Minderung der Erwerbsfähigkeit entstandenen Einkommensverlust auszugleichen.

Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

„**Berufsunfähig** sind Versicherte nach § 43 SGB VI, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist."

„**Erwerbsunfähig** sind Versicherte nach § 44 SGB VI, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt." Die Bezugsgröße ist ein Wert, der z.B. die Basis für die Beitragsberechnung in der Rentenversicherung darstellt und in jedem Jahr neu durch die Bundesregierung festgesetzt wird.

Die Rente wegen **Berufsunfähigkeit** soll die Lohnminderung, die durch die verminderte Erwerbskraft im erlernten oder bisher ausgeübten Beruf eingetreten ist, ausgleichen. Die Rente wegen **Erwerbsunfähigkeit** hat dagegen die Funktion des „Lohnersatzes" für Versicherte, deren Erwerbskraft nahezu oder völlig weggefallen ist oder vor der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit schon weggefallen war.

Die Erwerbsunfähigkeitsrente ist in der Regel um die Hälfte höher als eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, weil im Gegensatz zum/zur berufsunfähigen AIDS-Kranken der/die erwerbsunfähige Kranke in der Regel nicht mehr arbeiten kann.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für einen Rentenanspruch:

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft:

Vor dem Eintritt der BU oder EU muss die allgemeine Wartezeit erfüllt sein. Das heißt: Der/die Betreffende muss mindestens **fünf** Jahre lang - 60 Kalendermonate -Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einbezahlt haben.
Auf die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren kann verzichtet werden, wenn der/die versicherte AIDS-Kranke in den letzten fünf Jahren **vor** Eintritt der maßgeblichen Erwerbsminderung **drei** Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit bezahlt hat.
Ein Anspruch auf Rente besteht auch für Versicherte, die innerhalb von sechs Jahren nach dem Ende ihrer Ausbildung erwerbsunfähig geworden sind und in den zwei Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung mindestens zwölf Monate lang Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung gezahlt haben.

Besonders wichtig für junge AIDS-Kranke ist die Zurechnungszeit nach § 59 SGB VI. Da die Rentenhöhe von der Versicherungsdauer abhängig ist, soll der/die vorzeitig - d.h. vor Vollendung des 60. Lebensjahres - berufsunfähig gewordene Versicherte so gestellt werden, als sei seine/ihre Leistungsunfähigkeit - als Voraussetzung für eine Rente - zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt eingetreten. Diese Zurechnungszeit ist das Äquivalent für AIDS-Kranke mit nur kurzer Beitragszeit zur Sicherung einer annähernd ausreichenden Rente. Als Zurechnungszeit wird die Zeit bis zum vollendeten 55. Lebensjahr im vollen Umfang und die darüber hinausgehende Zeit bis zum vollendeten 60. Lebensjahr zu einem Drittel berücksichtigt **(„Hochliftung")**.

Beispiel:
Wenn ein versicherter AIDS-Kranker, der am 18.10.1965 geboren ist, zum 5.3.1996 erwerbsunfähig wird, ergibt sich folgende Zurechnungszeit:
Von März 1996 bis Oktober 2020 (Vollendung des 55. Lebensjahres) erfolgt die sog. Hochliftung; das heißt: diese 24 Jahre gehen ohne Zahlung von Versicherungsbeiträgen voll bei der Rentenberechnung ein. Die Zeit bis zur Vollendung des 60.Lebensjahres im Jahr 2025 wird zu einem Drittel dazu gerechnet.

Rentenzugänge in der gesetzlichen Rentenversicherung für Patienten mit AIDS oder Vorstadien für die Jahre 1989-1996

Die Entwicklung des Rentenaufkommens infolge von AIDS und Vorstadien in der Rentenversicherung soll für die Jahre 1989 bis 1996 aufgezeigt werden. Die Rentenzugänge wurden mit Hilfe des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zusammengestellt. Obgleich der medizinische Wissenszuwachs seit 1996 neue Behandlungsmöglichkeiten und damit oft eine länger anhaltende volle Leistungsfähigkeit mit sich gebracht hat, lässt sich keine Aussage darüber machen, ob die besseren Behandlungsmöglichkeiten gar nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Berentung führen. Ferner können noch keine Angaben darüber gemacht werden, ob es zu kürzeren oder längeren Rentenlaufzeiten kommen wird. Es kann immerhin sein, dass es bei Therapieversagen zu einer raschen Progredienz bis zum Vollbild AIDS kommt, so dass diese Patienten ihre Berentung gar nicht oder nur kurzfristig erleben. Die weiterhin gegebene Unsicherheit in der Einschätzung der AIDS-Epidemie kann jederzeit zu drastisch differierenden Angaben über auftretende Kostenaufwendungen verschiedener Finanzierungsträger führen. Es gibt eine Dunkelziffer noch nicht diagnostizierter HIV-Infektionen. Es ist deshalb schwer, Prognosen über die künftige HIV-Epidemie zu machen. Es muss daher abgewartet werden, ob es zu einem weiteren Anstieg des Anteils HIV-Infizierter an der Gesamtbevölkerung kommt. Andererseits weiß man aber aus dem AIDS-Fallregister des RKI, dass der Anteil der Erkrankten mit der Diagnose AIDS, deren HIV-Infektion zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose noch nicht bekannt war, 1997 deutlich gegenüber 1996 zurückgegangen ist. Möglicherweise spiegelt sich hier ein besseres Testverhalten wieder.

Da in der Epidemiologie immer wieder die Begriffe **Inzidenz** und **Prävalenz** auftreten, werden diese nachfolgend definiert.

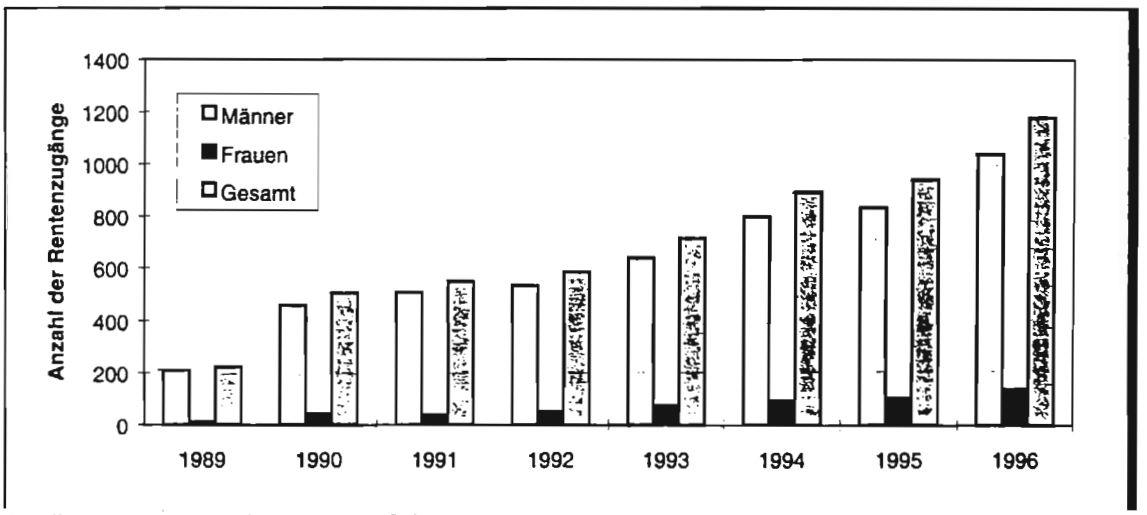
Inzidenz ist die Anzahl neuer Erkrankungsfälle, die während eines bestimmten Zeitraumes (z.B. innerhalb eines Jahres) in einer bestimmten Population auftreten.

Prävalenz ist die Häufigkeit einer Erkrankung in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Gesamtübersicht über die jährlichen Veränderungen der Rentenzugänge

Die Anzahl der Rentenzugänge infolge von AIDS und Vorstadien stieg für Männer und Frauen von 1989 bis 1996 kontinuierlich von 223 Renten im Jahr 1989 auf 1.179 Renten im Jahr 1996 an. Die entsprechenden Zahlen und die Aufteilung nach Geschlecht sind in der nachfolgenden Grafik 3 dargestellt. Die Gesamtzahl jährlicher Rentenzugänge wird dominiert von den Fallzahlen bei den Männern, die 1996 bei 1.038 (88% des Gesamtaufkommens) lagen. Im Vergleich dazu sind die Häufigkeiten unter den Frauen wesentlich geringer: Mit 141 stellten diese nur 12% der Zugänge 1996.

3. (Grafik) Anzahl der Rentenzugänge 1989 bis 1996 (Männer, Frauen insgesamt)



Quelle: eigene Berechnungen auf der Basis der VDR-Statistiken

Die geschlechtsspezifische Verteilung der jährlichen Rentenzugänge weist jedoch ein von den absoluten Fallzahlen unterschiedliches Muster auf, wenn man die jährlichen Zuwachsraten betrachtet (Tabelle 4).

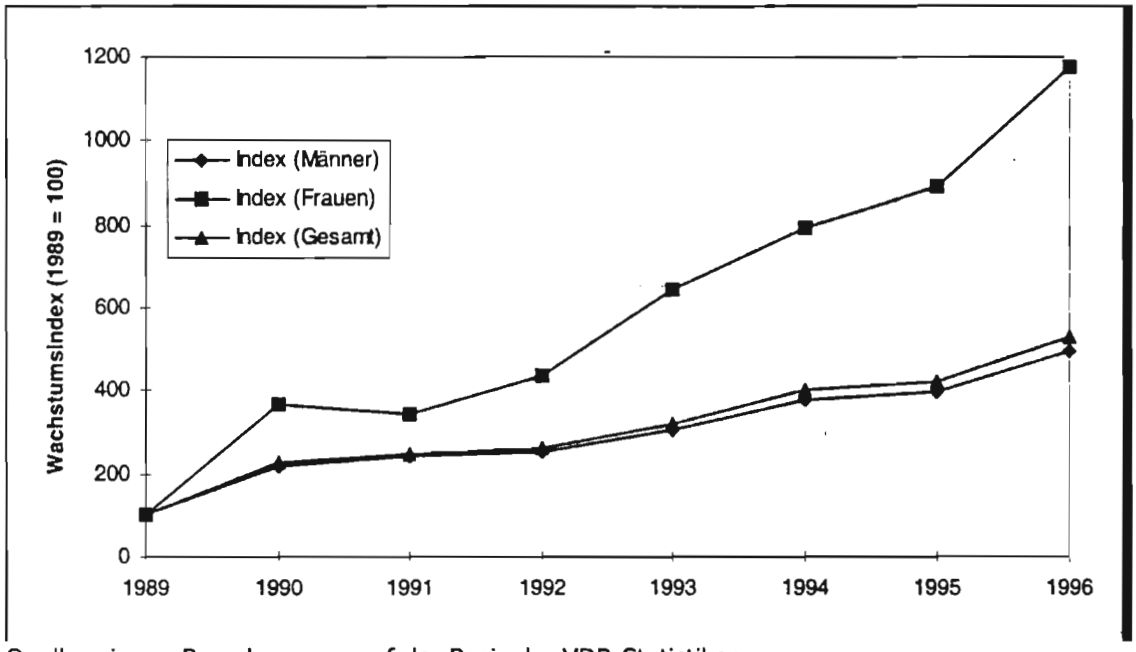
4.(Tabelle) Jährliche Veränderung der Rentenzugänge 1989 bis 1996

Jahr	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Männer								
Absolute Anzahl	211	461	509	534	639	799	834	1038
W-Index (1989=100)	100	218	241	253	303	379	395	492
W-Rate (jährlich)	.	1,18	0,10	0,05	0,20	0,25	0,04	0,24
Frauen								
Absolute Anzahl	12	44	41	52	77	95	107	141
W-Index (1989=100)	100	367	342	433	642	792	892	1175
W-Rate (jährlich)	.	2,67	-0,07	0,27	0,48	0,23	0,13	0,32
Gesamt								
Absolute Anzahl	223	505	550	586	717	894	941	1179
W-Index (1989=100)	100	226	247	263	321	401	422	529
W-Rate (jährlich)	.	1,26	0,09	0,07	0,22	0,25	0,05	0,25
% Frauen / Männer	5,7%	9,6%	8,1%	9,7%	12,1%	11,9%	12,8%	13,6%

W-Index = Zuwachsindex mit 1989 als Basis (absolute Anzahl der Berentungen im Jahr T dividiert durch die Anzahl der Berentungen des Jahres 1989, 100 für das Basisjahr 1989). W-Rate = jährliche Zuwachsrate (Differenz zwischen der absoluten Anzahl des Jahres T und des Jahres T+1 dividiert durch die absolute Anzahl des Jahres T, nicht definiert für das Basisjahr); . = nicht verfügbar, Rundungsfehler bei Prozenten nicht ausgeglichen.

Die absolute Anzahl der Rentenzugänge bei **Männern** stieg von 211 im Jahre 1989 auf 1038 im Jahre 1996. Legt man für das Jahr 1989 einen Basiswert in Höhe von 100 für den Wachstums-Index (W-Index) zugrunde, so ergibt sich bis zum Jahr 1996 ein Wachstum von 392 %, was einem Index von 492 entspricht. Im Vergleich zu 1989 war somit die Anzahl der Berentungen von Männern um 392 % gestiegen. Die absolute Anzahl der Rentenzugänge bei **Frauen** stieg von 12 im Jahre 1989 auf 141 im Jahre 1996. Bei einem Wachstums-Index von 1989=100 ergibt sich ein Wachstum bis 1996 von 1.075 %. Obwohl die Fallzahlen bei den Männern wesentlich höher sind als bei den Frauen, sind bei den Frauen mit Ausnahme von 1991 überdurchschnittliche Zuwachsraten zu verzeichnen. Die jährliche Zuwachsrate bei den Männern betrug zwischen 1995 und 1996 24%. Bei den Frauen ergibt sich für den gleichen Zeitraum eine Zunahme von 32 %. Insofern kann man von den niedrigen absoluten Fallzahlen nicht auf den Prozess der epidemiologischen Ausbreitung schließen.

5. (Grafik) Wachstumsindex der Rentenzugänge 1989 bis 1996

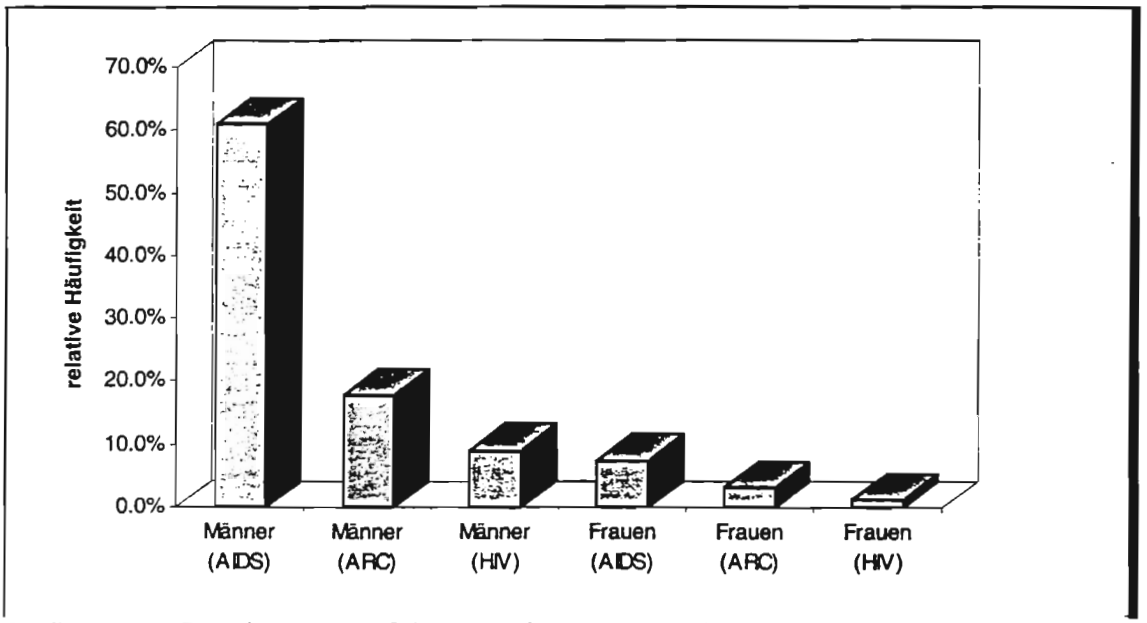


Quelle: eigene Berechnungen auf der Basis der VDR-Statistiken

Diese Grafik zeigt, dass mit einer Zeitverzögerung die Berentungsinzidenz unter Frauen zunimmt. Die Gesamtentwicklung wird durch die männlichen Betroffenen dominiert, wobei jedoch im Zeitablauf die Rentenentwicklung bei den Frauen einen immer größeren Einfluß gewinnt.

BU/EU-Berentung bei AIDS im Jahr 1996 nach Diagnose und Versicherungszweigen

6. (Grafik) Prozentuale Verteilung der Rentenzugänge 1996 nach Diagnosen/Geschlecht



Quelle: eigene Berechnungen auf der Basis der VDR-Statistiken

In der Grafik 6 wird die prozentuale Verteilung der Rentenzugänge dargestellt nach Geschlecht und Diagnosetyp. Männer mit der Diagnose AIDS liegen an der Spitze der Rentenzugänge (61 %). Die Rentenzugänge bei Frauen im Vollbild AIDS machen dagegen nur 7,5 % aus. Sehr klein ist die Prozentzahl der Männer mit 9,1 % und der Frauen mit nur 1,4 %, die allein infolge der HIV-Infektion berentet wurden. Dies liegt daran, dass das Leistungsvermögen zu Beginn der HIV-Infektion meist nicht rentenrelevant eingeschränkt ist.

7. (Tabelle) Absolute und Relative Häufigkeiten

1996	**AIDS**	**AIDS**	**ARC**	**ARC**	**HIV**	**HIV**	**GESAMT**
Versicherung	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Summe
ARV	312 (26,5%)	27 (2,3%)	103 (8,7%)	21 (1,8%)	79 (6,7%)	15 (1,3%)	557 (47,2%)
ANV	390 (33,1%)	59 (5,0%)	78 (6,6%)	13 (1,1%)	15 (1,3%)	1 (0,1%)	556 (47,2%)
KNV	17 (1,4%)	2 (0,2%)	31 (2,6%)	3 (0,3%)	13 (1,1%)	-	66 (5,6%)
GESAMT	719 (61,0%)	88 (7,5%)	212 (18,0%)	37 (3,1%)	107 (9,1%)	16 (1,4%)	1179 (100,0%)

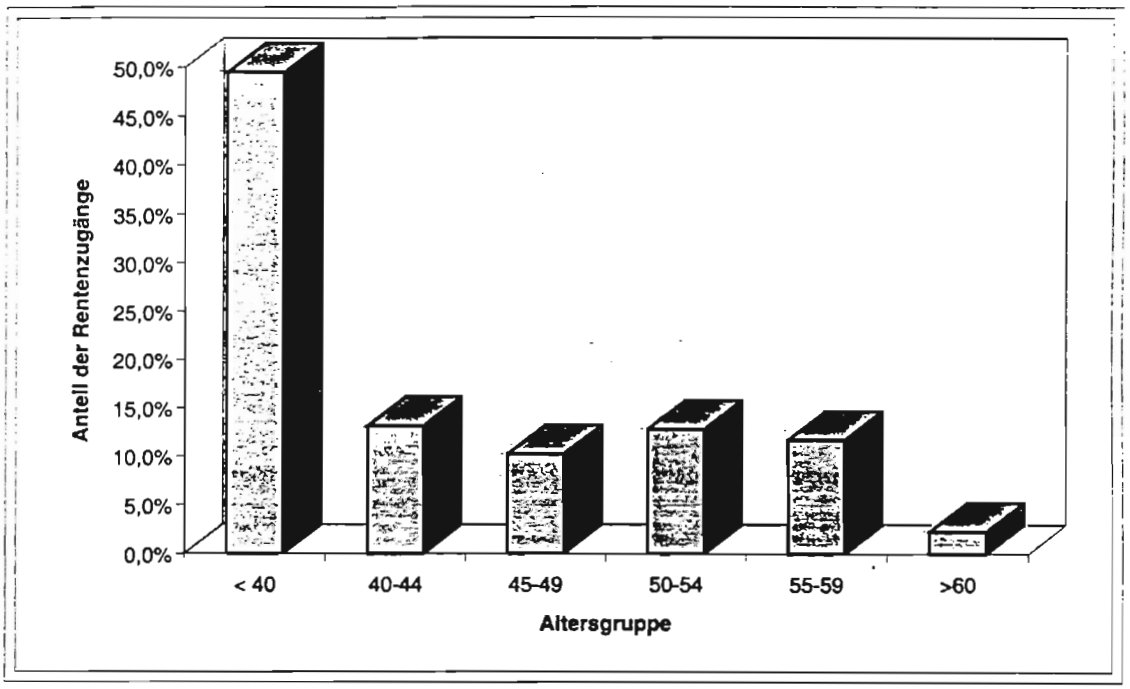
Quelle: VDR-Statistiken für 1179 Personen, die 1996 aufgrund der Diagnose AIDS oder Vorstadien berentet wurden; Prozente in Klammern, - = nicht vorhanden, Rundungsfehler nicht ausgeglichen

In dieser Tabelle 7 erfolgt getrennt für Männer und Frauen sowie für beide insgesamt die Aufteilung der Rentenzugänge nach Diagnosen und nach Versicherungszweigen, d.h. Arbeiterrentenversicherung (ArV), Angestelltenversicherung (AnV) und Knappschaftliche Versicherung (KnV). Hieraus ergibt sich, dass im Jahre 1996 719 Männer im Vollbild AIDS berentet wurden. Dies entspricht - wie bereits erwähnt - 61,0 % der insgesamt aufgrund von AIDS und Vorstadien berenteten 1.179 Männer und Frauen. Im Stadium ARC wurden 18,0 % und im Stadium HIV 9,1 % der Männer berentet. Die entsprechende prozentuale Verteilung bei den Frauen beträgt 7,5 % für AIDS, 3,1 % für ARC und 1,4 % für HIV. Während in der ArV 26,5 % der männlichen Versicherten mit der Diagnose AIDS berentet wurden, betrug die Zahl in der AnV sogar 33,1 %. Aufgrund der geringeren Häufigkeiten bei Frauen mit 7,5% infolge AIDS waren dies für 1996 2,3 % in der ArV und 5,0 % in der AnV. ArV und AnV zu-

sammen decken fast vollständig mit jeweils 47,2 % das Gesamtaufkommen der Berentungsinzidenz von AIDS und Vorstadien.

Rentenzugänge nach Alter

8. (Grafik) Verteilung der Rentenzugänge 1996 auf Altersklassen



In Bezug auf die Rentenzugänge (s. Grafik 8 u.Tab.9) nach Alter ist unabhängig von Rentenversicherungsträgern oder der Diagnose (AIDS, ARC, HIV) die Berentungshäufigkeit bei der Gruppe junger Menschen in der Altersgruppe <40 am stärksten. Dieser Personenkreis deckt nahezu 50 % der gesamten Berentungsinzidenz im Jahr 1996 ab. Dies gilt gleichermaßen für Frauen und Männer, wobei jedoch die Fallzahlen bei den Frauen erheblich niedriger sind als die der Männer.

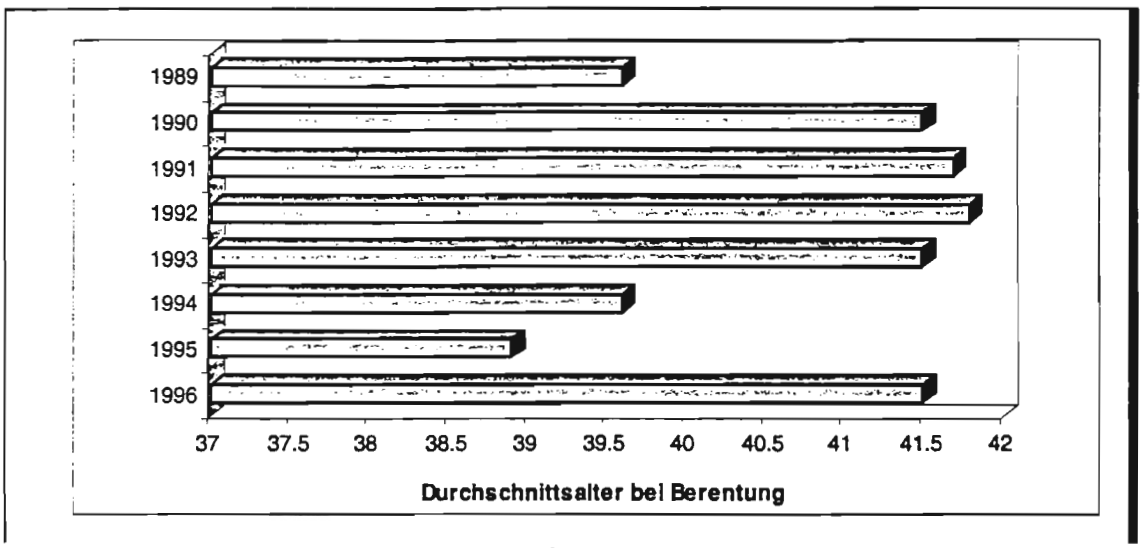
9. (Tabelle) Verteilung der Rentenzugänge 1996 auf Altersklassen, Geschlecht und Versicherungszweige (relative Häufigkeiten bezogen auf die Gesamtzahl von 1.179)

1996	**ARV**	**ARV**	**ANV**	**ANV**	**KNV**	**KNV**	**Total**
Altersgruppe	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Summe
<40	229 (19,4%)	34 (2,9%)	261 (22,1%)	56 (4,8%)	4 (0,3%)	-	584 (49,5%)
40-44	67 (5,7%)	6 (0,5%)	70 (6,0%)	6 (0,5%)	7 (0,6%)	-	156 (13,2%)
45-49	46 (3,9%)	-	64 (5,4%)	4 (0,3%)	6 (0,5%)	1 (0,1%)	121 (10,3%)
50-54	63 (5,3%)	7 (0,6%)	60 (5,1%)	5 (0,4%)	16 (1,4%)	1 (0,1%)	152 (12,9%)
55-59	74 (6,3%)	14 (1,2%)	23 (2,0%)	2 (0,2%)	23 (2,0%)	3 (0,3%)	139 (11,8%)
>60	15 (1,3%)	2 (0,2%)	5 (0,4%)	-	5 (0,4%)	-	27 (2,3%)
GESAMT	494 (41,9%)	63 (5,3%)	483 (41,0%)	73 (6,2%)	61 (5,2%)	5 (0,4%)	1179 (100,0%)

Quelle: VDR-Statistiken für 1179 Personen, die 1996 aufgrund der Diagnose AIDS oder Vorstadien berentet wurden; - = nicht vorhanden, Rundungsfehler bei Prozenten nicht ausgeglichen

Von der Gesamtzahl der 1996 aufgrund von AIDS oder Vorstadien berenteten Personen waren in der Altersgruppe <40 19,4 % männliche Versicherte in der ArV. In der AnV waren in dieser Altersgruppe 22,1 % Männer berentet worden. Die männlichen Angestellten werden im Durchschnitt mit 40,1 Jahren berentet, während dieser Wert bei den Arbeitern um rund 2 Jahre höher liegt (42,3Jahre). Die Fallzahlen bei den Frauen sind erheblich niedriger. Die Altersgruppe der unter 40-Jährigen umfaßt gerade denjenigen Personenkreis, der im volkswirtschaftlichen Produktionsprozess in der intergenerationellen Altersversorgung eine tragende Rolle spielt. Auch bei zunehmender Berentungshäufigkeit in dieser Gruppe ist ein Finanzierungsengpass nicht zu erwarten. Andererseits wird bei dieser Gruppe die Summe der bis zum Renteneintritt geleisteten Rentenzahlungen nicht ausreichen, um die eigenen Rentenbezüge vollständig zu decken.

10. (Grafik) Durchschnittsalter der Renten-Neuzugänge für die Jahre 1989 bis 1996



Quelle: eigene Berechnungen (VDR-Statistiken)

Ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit Fragen zur Belastung der Rentenversicherungsträger ist das durchschnittliche Alter der Betroffenen beim Eintritt in die Berentung. Ein zeitlicher Vergleich von 1989 bis 1996 zeigt einen auffälligen Verlauf. Von 1989 bis 1990 stieg das Durchschnittsalter um etwa 2 Jahre an und hielt sich 4 Jahre nahezu stabil. 1994 wurde dieser Trend gebrochen, und das Durchschnittsalter sank 1995 unter das Ausgangsniveau von 1989. Das Berichtsjahr 1996 wiederum zeigt einen deutlichen Anstieg im Durchschnittsalter der Berentung. Das deutliche Ansteigen des Berentungs-Durchschnittsalters im Jahre 1996 ist möglicherweise auf den früheren Behandlungsbeginn mit den neuen antiretroviralen Kombinationstherapien zurückzuführen. Somit erreicht das Renteneintrittsalter zu diesem Zeitpunkt fast sein höchstes Niveau.

Bei einer Berentung aufgrund von AIDS ist die bedingte Überlebenswahrscheinlichkeit (das heißt die noch zu erwartende Lebenszeit nach der BU/EU-Diagnose) sicherlich wesentlich geringer als beim Rest der Infizierten. Leider gibt es aber keine Daten über den Rentenwegfall beim Tod der AIDS-Kranken. Somit lässt sich keine Aussage darüber machen, über wie viele Jahre AIDS-Kranke ihre Rente bezogen haben. Im AIDS-Fallregister des RKI weisen das Erkrankungs- und Sterbealter infolge von AIDS keine Schwankungen auf. Etwa 8 Jahre nach dem Bekanntwerden der Krankheit AIDS in Deutschland - im Jahre 1982 - ist das Berentungsalter 1989 im Vergleich zu den folgenden 4 Jahren recht niedrig. Es steigt dann 1990 aufgrund der Markteinführung neuer Pharmazeutika und der besseren Behandelbarkeit opportunistischer Infektionen deutlich an (s. Grafik 10).

11. (Tabelle) Durchschnittsalter der Rentenneuzugänge nach Versicherungszweigen und Geschlecht für die Jahre 1989 bis 1996

Versicherung	ARV	ARV	ANV	ANV	KNV	KNV	Total
Jahr	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
1996	42,3	42,1	40,1	35,7	52,3	55,8	41,5
1995	38,7	36,4	39,8	35,6	50,0	-	38,9
1994	39,2	33,8	40,9	36,5	41,3	-	39,6
1993	41,4	42,4	41,1	39,2	51,4	61,0	41,4
1992	41,2	42,6	42,0	39,7	52,0	-	41,8
1991	40,8	38,5	41,4	35,3	52,5	-	41,7
1990	40,5	41,3	41,4	36,6	52,1	60,8	41,5
1989	39,5	45,3	39,8	29,7	51,5	-	39,6

Quelle: VDR-Statistiken für die Jahre 1989 bis 1996, - = nicht verfügbar

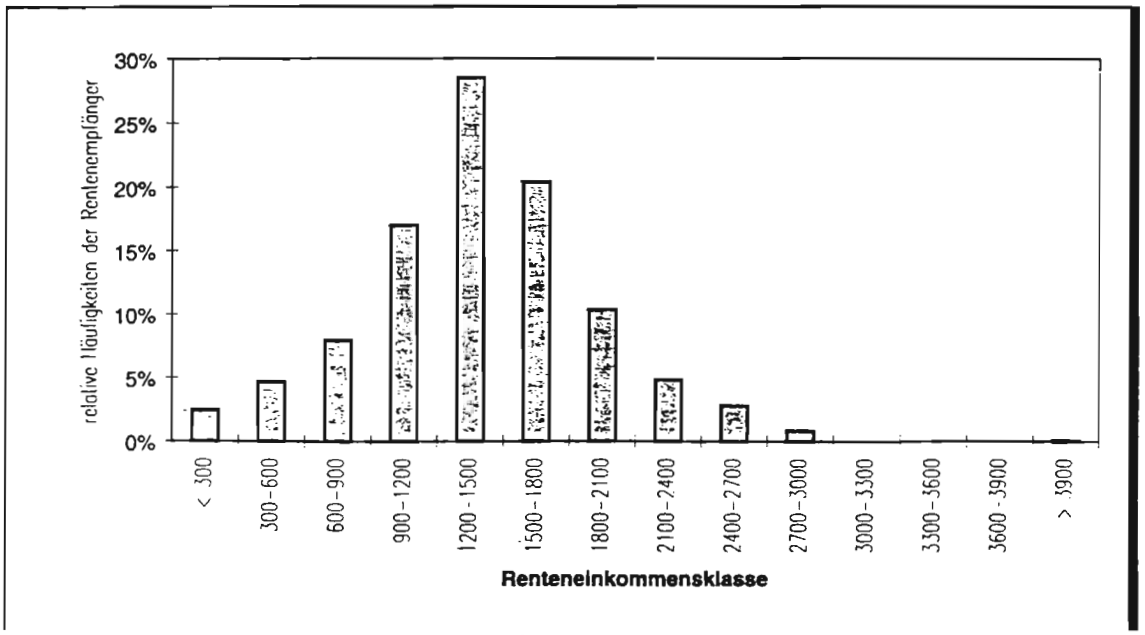
Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen in der ArV ist wesentlich geringer als in der AnV. Insgesamt kann man jedoch eine Angleichung des Renteneintrittsalters von Männern und Frauen beobachten. In der knappschaftlichen Versicherung sind die Frauen deutlich älter als die Männer. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist dieses Ergebnis aber statistisch nicht signifikant (s. Tab.11).

Renteneinkommensverteilung 1996

12. (Tabelle) Rentenverteilung 1996 in Klassenkategorien

Rente in DM	ARV	ARV	ANV	ANV	KNV	KNV	Gesamt
Klasse	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Summe
< 300	15	2	5	1	6	-	29
300-600	29	7	14	3	2	-	55
600-900	47	8	19	9	11	-	94
900-1200	79	**28**	58	18	**18**	-	201
1200-1500	**168**	17	**108**	**28**	13	2	**336**
1500-1800	93	1	127	10	7	**3**	241
1800-2100	47	-	72	1	2	-	122
2100-2400	12	-	43	1	1	-	57
2400-2700	3	-	29	1	-	-	33
2700-3000	1	-	8	1	-	-	10
3000-3300	-	-	-	-	-	-	0
3300-3600	-	-	-	-	-	-	0
3600-3900	-	-	-	-	-	-	0
> 3900	-	-	-	-	1	-	1
Gesamt	494	63	483	73	61	5	1179
∅ Betrag in DM	1307	1013	1602	1262	1621	1447	1427
∅ Differenz M/F	294		340		174		

13.(Grafik) Verteilung der Renten bei den Zugängen 1996 (Gesamt)



Quelle: Tabelle 12 / Grafik 13: eigene Berechnungen auf der Basis der VDR Statistiken. In Tabelle 12: - = nicht vorhanden

Die 12. Tabelle zeigt, dass die Klassenkategorie von 1.200-1.500 DM Rente auf die Mehrzahl der Rentenempfänger/innen zutrifft. In der ArV erhalten 168 Männer Renten zwischen 1.200 und 1.500 DM, d.h. sie bilden die am häufigsten besetzte Klasse in einer höheren Kategorie als bei den Frauen, die sich mit 28 Renten bei insgesamt nur 63 Rentenzugängen bei Frauen in der ArV in der niedrigeren Kategorie 900-1.200 DM monatlicher Rente befinden. In Bezug auf die durchschnittliche Rentenhöhe stellen sich die in der AnV versicherten Männer mit 1.602 DM und in der KnV Versicherte mit 1.621 DM besser als Versicherte der ArV mit nur 1.307 DM. Die entsprechende Rentenhöhe beträgt für Frauen in der AnV 1.262 DM und in der KnV 1.447 DM gegenüber nur 1.013 DM in der ArV. In der AnV beziehen die meisten Männer und Frauen eine Rente, die der Klasse 1.200-1.500 DM zuzuordnen ist (höchstbesetzte Zelle). Bei der KnV lassen sich die Zellen für Männer und Frauen aufgrund der geringen Fallzahlen für Frauen nicht vergleichen. Bei der AnV ist die durchschnittliche geschlechtspezifische Renteneinkommensdifferenz mit 340 DM im Monat am höchsten, in der ArV liegt sie bei 294 DM, und in der KnV ist sie mit 174 DM im Monat am geringsten. Unter Berücksichtigung des sehr niedrigen durchschnittlichen EU-Rentenzugangsalters infolge von AIDS oder Vorstadien ist der monatliche Rentenbetrag bei diesen Rentnern/Rentnerinnen auffallend hoch. Dies ist im Wesentlichen auf die Zurechnungszeiten zurückzuführen. Die Rentenhöhe ist nur zur Hälfte durch eigene Beitragszeiten bestimmt. Im Anteil der Zurechnungszeit an der Versicherungszeit kommt die Bedeutung der sozialpolitischen Komponente der Rentenhöhe zum Ausdruck. Grafik 13 zeigt gegenüber der Tabelle 12 die relative Häufigkeit der Rentenempfänger/innen in den einzelnen Renteneinkommensklassen insgesamt auf. Hieraus wird erneut deutlich, dass sich die Mehrzahl der Rentenempfänger/innen in der Einkommensklasse zwischen 1.200-1.500 DM findet. Die Verteilung der Renteneinkommen ist leicht linkssteil (beziehungsweise nach rechts schief), da die unteren Klassenkategorien prozentual stärker besetzt sind als die oberen.

14. (Tabelle) AIDS-Prävalenz und Berentungsintensität nach Jahren

Jahr							
1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
HIV/AIDS Prävalenz im Jahr							
33200	33850	34400	34850	35100	35300	35600	36450
Jährliche Rentenzugänge							
211	461	509	534	639	799	834	1038
Berentungsintensität in %							
0,64	1,36	1,48	1,53	1,82	2,26	2,34	2,85

Quelle: eigene Berechnungen (Statistiken des VDR und Robert-Koch-Instituts)

Die Berentungsintensität in Prozent berechnet sich aus den jährlichen Zugängen dividiert durch die AIDS-Prävalenz minus der bereits berenteten Fälle pro Jahr. Sie verdeutlicht einen leichten Zunahmetrend. Der Personenkreis, der von einer Berentung aufgrund von AIDS betroffen ist, zeigt im Vergleich zu der epidemiologischen Ausbreitung ein verzögertes Wachstum auf. Von 1995 bis 1996 stieg die AIDS-Prävalenz um 2,3 %, während die Berentungsintensität mit 2,85 % im Vergleich dazu stärker zunahm (s. Tab. 14).

15.(Tabelle) AIDS -Letalität nach Jahren

Jahr	**AIDS-Verstorbene**	**Verstorbene HIV/AIDS**
1988	652	652
1989	763	946
1990	1035	1301
1991	1265	1597
1992	1484	1780
1993	1708	2030
1994	1755	2123
1995	1613	2041
1996	1258	1597

Quelle: eigene Berechnungen aus Angaben des Statistisches Bundesamtes

Die Tabelle 15 zeigt, dass die Zahl der an AIDS Verstorbenen bis 1993 kontinuierlich angestiegen ist und 1994 leicht zunimmt. Ab 1995 geht sie zunächst gering und ab 1996 drastisch, d.h. um 355, zurück. Mit dem Rückgang der Todesfälle im Jahr 1996 ist die Berentungsintensität angestiegen.

AIDS und andere chronische Krankheiten als Ursache für frühzeitige Berentung

Chronische Krankheiten, die bereits in jungen Jahren - womöglich von Geburt an - zu einem Verlust der Erwerbsfähigkeit führen, sind keine neue Erscheinung. Es gibt eine Vielzahl von Krankheitserscheinungen, aufgrund derer eine BU/EU-Diagnose gestellt werden kann.

16. **(Tabelle) Rentenneuzugänge nach ausgewählten Diagnosen im Jahr 1996**

Diagnose	**Anzahl Renten**		**Alter**	
	Männer	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
HIV-Infektion	1038	141	41,9	39,3
Morbus Hodgkin	236	161	44,1	41,6
Thyreoditis	28	32	43,4	48,9
Organische Psychosen	1215	499	51,6	50,6
Andere Psychosen	6581	7757	44,5	47,7
Darunter schizophrene Psychosen	3773	3346	39,4	42,3
Neurosen	4106	8034	51,0	50,6
Oligophrenien	3557	2300	40,2	39,6
Multiple Sklerose	875	1702	43,2	41,1

Epilepsie	828	491	46,0	43,8
Essentielle Hypertonie	2939	2171	56,7	55,8
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	377	481	47,2	41,5
Nephritis, nephr. Syndrom, Nephrose	1359	613	47,9	44,8
Kongenitale Anomalien	1051	969	45,6	44,6

Quelle: VDR-Statistiken zu Erwerbsminderungsrenten nach Diagnose, Organische Psychosen einschließlich senile und präsenile, Alkohol-, Drogen-, chronische Psychosen sowie akute exogene Reaktionstypen. Andere Psychosen einschließlich schizophrene und affektive Psychosen, paranoide Syndrome sowie Psychosen des Kindesalters.

In Tabelle 16 erfolgt für das Jahr 1996 ein Vergleich mit anderen ausgewählten Diagnosen, die Ursachen einer BU/EU-Berentung waren. Bei HIV-Infektionen ist das Durchschnittsalter der Betroffenen mit Ausnahme der Oligophrenien und schizophrenen Psychosen zum Teil erheblich geringer. Bei dieser sehr viel größeren Zahl an Rentenneuzugängen durch schizophrene Psychosen sind die Männer mit 39,4 Jahren um 2,5 Jahre jünger als HIV-infizierte Männer (41,9 Jahre). Sie werden etwa im gleichen Alter wie Frauen mit HIV-Infektionen berentet. Dagegen waren Frauen mit schizophrenen Psychosen mit 42,3 Jahren gegenüber HIV-infizierten Frauen (39,3 Jahre) bei der Berentung 3 Jahre älter. Männer mit Oligophrenien werden im Durchschnitt mit 40,2 Jahren und Frauen mit 39,6 Jahren berentet.

Bei einem Vergleich des Durchschnittsalters bei den verschiedenen Diagnosen ist allerdings zu beachten, dass die Altersvariabilität bei HIV-Diagnosen aufgrund der sehr unterschiedlichen personell-zeitlichen Verlaufsformen höher ist als bei den übrigen Krankheitsbildern. Deshalb ist der Altersdurchschnitt bei HIV statistisch weniger gut absicherbar. Quantitativ erweist sich die Berentungsinzidenz infolge von HIV jedoch als eher unbedeutend. Aus diesem Zahlenmaterial lässt sich somit auch keine besondere Stellung der HIV-Infektion hinsichtlich der Belastung der Rentenversicherungsträger ableiten. In der Gesamtheit aller 283.693 Erwerbsminderungsrenten von 1996 ist der Anteil, der auf die HIV-Infektion (Erstdiagnose) zurückzuführen ist, mit 0,4 % eher unbedeutend.

Dank
An dieser Stelle möchte ich mich für die freundliche Überlassung des umfangreichen Zahlenmaterials aus der VDR-Statistik, Rentenzugang 1989-1996 (Daten) bei Herrn Kruse vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in Frankfurt bedanken. Nicht minderer Dank gilt dem Robert-Koch-Institut, das mir alle epidemiologischen Daten über HIV und AIDS für den Vergleich des Rentenaufkommens der Jahre 1989 bis 1996 geliefert hat. Ganz besonderen Dank schulde ich dem Institut für medizinische Statistik IMS in Frankfurt, insbesondere Herrn Brade, für die mühevolle Arbeit der statistischen Auswertung, bei der er jederzeit auf meine Ideen sowie Anregungen und viele Fragen hinsichtlich der aufwendigen Grafiken und Tabellen eingegangen ist. Ohne seine Unterstützung hätte die Auswertung des Rentenaufkommens seitens der gesetzlichen Versicherungsträger für die gesamte Bundesrepublik Deutschland über einen Zeitraum von 8 Jahren (1989-1996) nicht in dieser umfangreichen und instruktiven Darstellung erfolgen können.

Dr. Helga Exner-Freisfeld, Jahrgang 1934, Internistin, Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizinerin. Jahrelange Tätigkeit in der Rentenbegutachtung sowie der Bearbeitung von Heilverfahrensanträgen bei der LVA Hessen und Lehrtätigkeit in der psychosozialen Arbeitsmedizin an der Frankfurter Johann-Wolfgang-Goethe-Universität. Seit 15 Jahren wissenschaftl. Mitarbeiterin für sozialmedizinische Fragen im AIDS-Team des Zentrums der Inneren Medizin, Schwerpunkt Infektiologie am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität.

QUALIFIZIERUNG UND BESCHÄFTIGUNG VON MENSCHEN MIT HIV UND AIDS

DAS PROJEKT *ZURÜCK IN DIE ZUKUNFT* DER BIELEFELDER AIDS-HILFE IN KOOPERATION MIT DER VHS-AGENTUR BIELEFELD

Sabine Brinkmann, Anja Wulfhorst

1. Einleitung

Für Menschen mit HIV und AIDS haben sich die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich verbessert. Im beruflichen Bereich gewinnt daher die Zukunftsplanung für viele von ihnen zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund bietet die Bielefelder AIDS-Hilfe in Kooperation mit der VHS-Agentur Bielefeld von März 1998 bis Juli 2000 mit dem Projekt *Zurück in die Zukunft* eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme für Menschen mit HIV und AIDS an. Sie ist auf deren spezifische Lebenssituation mit gesundheitlichen Einschränkungen, längeren Krankheitsphasen und Stigmatisierungserfahrungen zugeschnitten und basiert auf drei Bausteinen:

- ☐ Qualifizierung
- ☐ betriebliche Integration
- ☐ psychosoziale Begleitung

Die theoretische Qualifizierung obliegt der VHS-Agentur und wird in deren Räumen durchgeführt. Die Praktikumsbegleitung sowie die psychosoziale Begleitung gehören in das Aufgabenspektrum der AIDS-Hilfe, die Trägerin des Projekts ist. Die Maßnahme wird im Rahmen des Programms "Gemeinschaftsinitiative Beschäftigung, Unterbereich Integra" durch die Europäische Union und das Land Nordrhein-Westfalen finanziert. *Zurück in die Zukunft* arbeitet mit Projekten im Bereich AIDS und Arbeit in Clermont-Ferrand (Frankreich) und in Mailand (Italien) zusammen. Bei den regelmäßige Arbeitstreffen werden die Teilnehmer/innen auch die Partnerorganisationen vor Ort kennen lernen.

2. Projektdarstellung und Bilanzierung der ersten Qualifizierungsphase und psychosozialen Begleitung (März – September 1998)

2.1 Projektdarstellung

Bei der Wahl des Bildungsträgers überzeugte uns im Wesentlichen, dass uns ein pädagogisches Design angeboten wurde, das der Heterogenität der Zielgruppe in Bezug auf Bildungsbiographien, Vorkenntnisse und Interessen sowie den spezifischen Lebenssituationen gerecht wird. Durch die Differenzierung des Qualifizierungsprogramms, das Know-how in der beruflichen Erwachsenenbildung und die Flexibilität und Bereitschaft zur ständigen Modifizierung der Angebote kann gezielt auf die einzelnen Teilnehmer/innen eingegangen werden.

Im Vorfeld des Projekts wurde das Fachpersonal der VHS-Agentur über die Übertragungswege von HIV, die Infektionskrankheit AIDS, die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation von Menschen mit HIV und AIDS sowie über die Lebenswelten der Hauptbetroffenengruppen fortgebildet.

Im Rahmen der beruflichen Qualifizierung werden flexibel zu kombinierende Module im Sinne eines „Baustein"-Systems angeboten. Die vorbereitende Trainingsphase mit den Schwerpunkten der beruflichen Orientierung und der Stärkung psychosozialer Kompetenzen wurde im Mai 1998, die erste Qualifizierungsphase im September 1998 abgeschlossen. Danach folgte ein dreimonatiges Praktikum. Die einzelnen Module in den Bereichen Bürowirtschaft, EDV/Textverarbeitung, Sprachen und Reisebürowesen schließen mit Zertifikatsprüfungen ab. Diese bilden die Voraussetzung für die beruflichen Abschlüsse zur Bürofachkraft (VHS), Fachkraft für Textverarbeitung (VHS) oder Reisebürofachkraft (VHS).

Der zeitliche Ablauf gestaltete sich wie folgt:

März – Mai 1998
Vorbereitungsphase: Psychosoziale Kompetenzen (Bewerbungstraining, Kommunikationstraining usw.), Lern- und Arbeitstechniken, Fachexkursionen
Juni - September 1998
Erste Qualifizierungsphase: Arbeiten im Büro: Grundlagenstufe
Oktober – Dezember 1998
Erstes Praktikum in Bürowesen/Verwaltung und Reisebüro
Januar – August 1999
Zweite Qualifizierungsphase: Arbeiten im Büro: Aufbaustufe
Abschluss: Bürofachkraft (VHS)
September – Dezember 1999
Zweites Praktikum in Bürowesen/Verwaltung und Reisebüro
Januar 2000 – Mai 2000
Dritte Qualifizierungsphase
Abschluss: Reisebürofachkraft/Fachkraft für Textverarbeitung

Das Programm umfasst 35 Stunden pro Woche; vier Tage in der Woche verbringen die Teilnehmer/innen beim Bildungsträger (VHS-Agentur) und einen Tag in der AIDS-Hilfe.

Die Teilnehmer/innen wählen aus dem Angebotspool je nach individueller Lebenssituation, Interesse, Vorbildung, Leistungsvermögen und gesundheitlichem Befinden einzelne Module und die damit verbundenen Abschlussmöglichkeiten aus. Während der gesamten Laufzeit des Projekts wird die Gruppe von einer Sozialarbeiterin der AIDS-Hilfe begleitet.

Zurück in die Zukunft zielt auf die (Re-)Integration der Absolventen/Absolventinnen in den Arbeitsmarkt. Bei der Entwicklung beruflicher Perspektiven und deren Umsetzung steht ihnen die Sozialarbeiterin der AIDS-Hilfe zur Seite.

Im Rahmen des zweijährigen Programms absolvieren die Teilnehmer/innen zwei Praktika, die insgesamt sieben Monate dauern. Die AIDS-Hilfe unterstützt sie bei der Auswahl und Suche nach einer geeigneten Praktikumsstelle, bereitet sie fachlich auf das Praktikum vor und begleitet sie während der sieben Monate. Darüber hinaus berät sie die in Frage kommenden Arbeitgeber/innen zum Thema HIV am Arbeitsplatz.

2.2 Die Teilnehmer/innen des Projekts

An dem Projekt *Zurück in die Zukunft* nehmen fünf Frauen und sieben Männer im Alter von 29 bis 50 Jahren teil, die alle einen sehr unterschiedlichen Hintergrund haben; so sind unter ihnen ehemalige Drogengebraucher/innen, Substituierte, homo- und heterosexuelle Männer und Frauen, Migranten/Migrantinnen sowie alleinerziehende Mütter. Entsprechend unterschiedlich sehen ihre bisherigen Lebensläufe aus. Ein Teilnehmer beschrieb die Gruppe als einen „Haufen extremer Individualisten": Der in mehreren Sprachen bewanderte Globetrotter und die seit vielen Jahren berufstätige "abgebrochene" Akademikerin pauken neben dem humanistisch gebildeten Ex-Junkie Buchführung. Ihren Lebensunterhalt beziehen die Teilnehmer/innen über Sozialhilfe, Rente oder Unterhaltsleistungen des Arbeitsamtes. Zusätzlich erhalten sie einen Qualifizierungszuschuss in Höhe von 500 DM monatlich als Mehraufwandsentschädigung.

Die HIV-Infektion ist bei einigen der Teilnehmer/innen so weit fortgeschritten, dass sich Krankheitsbilder von AIDS entwickelt haben. Die Möglichkeit, im Rahmen des Projekts offen mit der Infektion umzugehen und sich mit Gleichbetroffenen darüber auszutauschen, sowie die Unterstützung und Beratung der AIDS-Hilfe waren zentrale Motive der Teilnehmer/innen, sich für dieses Angebot zu entscheiden. So äußerte ein Absolvent in einem Zeitungsinterview, dass AIDS kein Thema sei, das erklärt werden müsse. „Hier brauche ich keine Kraft aufzubringen, um einen Hautausschlag nach außen zu verteidigen."

Über die Möglichkeit der Qualifizierung und der Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven hinaus finden die Teilnehmer/innen neue Kontakte und eine kontinuierliche Bezugsgruppe. Für einige von

ihnen war es besonders wichtig, durch *Zurück in die Zukunft* aus der krankheitsbedingten Isolation herauszukommen. „Wir mussten auch so genannte psychosoziale Kompetenzen erlernen, weil sich doch viele durch ihre Krankheit abgeschottet haben", sagt einer der Zwölf über die Vorbereitungsphase. Trotz der heterogenen Zusammensetzung der Gruppe hat sich ein ausgeprägtes „Wir-Gefühl" entwickelt. „Wir sind jetzt zu einer ganz tollen Gruppe zusammen geschmolzen", meint eine Teilnehmerin. Die Identifikation mit dem Projekt ist hoch.

2.3 Das Lernberatungskonzept der VHS-Agentur

Bei der methodisch-didaktischen Umsetzung orientiert sich der Bildungsträger an einem für die Zielgruppe modifizierten Lernberatungskonzept. Dieses zeichnet sich aus durch

- ☐ Transparenz der Lerninhalte, -konzepte und -ziele,
- ☐ Orientierung an den Lerninteressen der Teilnehmer/innen,
- ☐ Differenzierung der Angebote in einem modularen System,
- ☐ Förderung der Selbstlernfähigkeiten der Teilnehmenden.

Das Konzept wird durch folgende Instrumente umgesetzt:

- ☐ Die **„TeilnehmerInnenkonferenz"** ist das zentrale Gremium der Projektgruppe. Einmal wöchentlich treffen sich die Teilnehmenden, um ihre Interessen im Hinblick auf die Gestaltung des Programms aktiv einzubringen. Die Konferenz dient zudem der regelmäßigen individuellen Lernreflexion im Austausch mit den Anderen. Ebenso bietet sie einen Rahmen für den Informationsaustausch und die Auseinandersetzung mit der Thematik HIV und AIDS in Bezug auf die persönliche Situation und berufliche Perspektiven. Die Konferenz wird von der Lernberatungskoordinatorin der VHS-Agentur und der Sozialarbeiterin der AIDS-Hilfe begleitet.
- ☐ Im personenbezogenen **Lernberatungsgespräch** mit einem Fachdozenten/einer Fachdozentin werden realistische Lernziele über einen überschaubaren Zeitraum entwickelt. Darüber hinaus werden fachübergreifende Beratungen zur Steuerung des persönlichen Lernprozesses angeboten. Diese Beratungen bilden die Grundlage bei der Zusammenstellung des individuellen Stundenplans.
- ☐ Die **Selbstlernphasen** ergänzen den **Gruppenunterricht**. Sie werden von den Dozentinnen und Dozenten fachlich begleitet und können zu Hause oder in der VHS absolviert werden, wo Computerarbeitsplätze mit speziell auf die Bedürfnisse der Einzelnen zugeschnittener Lernsoftware zur Verfügung stehen.
- ☐ Das **Lerntagebuch** dient insbesondere der Reflexion des eigenen Lernprozesses, ebenso der Zielbestimmung und -überprüfung. In einem Stundennachweisheft halten die Teilnehmer/innen den tatsächlich erbrachten Zeitaufwand für die einzelnen Fächer fest.
- ☐ **Lernpartnerschaften** gewährleisten den Kontakt zu Mitgliedern der Gruppe, die auf Grund von Krankheitsphasen nicht kontinuierlich am Projekt teilnehmen können. Die Lernpartner/innen informieren die kranken Teilnehmenden und versorgen sie mit dem aktuellen Unterrichtsmaterial.

Das Konzept ermöglicht es, längere Krankheitsphasen auszugleichen. So konnten einige erkrankte Teilnehmende den ersten Prüfungstermin in Büroorganisation nicht wahrnehmen. Sie können nun während der Selbstlernphasen unter fachlicher Anleitung in einer kleinen Gruppe den Lernstoff aufarbeiten, um die Prüfung am Nachholtermin abzulegen. Eine andere Teilnehmerin wiederum zieht es vor, mit Unterstützung einer Lernpartnerin zu Hause zu lernen.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, den zwölf Männern und Frauen unterschiedliche berufliche Abschlüsse und eine Vielzahl von Zertifikaten anzubieten, so dass sie Qualifizierungsmodule und –ziele auswählen können, die ihren Interessen und Möglichkeiten entgegenkommen. Ein Teilnehmer, der sich später selbständig machen will, konzentrierte sich z. B. besonders auf Buchführung.

Die Zertifikatsprüfungen werden zum Abschluss der einzelnen Module und nicht erst am Ende des gesamten Qualifizierungsprojekts abgenommen. Bestandene Prüfungen verschaffen den Teilnehmenden nicht nur Erfolgserlebnisse; diese Teilziele sind auch beruflich verwertbar. Als "Qualifizierungsrenner" erweisen sich in diesem Zusammenhang alle Lernangebote der EDV. Unabhängig von den unterschiedlichen Vorerfahrungen konnte die gesamte Teilnehmergruppe hier sehr schnell deutliche Lernerfolge erringen und ist mit großem Interesse bei der Sache.

Die Gruppe bringt zusätzliche Interessen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge in die „Teilnehme-

rInnenkonferenz" ein und arbeitete bereits in der ersten Qualifizierungsphase aktiv an der Stundenplangestaltung mit.

2.4 Die psychosoziale Begleitung durch die AIDS-Hilfe

Zurück in die Zukunft zeichnet sich durch selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Lernen unter fachlicher Beratung, Begleitung und Anleitung aus. Dabei stehen nicht allein die kognitiven Fähigkeiten im Mittelpunkt, sondern der "ganze Mensch" mit seiner spezifischen Lebenssituation. Neben der Einzelberatung treffen sich die Absolventen/Absolventinnen an einem Tag in der Woche zu einem sozialpädagogisch begleiteten Gruppenangebot in der AIDS-Hilfe. In den Gesprächsrunden bearbeiteten sie bisher folgende Themen:

- ☐ Reflexion der Ausbildungs-/Erwerbsbiographie,
- ☐ Bewerbung um einen Praktikums- und Arbeitsplatz,
- ☐ Sozial- und Arbeitsrecht für Menschen mit HIV und AIDS/Schwerbehinderung,
- ☐ Entwicklung von Möglichkeiten des offenen Umgangs mit HIV/AIDS vor dem Hintergrund bisheriger Diskriminierungserfahrungen,
- ☐ Erfahrungsaustausch und gegenseitige Beratung und Unterstützung bei persönlichen Problemen (Umgang mit der Infektion/Erkrankung, mit Sexualität/Partnerschaft, Kindererziehung usw.).

Die Gespräche dienen darüber hinaus zur Aufarbeitung von Konflikten in der Gruppe.

Zum ganzheitlichen Ansatz des Programms gehört auch ein Freizeitangebot. Die Teilnehmer/innen treffen sich zum gemeinsamen Kochen und zu Entspannungs- und Bewegungskursen in der AIDS-Hilfe.

Die individuelle Beratung und Unterstützung der Teilnehmer/innen durch die AIDS-Hilfe war im bisherigen Verlauf des Projekts von zentraler Bedeutung. Dabei erweist sich die enge Zusammenarbeit und Vernetzung der AIDS-Hilfe mit der HIV-Ambulanz, mit anderen AIDS-Hilfen, Beratungsstellen, Stiftungen usw. als vorteilhaft.

Zu Beginn ging es im Wesentlichen darum, die Sicherung des Lebensunterhalts, die Betreuung der Kinder und finanzielle Probleme zu regeln. Insgesamt besteht ein großer Bedarf an psychosozialer Beratung. Dieser ergibt sich hauptsächlich aus der Schwierigkeit, unterschiedliche Lebensbereiche mit der Teilnahme am Projekt in Einklang zu bringen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass einige Teilnehmende mehrere Jahre nicht mehr erwerbstätig waren. *Zurück in die Zukunft* bringt für sie eine grundlegende Lebensveränderung und Neubestimmung ihrer Zukunftspläne mit sich; insbesondere gilt dies für diejenigen, die auf Grund ihrer AIDS-Erkrankung für sich keine neuen beruflichen Perspektiven mehr sahen.

In der Einzelberatung ging es bisher entsprechend um die Klärung folgender Fragen:

- ☐ soziale/finanzielle Situation (z.B. Sicherung des Lebensunterhalts, Umschuldung, Wohnsituation)
- ☐ persönliche Probleme (Partnerschaft, Familie, soziales Umfeld, Kinderwunsch/-betreuung/-erziehung, Drogen/Substitution, Isolation, Ängste, psychische Probleme, Diskriminierungserfahrungen und -befürchtungen, migrationsspezifische Problemlagen, Alltagsbewältigung und -strukturierung)
- ☐ gesundheitliche Situation (Umgang mit der Infektion/Erkrankung, Krankheitsphasen, antiretrovirale Therapie/Nebenwirkungen, psychosomatische Beschwerden durch veränderte Lebenssituation/Stress durch Qualifizierungsanforderungen, Versagensängste im Rahmen der beruflichen Qualifizierung/des Praktikums)

Einige der Teilnehmenden waren vor Beginn des Projekts psychisch stark belastet. Die Gründe dafür lagen nach ihren Angaben in Diskriminierungserfahrungen und -ängsten, im Zwang zur Verheimlichung der HIV-Infektion während der bisherigen Erwerbstätigkeit, in einer ungewissen Zukunftsperspektive durch lange Krankheitsphasen und gesundheitliche Einschränkungen sowie in dem Druck, das Leben nun neu organisieren zu müssen.

Im Verlauf der ersten Qualifizierungsphase ließ sich beobachten, dass die zielgruppenspezifische Konzeption des Projekts und der Zusammenhalt in einer Gruppe Gleichbetroffener für die Teilnehmer/innen eine zum Teil erhebliche psychische Entlastung mit sich brachten. Gleichzeitig ist aber auch

zu berücksichtigen, dass die Teilnahme eine verstärkte Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion erzwingt. Dies war und ist für die Einzelnen zum Teil ebenso belastend und bedarf einer intensiven Betreuung.

Grundsätzlich ist in der Gruppe das große Bedürfnis vorhanden, auch unabhängig von der HIV-Infektion wahrgenommen zu werden. Es erstaunt daher nicht, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer/innen weitere Beratungs-/Gruppenangebote der AIDS-Hilfe Bielefeld kaum in Anspruch nimmt. *Zurück in die Zukunft* ist für sie in erster Linie ein Qualifizierungs- und kein „AIDS-Projekt".

Das Freizeitangebot erfreut sich großer Beliebtheit. So schätzen die Teilnehmenden das gemeinsame Kochen und Essen als Möglichkeit des informellen Gesprächs und der Geselligkeit. Betont wird auch der gesundheitsfördernde Aspekt des Essens in Gemeinschaft, da einige der Männer und Frauen an Appetitlosigkeit leiden.

Insgesamt konnten wir beobachten, dass die Kombination von individueller Beratung mit Gruppen- und Freizeitangeboten sowie der „TeilnehmerInnenkonferenz" die Aufbereitung von Gruppenkonflikten, die Teamfähigkeit sowie den Erfahrungsaustausch – insbesondere über den Umgang mit der eigenen HIV-Infektion und daraus resultierenden Folgeproblemen – fördert.

2.5 Qualifizierung und psychosoziale Begleitung – eine Zwischenbilanz

Mit *Zurück in die Zukunft* wird eine ganzheitliche Teamarbeit zweier Institutionen verwirklicht. So bekommen die Teilnehmer/innen einerseits durch die AIDS-Hilfe ein Angebot, das sie im Umgang mit der Infektion/Erkrankung berät und unterstützt. Andererseits finden sie beim Bildungsträger einen öffentlichen Raum vor, in dem für sie ausschließlich die berufliche Qualifizierung im Mittelpunkt steht. Einer Reduzierung der Absolventen/Absolventinnen auf ihre HIV-Infektion wird somit entgegengewirkt.

Diese durchaus ambivalenten Bedürfnisse der Teilnehmenden bedeuten für die AIDS-Hilfe-Arbeit, zu deren Zielen es auch gehört, eine gesellschaftliche Akzeptanz für von der Norm abweichende Lebensstile zu erreichen, eine besondere Herausforderung. So zeigte sich bei der Akquisition von Praktikumsstellen, dass einige Betriebe deutliche Vorbehalte gegenüber (Ex-)Drogengebrauchenden äußerten. Daraus entstand die Frage, ob darauf verzichtet werden sollte, diese Betroffenengruppe in der Präsentation des Projekts ausdrücklich zu benennen. Dieses Dilemma führte bei verschiedensten Themen mehrfach zu internen Diskussionen über die Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit und machte deutlich, dass sich hier die Interessen von Teilnehmenden deutlich von denjenigen des Trägers AIDS-Hilfe unterscheiden können.

Um dieser Ambivalenz Rechnung zu tragen, bot sich ein zweigleisiges Modell an. Neben der Öffentlichkeitsarbeit des Projektes, die sich schwerpunktmäßig den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit HIV/AIDS im Erwerbsleben widmet, wollen die Teilnehmer/innen mit einer eigenen Form der Öffentlichkeitsarbeit sichtbar werden. In der Fortentwicklung des Projekts sind Widersprüche und Reibungen einer zweigleisigen Präsentation unvermeidbar und gewollt. Der Prozess der Auseinandersetzung bildet hier den Ausgangspunkt für neue Annäherungsmöglichkeiten an die Ambivalenz des Themas AIDS und Arbeit.

Als Zwischenbilanz der ersten Phase der beruflichen Qualifizierung ist festzuhalten, dass *Zurück in die Zukunft* bei der Anpassung der Angebote an die Lebensverhältnisse der Teilnehmenden auch an Grenzen stößt. Es zeigte sich, dass in einer solch kleinen Gruppe eine noch stärkere Differenzierung der Qualifizierungsangebote nur bedingt sinnvoll ist. Das stark differierende (Aus-)Bildungsniveau der Teilnehmenden und das unterschiedliche Maß an fachspezifischen Vorkenntnissen erschwert die Gestaltung des Unterrichts in den Bereichen Bürowesen, Fremdsprachen und EDV und hat zur Folge, dass Defizite wegen Krankheitsphasen nicht von allen in der Gruppe gleichgut ausgeglichen werden können. Auch gilt es, immer wieder eine Balance zwischen Einzel- und Gruppeninteressen zu finden. Es wäre daher wünschenswert, das Programm noch weiter nach Bildungsstand, Vorkenntnissen und Interessen zu differenzieren, um ein entsprechend größeres Spektrum an Bausteinen anbieten zu können. Dies setzt allerdings eine wesentlich höhere Zahl an Interessierten sowie die Bereitstellung der entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen voraus.

Dem Wunsch nach Teilzeitmodellen im Qualifizierungsprogramm kann nicht entsprochen werden. Die Mehrheit der Teilnehmer/innen ist auf Unterhaltszahlungen des Arbeitsamtes angewiesen. Nach den Förderungsbedingungen gemäß SGB III aber ist ein volles Unterhaltsgeld an eine Vollzeitmaßnahme gebunden.

3. Erfahrungen und Ergebnisse der ersten Praktikumsphase (Oktober – Dezember 1998)

Die Absolventen und Absolventinnen arbeiteten von Oktober bis Dezember 1998 in den Praktikumsbetrieben/-institutionen. Die Arbeitszeiten und Pausenregelungen richteten sich nach den betrieblichen Gegebenheiten, nach Absprache auch nach dem persönlichen Leistungsrhythmus der Praktikanten/Praktikantinnen. Einmal wöchentlich traf sich die Gruppe am praktikumsbegleitenden Tag in der AIDS-Hilfe zur TeilnehmerInnenkonferenz, um sich über Erfahrungen und Probleme am Arbeitsplatz sowie persönliche Probleme auszutauschen. An diesem Tages wurde auch das Freizeit- und Bewegungsangebot fortgesetzt.

3.1 Praktikumsakquisition und Vorbereitung der Teilnehmer/innen

Die Suche nach einer geeigneten Praktikumsstelle begann für jede/n Teilnehmende/n mit einem Beratungsgespräch, in dem es vor allem um die bisherige Bildungs- und Berufsbiographie sowie um die Erfahrungen mit der ersten Qualifizierungsphase ging. Ausgehend von ihrer derzeitigen sozialen und gesundheitlichen Situation waren die Teilnehmenden gefordert, eine eigene berufliche Zukunftsvision zu formulieren und Vorstellungen von einem geeigneten Praktikumsbetrieb zu entwickeln. Grundsätzlich sollten die Arbeitgeber/innen der Thematik HIV und AIDS interessiert/aufgeschlossen gegenüberstehen.

Als Schwierigkeit im Vorfeld erwies es sich, dass die AIDS-Hilfe zur Verhandlung des Praktikumsvertrages in Erscheinung treten musste. Ein großer Teil der Teilnehmer/innen hatte den Wunsch, ihr Praktikum „anonym" zu absolvieren, d.h.: nur die Geschäftsleitung sollte über ihren Immunstatus informiert sein. Diesem Wunsch lagen vielfältige Diskriminierungserfahrungen und -ängste zugrunde: z.B. Angst vor Stigmatisierung durch Vorurteile von Kollegen/Kolleginnen oder vor der Missachtung des Schutzes persönlicher Daten.

Insgesamt kontaktierten wir etwa 50 Firmen und Institutionen, deren Vertreter/innen sich insgesamt aufgeschlossen gegenüber dem Projekt äußerten. Ein Teil der Betriebe konnte aus folgenden Gründen keine Praktikanten/Praktikantinnen beschäftigen: keine Betreuungskapazitäten, Praktikumsplätze bereits vergeben, keine adäquaten Arbeitsaufgaben, Drogengebrauch/Substitution der Bewerber/innen. Kein Betrieb nannte die HIV-Infektion als Ablehnungsgrund. Einige Arbeitgeber/innen befürchteten Berührungsängste im Kollegenkreis, die aber möglicherweise durch den persönlichen Kontakt mit den Betroffenen abgebaut werden könnten. Das Angebot der AIDS-Hilfe, hierbei unterstützend tätig zu werden, wurde positiv aufgenommen.

Ein großer Teil der Betriebe hatte keine Erfahrungen mit der Thematik HIV/AIDS und Arbeit. Für die Arbeitgeber/innen war es daher wichtig, gut auf die neue Situation vorbereitet zu werden. Sie alle zeigten sich in der Frage einer größtmögliche Orientierung des Praktikums an der Lebenssituation der Projektteilnehmer/innen sehr kooperationsbereit.

3.2 Die erste betriebliche Praxisphase

Für die erste Praktikumsphase standen folgende Ziel im Mittelpunkt: Die Teilnehmenden sollten zum einen ihre berufliche Vorerfahrungen und die in der Qualifizierung erlernten Kompetenzen praktisch anwenden können und sich in betriebliche Abläufe und ein Mitarbeiterteam integrieren. Zum anderen sollten sie Erfahrungen im Umgang mit der HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung am Arbeitsplatz sammeln und – gestützt durch das Projekt – neue Handlungsstrategien entwickeln. Die Arbeitgeber/innen sollten die Gelegenheit erhalten, die Fähigkeiten und Kenntnisse der Absolventen und Absolventinnen – auch im Hinblick auf eine eventuelle spätere Beschäftigung - zu testen. Unser zentrales Interesse war es, die kooperierenden Betriebe für die Thematik HIV/AIDS und Arbeit zu sensibilisieren.

Die meisten der Teilnehmer/innen wollten im Praktikum an berufliche/persönliche Vorerfahrungen anknüpfen. Für die Betriebe bedeuteten diese Erfahrungen, die in der Qualifizierung neu erworbenen Kenntnisse sowie die selbständige Arbeitsweise der Praktikanten und Praktikantinnen eine Entlastung in vielfältigen Arbeitsfeldern.

Die Integration in betriebliche Abläufe und ein neues Kollegenteam verlief überwiegend positiv. Die Betreuungsleistung durch die Betriebe wurde dagegen ambivalent erlebt – von einer überfürsorglichen Betreuung über Unsicherheiten bei der Zuweisung von Arbeitsaufgaben bis hin zu dem Gefühl, auf sich allein gestellt zu sein. In einer Gesamtbewertung der ersten Praxisphase äußerten sich Teilnehmer/innen und Betriebe allerdings positiv: So können sich beide Seiten prinzipiell eine weitere Zusammenarbeit in der zweiten Phase vorstellen. (Die Teilnehmenden können entscheiden, ob sie das zweite Praktikum im gleichen oder in einem neuen Betrieb absolvieren.) Zwei Praktikanten und Praktikantinnen wurde eine spätere Beschäftigung in Aussicht gestellt.

Problematisch waren längere Krankheitsphasen während des ersten Praktikums. Einzelne machten die Erfahrung, bei der Rückkehr an den Praktikumsplatz die „Früchte der eigenen Arbeit nicht mehr zu ernten " und auf zuarbeitende Tätigkeiten reduziert zu werden. Die Folgen waren Frustration und Motivationseinbrüche. Auch die Arbeitgeber/innen sahen hier Grenzen der betrieblichen Flexibilität, um größere Arbeitsausfälle zu kompensieren.

Was den Umgang mit HIV/AIDS am Arbeitsplatz angeht, so sind die Erfahrungen so unterschiedlich wie die Teilnehmer/innen des Projektes. Trends sind hier nur schwer auszumachen. Grundsätzlich war es jedoch für sie alle neu, dass der/die Geschäftsführer/in des Betriebes über ihren Immunstatus informiert war. Diese Situation wurde zum Teil als belastend erlebt.

In Einzelfällen informierten die Praktikanten/Praktikantinnen auch Mitarbeiter/innen, zu denen ein besonderes Vertrauensverhältnis bestand, über das Projekt und die HIV-Infektion - teils aus dem Bedürfnis, die eigene Lebenssituation am Arbeitsplatz offen thematisieren zu können, teils aus der Befürchtung, durch häufige Arztbesuche, offensichtliche Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie oder Krankheitsphasen aufzufallen und „ins Gerede" zu kommen. Die Teilnehmer/innen, die sich in ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation beeinträchtigt fühlten, standen diesbezüglich in einem erhöhten Entscheidungsdilemma.

Die Praktikanten/Praktikantinnen waren in hohem Maße davon ausgegangen, dass von ihnen eine Anpassung an übliche „Normalarbeitszeitverhältnisse" erwartet würde, die sie möglicherweise nicht leisten könnten. Die Möglichkeit, offen mit dem/der Arbeitgeber/in oder den zuständigen Mitarbeiter/innen über den Praktikumsinhalt zu reden und die Arbeitszeiten und -bedingungen individuell an die aktuelle gesundheitliche Situation und den Leistungsrhythmus anpassen zu können, wurde hier überwiegend als sehr entlastend erlebt. Diskriminierungserfahrungen sind nicht berichtet worden. Interventionsangebote durch die AIDS-Hilfe wurden nicht abgefragt. Insgesamt war es den Teilnehmenden ein Bedürfnis, die Gespräche über die Infektion/Erkrankung auf ein für sie notwendiges Maß zu reduzieren, um nicht auf einen Sonderstatus festgelegt zu werden. Dem praktikumsbegleitenden Tag kam in diesem Zusammenhang eine wichtige und ausgleichende Funktion zu: hier war der Austausch der Betroffenen in einem geschützten Rahmen, hier fanden sie Rat und konnten sehr individuelle Handlungstrategien entwickeln.

Die Arbeitgeber/innen äußerten sich durchweg positiv über die Idee des Projektes und die damit verbundene Chance, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen und eigene Informationsdefizite und Berührungsängste abzubauen. Das offene Gespräch war für sie die Grundlage, um gemeinsam die Arbeitsanforderungen mit der gesundheitlichen Situation der Praktikanten/Praktikantinnen in Einklang zu bringen. In Einzelfällen beobachteten die Arbeitgeber/innen, dass Praktikanten/Praktikantinnen mit Leistungsschwankungen oder Krankheitsphasen in einem nichtinformierten Team in eine betriebsinterne „Gerüchteküche" gerieten. Die Arbeitgeber/innen schilderten die Situation, hier nicht handelnd eingreifen zu können, als schwierig.

3.3 Eine Zwischenbilanz

Nach der Auswertung der ersten Erfahrungen im Betrieb scheint es angezeigt, die Firmen und Institutionen für die zweite Praktikumsphase noch stärker nach den Kriterien Betreuungskapazitäten und

Lernmöglichkeiten für die Praktikanten und Praktikantinnen auszuwählen. Je detaillierter die Betriebe über die Erwartungen an das Praktikum und den Kenntnisstand der Teilnehmer/innen informiert sind, desto eher ist ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erwarten. Das gilt umgekehrt auch für die Praktikanten/Praktikantinnen. Insbesondere für jene unter ihnen, die bisher nicht oder lange nicht mehr erwerbstätig waren, sind grundsätzliche Informationen zum Arbeitsverhältnis (z.B. zu Rechten, Pflichten, Umgangsformen) wichtig.

Für die zweite Praktikumsphase bietet es sich an, die Fähigkeiten zum selbständigen Arbeiten verstärkt zu fördern und die Praktikanten/Praktikantinnen mit eigenen „Projekten" zu betrauen. Die Steigerung der Motivation und Arbeitszufriedenheit, die dann häufig zu beobachten ist, birgt gesundheitsfördernde Effekte in sich, die sich wiederum positiv auf die Arbeitsleistung der Teilnehmer/innen auswirken können. Genau an diesem Punkt besteht jedoch auch die Gefahr eines Negativkreislaufes. Häufige/längere Krankheitsphasen können die Weiterarbeit an komplexeren Aufgaben verhindern. Daraus entstehende Versagensängste, Frustration und Motivationseinbrüche sind für die Einzelnen sehr belastend.

Für die zweite Praktikumsphase wurde ein erweiterter zeitlicher Rahmen angesetzt, um die Chance zu erhöhen, sich mit der eigenen Qualifikation profilieren zu können. Gleichzeitig ist eine Balance zu finden zwischen qualifikationsadäquaten und herausfordernden Arbeitsaufgaben; ideal wäre ein betriebliches Setting, das eine möglichst gleichmäßige Arbeitsleistung begünstigt, aber auch in der Lage ist, Leistungsschwankungen und -einbrüche auszugleichen. Für uns ist es eine der größten Herausforderungen, solche Praktikumsstellen vermitteln zu können.

Der Prozess, einen offenen Umgang und die Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion am Arbeitsplatz herbeizuführen, ist noch nicht abgeschlossen. *Zurück in die Zukunft* bietet einen Rahmen, um mit neuen Handlungsstrategien zu experimentieren. Dabei ist es sinnvoll, bereits im Vorfeld einen Betrieb auszuwählen, in dem verschiedene Lebensstile akzeptiert werden und wo ein offener Umgang mit schwierigen Lebenssituationen möglich ist. Teilnehmer/innen, die ihre HIV-Infektion am Arbeitsplatz nicht verheimlichen wollen, müssen auf Unterstützungsangebote der AIDS-Hilfe zurückgreifen können. So erleben die Betroffenen den Informationsbedarf der Vorgesetzten oder der Mitarbeiter/innen teilweise als problematisch. Eine gezielte Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfe kann hier unterstützen und entlasten. Es gilt außerdem, adäquates Infomaterial zu HIV/AIDS und Arbeit zu entwikkeln.

In der Frage, wie mit der HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung im Erwerbsleben umzugehen ist, kommt dem kontinuierlichen Austausch der Betroffenen eine zentrale Bedeutung zu. Hier ist ein Selbsthilfepotential entstanden, das die Einzelnen darin unterstützt, ihre Bedürfnisse in bezug auf einen Arbeitsplatz deutlich zu formulieren. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für eine zukünftige Erwerbstätigkeit, die sich mit der sozialen und gesundheitlichen Lebenssituation vereinbaren lässt, geschaffen.

Sabine Brinkmann, 34 Jahre, Diplom-Soziologin. Seit September 1997 Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V., wo sie das Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt mit aufgebaut hat, dessen Leiterin sie seit Januar 1998 ist.

Anja Wulfhorst, 32 Jahre, Druckvorlagenherstellerin, Diplom-Soziologin. Seit März 1998 Mitarbeiterin im Projekt „Zurück in die Zukunft" der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. Aufgabenschwerpunkte: psychosoziale und berufspraktische Begleitung.

WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ARBEITSLEBEN – DIE LEISTUNGEN DES ARBEITSAMTES

Max Keller

Die gesellschaftliche Integration behinderter Menschen ist eine komplexe Aufgabe, die nur durch ein enges Zusammenwirken verschiedener Institutionen, Verbände und zahlreicher privater Initiativen kontinuierlich weiterentwickelt werden kann. Neben den medizinischen Aspekten und der sozialen Betreuung ist dabei natürlich auch das Thema Ausbildung, Arbeit und Beruf von zentraler Bedeutung. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation kommt den Arbeitsämtern eine wichtige Rolle zu, die ihnen vom Gesetzgeber übertragen wurde und der sie sich auch in hohem Maße verpflichtet fühlen. Diese besondere Unterstützung kommt allen zugute, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben, aus gesundheitlichen Gründen nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Integration benötigen.

Die Zahl der Behinderten, die ein Rehabilitationsverfahren durchlaufen, bewegt sich seit Jahren auf einem hohem Niveau. Zum Jahresende 1999 wurden allein beim Arbeitsamt München 11.870 Rehabilitanden betreut. Bundesweit waren es zum gleichen Zeitpunkt rund 532.000 Personen. Vor dem Hintergrund der medizinischen Fortschritte ist in letzter Zeit festzustellen, dass auch für AIDS-Kranke die berufliche Integration in zunehmendem Maße ein Thema wird. Da die Rehabilitationsverfahren in der Regel ein bis zwei Jahre dauern, gibt es für diese Personengruppe bisher jedoch kaum Erfahrungen über die Erfolge bzw. Probleme beim beruflichen Wiedereinstieg.

Selbst wenn die Kosten letztlich ein anderer Sozialleistungsträger - beispielsweise die Rentenversicherung - übernimmt, sind die Arbeitsämter die zentrale Stelle, da sie die Entwicklungen in der Arbeitswelt und damit die Chancen für den Wiedereinstieg oder die Perspektiven einer beruflichen Neuorientierung am besten beurteilen können. Aus diesem Grund erarbeiten wir in jedem Fall zusammen mit dem/der Behinderten einen Eingliederungsvorschlag, der für andere Leistungsträger eine fundierte Entscheidungshilfe darstellt, sofern das Arbeitsamt nicht die Kosten trägt. Dabei werden die Eignung und Neigung, die vorhandenen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Chancen am Arbeitsmarkt berücksichtigt. Außerdem wird bei jedem Rehabilitationsverfahren ein Gesamtplan entwickelt, der einen inhaltlich und zeitlich abgestimmten Verlauf garantieren soll. Sofern es bei der beruflichen Neuorientierung größere Unsicherheiten gibt, welcher Weg der richtige ist, kann - mit Einverständnis der Behinderten - auch der ärztliche oder psychologische Fachdienst des Arbeitsamtes zu Rate gezogen werden. Die medizinischen Gutachten und die speziellen Eignungsuntersuchungen zur Berufsfindung sollen dazu beitragen, eine gute und tragfähige Lösung zu finden.

Das gesamte Spektrum der Förderungsmöglichkeiten ist im Bereich der beruflichen Rehabilitation sehr groß. Besonders wichtig ist dabei natürlich die Frage der Qualifizierung - die erstmalige berufliche Ausbildung, die Weiterbildung, die auf vorhandenen Kenntnissen aufbaut, oder aber eine Umschulung, die den Übergang in einen Beruf mit völlig neuen Inhalten ermöglicht. Falls erforderlich, können die Inhalte der Lehrgänge und Kurse auch auf die besonderen Bedürfnisse der Rehabilitanden zugeschnitten oder sogar in speziell ausgestatteten Einrichtungen - den Berufsbildungswerken für Jugendliche oder den Berufsfortbildungswerken für Erwachsene - durchgeführt werden. Die berufliche Ausbildung bzw. Umschulung kann auch in einem Betrieb stattfinden. Die Weiterbildungskurse bei Bildungsinstituten beinhalten zudem in der Regel als festen Bestandteil ein Betriebspraktikum. Die Erfahrungen aus der Praxis und die Kontakte zu Unternehmen wirken sich bei der späteren Suche nach einem neuen Arbeitsplatz oftmals positiv aus.

Im Rahmen der beruflichen Qualifizierung übernimmt das Arbeitsamt die entstehenden Lehrgangskosten, die Fahrtkosten, die Ausgaben für Lernmittel und Arbeitsausrüstung, die Aufwendungen für eine auswärtige Unterbringung und Verpflegung, die Kosten für eine Haushaltshilfe, die Kinderbetreuungskosten sowie die Beiträge zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung. Bei der Teilnahme an behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen kann zur Sicherstellung des Lebensunterhalts auch ein Übergangsgeld gezahlt werden, wenn

- der/die Behinderte innerhalb der letzten drei Jahre vor Beginn der Maßnahme insgesamt mindestens zwölf Monate sozialversicherungspflichtig beschäftigt war
- oder die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld bzw. auf Arbeitslosenhilfe erfüllt und diese Leistungen beantragt hat.

Bei der Berechnung des Übergangsgeldes werden 80 Prozent des erzielten regelmäßigen (Brutto-) Gehalts, höchstens jedoch das Nettoarbeitsentgelt zugrundegelegt (Regelentgelt). Das Übergangsgeld beträgt, wenn mindestens ein Kind vorhanden ist, 75 Prozent des Regelentgelts, in allen übrigen Fällen 68 Prozent.

Wenn sie kein Übergangsgeld beziehen können, haben Behinderte Anspruch auf Ausbildungsgeld für eine berufliche Qualifizierung oder für die Teilnahme an einem berufsvorbereitenden Bildungsprogramm. Maßgebend für die Höhe des Ausbildungsgeldes sind
- das Lebensalter und der Familienstand des/der Teilnehmenden,
- die Art der Unterbringung (z.B. bei den Eltern, in einem Wohnheim oder Internat, im eigenen Haushalt),
- das Einkommen des/der Teilnehmenden, ggf. des/der Ehegatten/-gattin und der Eltern. Dabei wird das Einkommen des/der Ehegatten/-gattin und der Eltern nur angerechnet, soweit es bestimmte Freibeträge übersteigt.

Sofern Rehabilitanden einen Qualifizierungskurs besuchen, der nicht behindertenspezifisch gestaltet ist, kann als Leistung für den Lebensunterhalt grundsätzlich Unterhaltsgeld gezahlt werden. Die Höhe des Unterhaltsgeldes liegt für Teilnehmende mit mindestens einem Kind bei 67 Prozent des letzten pauschalierten Nettoarbeitsentgelts, in allen übrigen Fällen bei 60 Prozent. Bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts wird in der Regel ein Zeitraum von 52 Wochen vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit zugrundegelegt.

Wie wir aus der Praxis wissen, können auch andere Hilfen dazu beitragen, eine dauerhafte berufliche Integration zu realisieren. Die Palette der Möglichkeiten ist sehr umfangreich; das Arbeitsamt
- erstattet Bewerbungskosten bis zu 500,- DM pro Jahr
- erstattet Reisekosten bei Fahrten zu Vorstellungsgesprächen, zur Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und Eignungsfeststellung
- beschafft technische Arbeitshilfen
- bietet Hilfen beim Kauf eines Kraftfahrzeugs oder dem Erwerb des Führerscheins
- übernimmt die Kosten für den Ausbau oder die Beschaffung einer behindertengerechten Wohnung

Nicht zuletzt können aber auch Lohnkostenzuschüsse und andere Leistungen für Betriebe, die Rehabilitanden einstellen oder ihnen die erforderlichen Kenntnisse am Arbeitsplatz vermitteln, den Weg zurück ins Berufsleben ebnen. Dabei gibt es eine Reihe verschiedener Alternativen:

- **Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung:** Arbeitgeber/innen können für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung von Rehabilitanden in Lehrberufen Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung erhalten. In der Regel werden bis zu 60 Prozent der monatlichen Ausbildungsvergütung für das letzte Lehrjahr übernommen. In begründeten Ausnahmefällen können Zuschüsse bis zur vollen Höhe gezahlt werden.

- **Arbeitshilfen im Betrieb:** Es besteht die Möglichkeit, Hilfen für alle Aufwendungen zu beziehen, die für eine behindertengerechte Gestaltung des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes zusätzlich erforderlich sind.

- **Befristete Probebeschäftigung:** Sofern einem/einer Arbeitgeber/in im Rahmen einer befristeten Probebeschäftigung Kosten entstehen, können diese ebenfalls übernommen werden.

Neben diesen besonderen Leistungen können Arbeitgeber/innen Zuschüsse zu den Lohnkosten erhalten, wenn sie förderungsbedürftige Arbeitnehmer/innen einstellen, zu denen auch Rehabilitanden zählen:

- **Eingliederungszuschuss**
  Falls die berufliche Integration für bestimmte Personen besonders schwierig ist - beispielsweise für Behinderte - kann der Zuschuss maximal zwölf Monate gezahlt werden. Die Höhe des Zuschusses beträgt bis zu 50 Prozent des regelmäßig gezahlten Tariflohns einschließlich der Anteile an den Sozialversicherungsbeiträgen. Einmalige Zahlungen werden dabei nicht berücksichtigt. Sofern für den Betrieb die Integration eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin mit einem sehr hohen Aufwand verbunden ist, kann die Förderungssumme um bis zu 20 Prozent erhöht oder der Zeitraum verlängert werden. Die jeweilige Regelförderungsdauer von zwölf Monaten kann sich dabei in begründeten Fällen maximal verdoppeln.

- **Einstellungszuschuss bei Neugründungen**
  Das Arbeitsamt kann nicht nur Personen, die sich aus der Arbeitslosigkeit heraus selbständig machen, in der Startphase mit einem Überbrückungsgeld finanziell unterstützen. Junge Unternehmen mit nicht mehr als fünf Beschäftigten, die in den ersten zwei Jahren nach der Gründung bereits Dauerarbeitsplätze schaffen, können bei Neueinstellungen ebenfalls einen Zuschuss erhalten. Die ausgewählten Bewerber/innen müssen in diesem Fall vorher mindestens drei Monate arbeitslos oder in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) tätig gewesen sein bzw. an einem Lehrgang zur beruflichen Weiterbildung teilgenommen haben. Das tarifliche oder ortsübliche Arbeitsentgelt kann maximal zwölf Monate lang für zwei neue Mitarbeiter/innen gleichzeitig übernommen werden.

- **Eingliederungsvertrag**
  Der Eingliederungsvertrag bietet Unternehmen die Chance, sich ohne Risiko von der Leistungsfähigkeit und dem Engagement der Bewerber/innen zu überzeugen. Der Vertrag wird zwischen einem/einer Arbeitgeber/in und einer arbeitslosen Person geschlossen und bedarf der Zustimmung des Arbeitsamtes. Da er lediglich eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, aber kein Arbeitsverhältnis regelt, können sich beide Seiten ohne Angabe von Gründen jederzeit trennen. Der Eingliederungsvertrag mit einer Laufzeit von zwei Wochen bis zu einem halben Jahr soll Langzeitarbeitslosen bzw. Personen, die länger als sechs Monate ohne Beschäftigung sind und aus anderen Gründen - beispielsweise wegen ihrer Behinderung - Probleme bei der Arbeitsplatzsuche haben, bessere Einstiegsmöglichkeiten eröffnen. Sofern der/die Bewerber/in die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, ist auch eine Kombination mit finanziellen Leistungen - beispielsweise einem Eingliederungszuschuss - möglich. Das Gehalt für eventuelle Krankheitstage kann ebenfalls vom Arbeitsamt übernommen werden.

Neben diesen Leistungen verfügt das Arbeitsamt zusätzlich über ähnliche Förderungsmöglichkeiten aus der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz.

Bei jedem Arbeitsamt gibt es speziell geschulte Fachkräfte, die über alle Fragen der beruflichen Rehabilitation informieren und beraten. Sie versuchen, zusammen mit den Rehabilitanden individuell abgestimmte Lösungen zu erarbeiten und dabei auch die verschiedenen Möglichkeiten sinnvoll miteinander zu kombinieren. Der Weg zurück in den Beruf ist oftmals nicht einfach. Wir möchten diesen Prozess so gut begleiten, wie es nur möglich ist.

Max Keller leitet das Aufgabengebiet „Berufliche Rehabilitation" beim Arbeitsamt München

"PLÖTZLICH HABE ICH ES SCHWARZ AUF WEISS, WAS MIT MIR LOS IST" - ANTRAG AUF SCHWERBEHINDERUNG

Wolfgang Kohl

In unserer Gesellschaft herrscht nach wie vor ein seltsames Bild von Schwerbehinderung. Als sogenannter Nichtbehinderter nehme ich im Alltag Schwerbehinderte kaum oder nur selten wahr. Nun sind aber die meisten Behinderungen auch nicht auf den ersten Blick erkennbar. Und im Großstadtleben fallen Behinderte vielleicht auch nicht so sehr auf. Während meiner Studentenzeit wurde ich fast ausschließlich im öffentlichen Nahverkehr mit Behinderung „konfrontiert". Ich war glücklich - wenn auch mit schlechtem Gewissen -, in der vollen U-Bahn einen Sitzplatz ergattert zu haben, der für Schwerbehinderte reserviert war. Das Glück war nicht immer von Dauer. Das Schicksal, wieder zu den Gedrängt-Stehenden zu gehören, nahte meist in Gestalt älterer Damen, die, wenn ich geflissentlich ihren Blick vermied, unter großem theatralischen Einsatz ihren Schwerbehindertenausweis hervorholten und meinen Sitzplatz beanspruchten. (Ich weiß, es ist politisch höchst unkorrekt, die Behindertenplätze zu besetzen, aber fahren Sie mal jeden Tag U-Bahn in Berlin!)

Ein zweites Bild aus jener Zeit war für mich, dass Behinderte überwiegend In Gruppen auftreten. In der Nähe meiner damaligen Wohnung gab es Werkstätten für Behinderte, vor denen morgens und abends die Kleinbusse karitativer Fahrdienste hielten, um die Behinderten zu bringen und sie wieder abzuholen. Bei zufälligen Begegnungen ertappte ich mich oft bei Gefühlen, die zwischen Neugierde, Furcht und - im wahrsten Sinne des Wortes - Berührungsängsten schwankten. Dennoch war Behinderung mehr oder weniger aus meinem Leben ausgeklammert; sie spielte für mich keine Rolle. Wenn ich mir darüber Gedanken machte, so waren sie mit Phantasien von Krankenhäusern, Heimen, Rollstühlen oder furchterregenden Hilfsmitteln verbunden.

„Bin ich nun behindert oder nicht?"

Das hat sich geändert, seit ich im Bereich HIV und AIDS arbeite. In meiner Beratungstätigkeit ist Schwerbehinderung ein wichtiges Thema. Menschen, denen der Umgang mit Behinderung vielleicht ähnlich fremd war wie mir, sehen sich nun im Zusammenhang mit ihrer sozialrechtlichen Absicherung vor die Frage gestellt: Bin ich nun behindert oder nicht? Dabei zeigen sich vielfältige Ängste und Vorbehalte. Für viele von HIV Betroffene scheint der Begriff Schwerbehinderung einen Makel auszudrücken, der neben der HIV-Infektion eine ganz eigene Bedeutung hat. Und offensichtlich macht der Begriff konkret, was sonst vielleicht verdrängt wird oder keine Rolle spielt: "Plötzlich habe ich es schwarz auf weiß, was mit mir los ist." Oder: „Würde ich einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen, würde ich bestimmt auch gleich krank werden." Solche typischen Aussagen höre ich nicht selten.

Andere wiederum gehen sehr pragmatisch mit dieser Überlegung um und erkundigen sich nach den Vor- und Nachteilen der Anerkennung einer Schwerbehinderung. Im Vordergrund stehen dabei häufig Fragen, die sich auf das Arbeitsleben beziehen (siehe dazu unten „Arbeitsrechtliche Bestimmungen für Schwerbehinderte"). Obwohl in den meisten Stellenanzeigen der Satz „Bei gleicher Qualifizierung werden Schwerbehinderte bevorzugt eingestellt" zu lesen ist, schrecken viele davor zurück, sich mit diesem vermeintlichen Trumpf zu bewerben. Angesichts der Arbeitsmarktlage mag die Skepsis angebracht sein. Allerdings wird in diesen Fällen der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin eine Absage kaum mit der Behinderung begründen.

Nicht wenige versprechen sich von einer Anerkennung größere Vorteile und zeigen sich in der Beratung enttäuscht. Sehr viele HIV-Infizierte oder an AIDS Erkrankte leben unter schwierigen finanziellen Bedingungen, oft von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld oder Rente. In dieser Situation wäre z.B. die kostenlose Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs eine Entlastung, sie ist aber nicht so leicht zu erreichen. Einen „Freifahrtausweis" (linke Seite grün/rechte Seite orange) erhalten nur Gehbehinderte, Hilflose und Gehörlose. Sonstige Vergünstigungen wie z.B. ermäßigte Eintrittsgebühren, Kino- oder Theaterkarten werden immer mehr abgebaut und erscheinen den Betroffenen wenig erstrebenswert.

Dennoch habe ich eine anerkannte Schwerbehinderung in meiner Arbeitspraxis eher als Vorteil für die

Betroffenen erlebt, da sie im Sozialrecht viele Dinge vereinfacht, z.B. die Beantragung eines Wohnberechtigungsscheins, die Anerkennung von zusätzlichem Wohnraum oder Mehrbedarf oder auch die Entbindung von der Pflicht, Bemühungen um eine Arbeitsstelle nachzuweisen.

Da das Schwerbehindertengesetz sehr umfangreich ist und wie alle Gesetze vielfältigen Auslegungen und Interpretationen unterliegt, versuche ich im folgenden, die in der Praxis am häufigsten aufkommenden Fragen zu beantworten.

Was eigentlich ist eine Schwerbehinderung?

Der Begriff "Schwerbehinderung" wird im "Gesetz zur Sicherung und Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft" (Schwerbehindertengesetz - SchwbG) definiert, das bundesweit gilt. Mit der Umsetzung des Gesetzes sind die in jedem Bundesland vertretenen Landesversorgungsämter beauftragt.

Nach dem Gesetz ist eine Behinderung gegeben, wenn gesundheitliche Schäden einen Menschen "nicht nur vorübergehend", d.h. über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten beeinträchtigen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der gesundheitliche Schaden angeboren, Folge eines Unfalls oder einer Krankheit ist.

Als Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer durch Gesundheitsschäden hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigung gelten im Schwerbehindertenrecht der "Grad der Behinderung" (GdB) und im sozialen Entschädigungsrecht die "Minderung der Erwerbsfähigkeit" (MdE). Beide werden nach den bundesweit einheitlichen "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit" bemessen. Dort sind zum einen die nicht alterstypischen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen beschrieben, zum anderen ist der jeweils anzuerkennende Grad der Behinderung für eine Liste verschiedenster Krankheiten festgelegt. Bei Drogenabhängigkeit ist z.B. der GdB/MdE-Grad „je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten auf mindestens 50 einzuschätzen". Bei Krankheiten der Leber wird der Grad bestimmt „durch die Art und Schwere der Organveränderungen sowie der Funktionseinbußen, durch das Ausmaß der Beschwerden, die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und die Notwendigkeit einer besonderen Kostform. Der serologische Nachweis einer durchgemachten Infektion (z.B. Hepatitis) rechtfertigt allein noch keinen GdB/MdE-Grad."

Eine HIV-Infektion stellt nach diesen Anhaltspunkten nicht unbedingt einen ausreichenden Grund für die Anerkennung als schwerbehindert dar. Kommen aber andere Kriterien hinzu, wie z.B. eine reaktive Depression oder andere mit der Infektion zusammenhängende Störungen, die in der Regel durch ein ärztliches Attest belegt werden müssen, wird im allgemeinen ein GdB zwischen 30 und 50 zugebilligt. Zusätzliche Erkrankungen wie z.B. Drogenabhängigkeit oder ein chronischer Leberschaden werden nicht zu diesem Grad addiert; "maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionstörungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander".

Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung wird als Grad der Behinderung in Zehnerstufen von 20 bis 100 bemessen. Nach dem Gesetz ist schwerbehindert, wer einen GdB von mindestens 50 hat und im Bundesgebiet lebt oder arbeitet.

Wie wird eine Behinderung festgestellt?

Um eine Schwerbehinderung feststellen zu lassen, muss ein Antrag beim zuständigen Versorgungsamt gestellt werden. Antragsformulare gibt es dort, bei den örtlichen Fürsorgestellen und Sozialämtern, bei den Behindertenverbänden, eventuell bei der örtlichen AIDS-Hilfe, häufig auch bei den Schwerbehindertenvertretungen in Betrieben und Dienststellen. Das Versorgungsamt ermittelt, ob und in welchem Grad eine Behinderung vorliegt und ob die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sogenannter Nachteilsausgleiche gegeben sind.

Nach Abschluß des Verfahrens erhält die antragstellende Person einen Bescheid, in dem die Gründe für die Anerkennung und der Grad der Behinderung aufgeführt sind. Wenn der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, stellt das Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis aus, der gegenüber Behörden, Sozialleistungsträgern, Arbeitgebern usw. als Nachweis dient.

Was wird auf dem Schwerbehindertenausweis eingetragen?

Der Schwerbehindertenausweis ist grün. Auf der Rückseite des Ausweises werden der GdB und der Beginn der Gültigkeit eingetragen. In den für sogenannte Merkzeichen reservierten Feldern sind folgende ergänzende Eintragungen möglich:

- G für "Erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr" (gehbehindert)

Dieses Zeichen erhält, wer infolge einer altersunabhängigen Einschränkung des Gehvermögens Wegstrecken bis zwei Kilometer bei einer Gehdauer von etwa einer halben Stunde nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren gehen kann. Die Gehbehinderung kann auch durch innere Leiden verursacht sein, durch Anfälle oder Orientierungsstörungen.

- AG für "Außergewöhnlich gehbehindert"

Das Zeichen gilt für Menschen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder nur mit sehr großer Anstrengung bewegen können. Hierzu zählen Querschnittsgelähmte, Doppel-Oberschenkelamputierte usw.

- H für "Hilflos"

Als hilflos sind Menschen anzusehen, die infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend (also mehr als sechs Monate) für eine Reihe häufig und regelmäßig wiederkehrender Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremde Hilfe dauernd brauchen (z.B. beim An- und Auskleiden, beim Essen und bei der Körperpflege).

- Bl für "Blind"

Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind sind auch jene Menschen anzusehen, deren Sehschärfe auf beiden Augen nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei denen andere Störungen des Sehvermögens von solcher Schwere vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichkommen.

- RF für "Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht liegen vor"

Dieses Merkzeichen erhalten wesentlich Sehbehinderte, schwer Hörgeschädigte und Behinderte, die einen GdB von wenigstens 80 haben und wegen ihres Leidens allgemein von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen sind.

- 1. Kl. für "Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Benutzung der ersten Klasse mit einer Fahrkarte zweiter Klasse in der Eisenbahn liegen vor"

Das Merkzeichen erhalten Schwerkriegsbeschädigte (ab 70 v.H. MdE) unter bestimmten Voraussetzungen.

Welche Vorteile hat eine anerkannte Behinderung?

Unter die oben genannten "Nachteilsausgleiche" fallen vor allem Steuervergünstigungen. Anerkannt Schwerbehinderten wird bei der Einkommens- und Lohnsteuer ein pauschaler Steuerfreibetrag eingeräumt, der in graduellen Abstufungen gewährt wird und zur Zeit zwischen 600 Mark bei 25 bis 30 Grad und 2.760 Mark bei 95 bis 100 Grad liegt. Für Blinde und Hilflose sowie für Behinderte der Pflegestufe III erhöht sich der Betrag auf 7.200 Mark unabhängig davon, ob eine Pflegekraft beschäftigt wird. Der Freibetrag wird von der ausstellenden Gemeinde in der Lohnsteuerkarte eingetragen. Bei einem Behinderungsgrad, der über 25, aber unter 50 liegt, wird dieser Freibetrag nur in Ausnahmefällen gewährt, z.B. wenn die körperliche Beweglichkeit dauernd beeinträchtigt ist oder durch eine typische Berufskrankheit hervorgerufen wird oder wenn die Behinderung bereits zum Bezug einer Rente berechtigen würde.

Schwerbehinderte mit einer Gehbehinderung oder einem GdB über 70 können statt des üblichen Pauschalbetrages für die Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte die tatsächlichen Fahrtkosten von der Steuer absetzen. Hierzu gehören neben den Betriebs-, Reparatur- und Pflegekosten des Fahrzeuges auch Garagenmiete, Steuern, Versicherungen und Parkgebühren in angemessenem Umfang. Zusätzlich können sie die sogenannten Leerfahrten geltend machen, wenn sie das

Auto wegen der Behinderung nicht selbst führen können und deswegen zur Arbeit gebracht oder wieder abgeholt werden müssen.

Auskünfte über diese und andere steuerliche Fragen (z.B. Grundsteuer, Erbschafts- und Schenkungssteuer, Umsatz- und Vermögenssteuer) gibt das zuständige Finanzamt. Dort ist auch die aktuelle Höhe der verschiedenen Freibeträge zu erfahren.

Auch beim Wohngeld gibt es für Schwerbehinderte (ab GdB 80 oder Pflegebedürftige ab GdB 50) Sonderregelungen. Auskünfte erteilen die Wohngeldstellen der zuständigen Gemeinde.

Welche arbeitsrechtlichen Bestimmungen gelten für Schwerbehinderte?

Bei diesem umfangreichen Themengebiet, in dem oft Einzelfallentscheidungen getroffen werden, beschränke ich mich auf die am häufigsten gestellten Fragen:

- Mitteilungspflicht

Die schwerbehinderte Person ist nur dann verpflichtet, den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin über ihre Schwerbehinderung zu unterrichten, wenn dieser/diese ausdrücklich, z.B. im Einstellungsgespräch, danach fragt. Dabei muss nur die Tatsache der Behinderung, nicht aber die Art der Behinderung genannt werden. Ist jedoch die Art der Behinderung für die auszuübende Tätigkeit von ausschlaggebender Bedeutung, ist dies dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin unaufgefordert mitzuteilen.

- Kündigungsschutz

Der Kündigungsschutz nach den §§ 15-22 ist ein Kernstück des Schwerbehindertengesetzes. Es gilt für Schwerbehinderte und Gleichgestellte, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, also Arbeitnehmer/innen sind. Dazu gehören auch leitende Angestellte. Der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin darf das Arbeitsverhältnisses von Schwerbehinderten nicht ohne die vorherige Zustimmung der Hauptfürsorgestelle kündigen. Diese Zustimmung ist der wesentliche Inhalt des Kündigungsschutzes. Eine Kündigung ohne die Zustimmung der Hauptfürsorgestelle ist unwirksam. Sie kann auch nicht nachträglich durch die Hauptfürsorgestelle genehmigt werden.

Schwerbehindertenausweis - ja oder nein?

Ob es für Menschen mit HIV und AIDS sinnvoll ist, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen, lässt sich nicht generell sagen. Die Entscheidung dafür oder dagegen muss individuell getroffen werden und hängt ab von der aktuellen Lebenssituation, den Plänen für die nächste Zukunft oder auch dem Wunsch nach Veränderung, z.B. im Berufsleben.

Was die Anerkennung von HIV-infizierten Menschen als schwerbehindert anbetrifft, ist folgender Trend festzustellen: Während vor einigen Jahren eine Schwerbehinderung noch sehr „großzügig" zuerkannt wurde, haben sich die Bemessungskriterien heute eher verschärft.

In Berlin ist übrigens ein Viertel der Bevölkerung - das sind über 850.000 Menschen - anerkannt schwerbehindert. Diese Zahl hat mich doch ziemlich beeindruckt.

Wolfgang Kohl, Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge; arbeitet seit 1986 im AIDS-Bereich; seit 1994 bei „zuhause im Kiez gGmbH (ziK)", Wohnprojekt für Menschen mit HIV und AIDS im Rahmen einer Wohnraumclearingstelle in Berlin.

AIDS-HILFE ALS ARBEITGEBERIN - ERFAHRUNGEN AUS DER AIDS-HILFE KÖLN E.V.

Heidi Eichenbrenner

Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen hängt stark ab von der Motivation, den beruflichen Erfahrungen und der Fähigkeit, eine persönliche Zukunft für sich zu entwerfen. Ihr Grad ist bestimmt durch persönliche und fachliche Kompetenzen - und vor allem durch das ganzheitliche Wohlbefinden des Menschen. Nicht zuletzt richtet sich die Arbeitsfähigkeit auch nach den Erfordernissen der Arbeit und damit nach dem Arbeitsmarkt.

AIDS-Hilfen sind für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten - seien sie HIV-bedingt oder nicht - oftmals Wunscharbeitgeber. Von den Kolleginnen und Kollegen wird erhofft, dass sie mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen angemessen umgehen können und Verständnis zeigen, falls Rücksichtnahme erforderlich ist. Wer sich seelisch und/oder körperlich schlecht fühlt oder über längere Zeit krank ist, erwartet Unterstützung und Hilfe.

Gemäß ihrem Leitbild steht AIDS-Hilfe für Respekt vor den Mitmenschen, Akzeptanz der Lebensstile und Verständnis für die jeweilige Lebenssituation. Ihre Mitarbeiter/innen sollten daher ein Klima der Solidarität und Menschlichkeit als ebenso selbstverständlich voraussetzen können wie eine behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes (z.B. Aufzug, rollstuhlgerechte Toiletten).

Zugleich ist AIDS-Hilfe ein Betrieb, an dessen Leistungspalette professionelle Anforderungen gestellt werden. Der Service soll bedarfsorientiert, effektiv und effizient sein und reibungslos funktionieren, und zwar rund um die Uhr. Darüber hinaus wird von der AIDS-Hilfe eine originelle, innovative und stets zielgruppennahe Projektarbeit erwartet. Dies ist vor allem notwendig, um im Wettbewerb mit anderen Anbietern/Anbieterinnen von sozialen Dienstleistungen eine gute Marktposition zu erreichen und die Finanzierung von Standardaufgaben und zusätzlichen Projekten zu sichern.

Was den Leistungs- und Erfolgsdruck angeht, unterscheiden sich soziale Betriebe - also auch die AIDS-Hilfe - nur wenig von denen in anderen Branchen.
Wie lassen sich nun die Erwartungen behinderter oder chronisch kranker Kolleginnen und Kollegen sozialverträglich mit betrieblichen Erfordernissen in Einklang bringen? Nehmen wir als Beispiel die AIDS-Hilfe Köln (AHK).

Ein Modell für angemessene Arbeitsbedingungen

In der AHK ist ca. ein Drittel der zur Zeit 28 Mitarbeiter/innen HIV-positiv bzw. an AIDS erkrankt; einige Mitarbeiter/innen sind aufgrund anderer Erkrankungen behindert. Die Vereinspolitik war über Jahre von der Idee getragen, Menschen mit HIV und AIDS und anderen Behinderungen für die Arbeit zu gewinnen und in den ArbeitsProzess zu integrieren. Bei der Umsetzung dieser Idee kam es jedoch zu Konflikten.

Betrachten wir z.B. das Verhältnis zwischen Berater/innen und Klient/innen, das über den Service definiert wird und in dem die Rollen klar verteilt sind: Erstere helfen, zweiteren wird geholfen. Leistet eine HIV-positive bzw. in irgendeiner Weise behinderte Person die Beratung, könnten die Rollen durcheinander geraten. Ihre Leistungs- und Belastungsfähigkeit wird ohne sachliche Prüfung in Frage gestellt. Auf der psychodynamischen Ebene werden behinderte Mitarbeiter/innen sehr schnell zu Klienten/ Klientinnen. Die nicht-behinderten Kollegen und Kolleginnen fühlen sich, ohne dass darüber gesprochen wurde, zur Unterstützung verpflichtet. Unter diesen nicht geklärten Konflikten leidet die Arbeitsatmosphäre.

In der AHK rangen die Mitarbeiter/innen einschließlich Geschäftsführung und Vorstand jahrelang um einen Weg, der die Solidarität am Arbeitsplatz mit betrieblichen Aufgaben und Leistungseffizienz verbindet. Das Ergebnis war die Idee, ein Modell für angemessene Arbeitsbedingungen im Miteinander von behinderten und nicht-behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schaffen. Eine entspre-

chende Vereinbarung wurde entwickelt, der alle zugestimmt haben. Sie gilt für alle Behinderungen und Krankheiten, ist also nicht auf AIDS beschränkt.

Betriebsvereinbarung zu Arbeitsbedingungen für infizierte und erkrankte Mitarbeiter/innen und ihre Kollegen/Kolleginnen in der AIDS-Hilfe Köln e.V.

Präambel

Das Selbstverständnis von Arbeit in AIDS-Hilfen als Selbsthilfe beinhaltet auch für die AIDS-Hilfe Köln e.V. seit ihrer Gründung die Mitarbeit von Menschen mit HIV und AIDS, von Infizierten und Erkrankten.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der AIDS-Hilfe Köln e.V. für die Besetzung der hauptamtlichen Stellen beschlossen, dass alle Ausschreibungen den Zusatz tragen sollen: "Die AIDS-Hilfe Köln e.V. ist auch Arbeitgeber von Menschen mit HIV und AIDS." Somit wird auch nach außen deutlich, dass Menschen mit HIV und AIDS in allen Arbeitsbereichen mitarbeiten können.

Die AIDS-Hilfe Köln e.V. erkennt die Notwendigkeit, angemessene Arbeitsbedingungen für MitarbeiterInnen mit HIV und AIDS zu schaffen. Die dafür erforderlichen Regelungen beziehen sich analog auf alle anderen Situationen, in denen eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit durch eine Infektion oder Erkrankung vorliegt.

Ebenso wird die Dringlichkeit wahrgenommen, Regelungen für die Pflege und Betreuung erkrankter Lebenspartner/innen zu treffen. Berücksichtigung müssen darüber hinaus auch die Belange der Kollegen/Kolleginnen in den Teams finden.

Aus diesen Gründen treffen die AIDS-Hilfe Köln e.V., vertreten durch den Vorstand und die Geschäftsführung, und die MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe Köln e.V., vertreten durch den Betriebsrat, folgende Vereinbarungen:

§ 1: Rechte von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit HIV und AIDS und anderen arbeitseinschränkenden Infektionen oder Erkrankungen

(1) Für alle hauptamtlichen Mitarbeiter/innen besteht die gleiche materielle Absicherung. Dazu gehört eine sechswöchige hundertprozentige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

(2) Den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit HIV und AIDS oder mit anderen arbeitseinschränkenden Infektionen oder Erkrankungen wird es ermöglicht, unabhängig von den Voraussetzungen des § 24 Abs. 1 Schwerbehindertengesetz eine Person ihres Vertrauens zu wählen, der die Aufgaben und Befugnisse der Vertrauensperson der Schwerbehinderten entsprechend eingeräumt werden.

Die Vertrauensperson kann ggf. an allen Sitzungen des Betriebsrates beratend teilnehmen.

Das Wahlverfahren ist Gegenstand einer gesonderten Ausschreibung.

(3) Für Mitarbeiter/innen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht Vollzeit arbeiten können, räumt der Betrieb nach Möglichkeit Angebote zu Teilzeitarbeit ein.

Den Wünschen der Mitarbeiter/innen nach individueller Arbeitszeitverkürzung (z.B. Teilzeitarbeit, unbezahlter Sonderurlaub) wird soweit wie möglich entsprochen.

Da bei Teilzeitverträgen der Zeitanteil für die Teilnahme an Hauskonferenzen, Teamsitzungen, Supervisionen etc. prozentual höher ist als bei Vollzeitbeschäftigten, müssen dafür im Einzelfall individuelle Regelungen getroffen werden.

§ 2: Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeiter/innen

(1) Zur allmählichen Wiedereingliederung lange erkrankter Mitarbeiter/innen wird soweit wie möglich

vom „Hamburger Modell" der Krankenkasse Gebrauch gemacht.

Dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V steht nicht entgegen, dass während der Arbeitsunfähigkeit eine schrittweise, medizinisch begründete allmähliche Arbeitsbelastung einsetzt.

(2) Eine stufenweise Wiedereingliederung ist sinnvoll, wenn eine Rückkehr an den Arbeitsplatz aus therapeutischen Gründen angesagt ist.

Die betroffenen Arbeitnehmer/innen werden individuell, d.h. je nach Krankheit und bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit, schonend, aber kontinuierlich an die Belastung des bisherigen Arbeitsplatzes in der AIDS-Hilfe Köln e.V. herangeführt. Mit der medizinisch kontrollierten, langsameren Beanspruchung tritt keine Arbeitsfähigkeit ein. Maßstab zur Beurteilung einer wiedererlangten vollständigen Arbeitsfähigkeit ist die bisher verrichtete Tätigkeit. Die Mitarbeiter/innen erhalten dadurch die Möglichkeit, die Belastbarkeit entsprechend dem Stand der wiedererreichten körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsfähigkeit allmählich zu steigern. Nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale Gründe können für eine Wiedereingliederung maßgebend sein.

(3) Eine stufenweise Eingliederung ist allerdings nur möglich, wenn

a) ein Arzt/eine Ärztin (Hausarzt/-ärztin oder Arzt/Ärztin des Medizinischen Dienstes) diese Maßnahme befürwortet und nach § 74 SGB V auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeit angibt und

b) sowohl der/die Mitarbeiter/in als auch die AIDS-Hilfe Köln e.V. einer solchen Maßnahme zustimmen.

Sollte letzteres nicht der Fall sein, erhalten die entsprechenden Mitarbeiter/innen weiterhin Krankengeld.

(4) Aufgrund sehr differenzierter Sachverhalte bedarf es individueller Entscheidungen. Die Gesamtdauer der Wiedereingliederung sollte sechs Monate nicht überschreiten.

(5) Sofern die Teilbeschäftigung aus medizinischen Gründen wieder eingestellt werden muss, dürfte von einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 SGB V auszugehen sein, mit der Folge, dass ein Antrag auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (evtl. Rentenantrag) gestellt wird.

(6) Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V besteht nach geltender Rechtsprechung grundsätzlich kein Anspruch auf Teilarbeitsentgeld. Vermindert Arbeitsfähige werden demzufolge so gestellt, als wären sie voll arbeitsunfähig.

Arbeitnehmer/innen und AIDS-Hilfe Köln e.V. können jedoch den Arbeitsvertrag einvernehmlich vorübergehend in einen solchen mit verkürzter Arbeitszeit oder mit verändertem Vertragsgegenstand umwandeln oder aber zu dem in seinen Hauptpflichten ruhenden ursprünglichen Arbeitsverhältnis ein weiteres befristetes Arbeitsverhältnis mit zeitlicher oder inhaltlicher Änderung begründen.

Voraussetzung hierfür ist aber, dass die Parteien - unter Hinzuziehung des Betriebsrates - eine entsprechende Vereinbarung ausdrücklich treffen und sich darin auf eine bestimmte Vergütung für die im Rahmen der Wiedereingliederung erbrachten Tätigkeit einigen. Erfolgt dies nicht, besteht kein Anspruch auf Teilarbeitsgeld.

(7) Bei Anträgen auf eine stufenweise Wiedereingliederung ist daher stets zu klären, ob eine Vereinbarung über die Zahlung von Arbeitsentgelt abgeschlossen wurde.

Trifft dies zu, kann der/die Mitarbeiter/in für die geleistete Arbeit Arbeitsentgelt beanspruchen. In diesem Fall zahlt die Krankenkasse neben dem entsprechend geminderten Arbeitsentgelt Teilkrankengeld.

Das gewährte Arbeitsentgelt ist nach § 224 Abs. 1 Satz 2 SGB V beitragspflichtig.

§ 3 Absicherung der Kollegen/Kolleginnen

(1) Die Mitarbeiter/innen der AIDS-Hilfe Köln e.V. akzeptieren eine etwaige Mehrbelastung, die durch eine Zusammenarbeit mit Menschen mit HIV und AIDS oder anderen arbeitseinschränkenden Infektionen oder Erkrankungen auf sie zukommen könnte.

Eine Mehrbelastung kann in diesem Zusammenhang sowohl entstehen durch die zu treffenden Vertretungsregelungen als auch durch die Übernahme von Betreuungsaufgaben.

(2) Um die Erfüllung der originären Arbeitsaufträge sicherzustellen, schafft die AIDS-Hilfe Köln e.V. die finanziellen, organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für einen ausreichenden Ausgleich dieser Mehrbelastung.

Zur Finanzierung von Vertretungen wird ein eigener jährlicher Etat im Haushalt der AIDS-Hilfe Köln e.V. von zunächst DM 30.000 eingerichtet.

(3) Im Falle der Erkrankung eines Kollegen/einer Kollegin können bis zu zwei hauptamtliche Mitarbeiter/innen Betreuungsaufgaben auch im Rahmen ihrer Arbeitszeit übernehmen.

Die dafür erforderliche Stundenzahl wird im Einzelfall mit den Fachaufsichten und der Geschäftsführung abgestimmt.

Analog dazu werden individuelle Regelungen auch für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen getroffen.

(4) Um einen geordneten Betriebsablauf zu gewährleisten und die arbeitsmäßige und emotionale Belastung so gering wie möglich zu halten, sollten Kollegen/Kolleginnen aus dem Team des/der Erkrankten nicht zugleich Vertretungs- und Betreuungsaufgaben übernehmen.

In individueller Absprache mit Fachaufsichten und Geschäftsführung können auch hauptamtliche Mitarbeiter/innen anderer Teams sowie ehrenamtliche Mitarbeiter/innen Betreuungsaufgaben übernehmen. Dabei müssen Kapazitätsgrenzen beachtet werden. Die bereits früher getroffenen Betreuungsregelungen können auch hier Anwendung finden.

(5) Haupt- und Ehrenamtliche, die in Absprache Betreuungsaufgaben übernehmen, werden vom jeweiligen Team, den Fachaufsichten und ggf. der Geschäftsführung unterstützt. Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen erhalten zudem Unterstützung von den für sie zuständigen hauptamtlichen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen.

(6) Das vorhandene Personal hat bei der bestehenden Arbeitsbelastung nur wenig zeitliche Kapazität für Vertretungen. Da bei Vertretungsregelungen immer auch entschieden wird, was nicht vertreten werden kann, muss es auch möglich sein, Entscheidungen zu treffen, die in letzter Konsequenz das Angebot des Hauses reduzieren.

Diese Entscheidung darf dabei nicht allein in der Verantwortung der jeweiligen Mitarbeiter/innen liegen. Wenn ein Team allein die Vertretungsaufgaben für eine/n oder mehrere Mitarbeiter/innen nicht mehr bewältigen kann, muss vor Wegfall eines Arbeitsbereichs individuell abgestimmt werden, ob teamübergreifende Lösungen möglich sind, wo sie inhaltlich Sinn machen, oder ob ggf. Vertretungen auch durch Honorarverträge ermöglicht werden können.

Die Teams, die Fachaufsichten und die Geschäftsführung erstellen darüber hinaus gemeinsam Prioritätenlisten, die festlegen, welcher Arbeitsbereich im Vertretungsfall zuerst wegfallen kann. Der Verein - vertreten durch Geschäftsführung und Vorstand - und der Betriebsrat müssen diesen Prioritätenlisten jeweils zustimmen.

(7) Arbeitsrechtliche Maßnahmen (wie z.B. Kündigungen) werden auf Antrag der Betroffenen für zwei Wochen ausgesetzt, wenn diese ankündigen, einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gemäß § 3 Schwerbehindertengesetz zu stellen.

Nach Antragstellung bis zur bestandskräftigen Entscheidung über den Antrag findet das Schwerbehin-

dertenrecht auf die arbeitsrechtliche Maßnahme rückwirkend Anwendung.

§ 4 Pflege und Betreuung von erkrankten Angehörigen und LebenspartnerInnen

(1) Zur Pflege von erkrankten Angehörigen und Lebenspartnern/-partnerinnen wird im folgenden von den Bestimmungen des § 50 BAT 1 und der Pflegeversicherung Gebrauch gemacht und auf die Gegebenheiten der AIDS-Hilfe Köln e.V. angepaßt:

(2) Angestellten soll auf Antrag Sonderurlaub ohne Fortzahlung der Bezüge gewährt werden, wenn sie

a) mindestens ein Kind unter 18 Jahren oder
b) einen nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen oder
c) einen/eine Lebenspartner/in (bei einer Beziehung, die bereits mindestens sechs Monate andauert)

tatsächlich betreuen oder pflegen und dringende dienstliche bzw. betriebliche Belange nicht entgegenstehen.

Der Sonderurlaub ist auf bis zu fünf Jahre zu befristen. Er kann verlängert werden; der Antrag ist spätestens sechs Monate vor Ablauf des Sonderurlaubs zu stellen.

Die Zeit des Sonderurlaubs gilt nicht als Beschäftigungszeit. Ein Sonderurlaub darf nicht unterbrochen werden für Zeiträume, in denen keine Arbeitsverpflichtung besteht.

(3) Ist ein hauptamtlicher Mitarbeiter/eine hauptamtliche Mitarbeiterin nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden mit der Pflege eines/einer pflegebedürftigen Angehörigen oder Lebenspartners/Lebenspartnerin in dessen/deren häuslicher Umgebung beschäftigt, gilt er/sie als Pflegeperson und kann die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Die Pflegeversicherung zahlt neben einem Pflegeentgelt auch Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung.

(4) Für die Dauer des Sonderurlaubs kann die AIDS-Hilfe Köln e.V. Zeitverträge zur Absicherung des Arbeitsbereichs vergeben. Hinweis für die Graphikerin: Unterlegung Ende

Impulse für sozialverträgliche Lösungen

In der Beratung anderer kleinerer oder mittlerer Betriebe wurde für uns deutlich, dass unsere Erfahrungen durchaus auf andere Branchen übertragbar sind. Letztendlich verankert das Mitarbeitermodell eine betriebliche Haltung zum Umgang mit Krankheit und Behinderung und gibt Vorschläge zur Operationalisierung.

Seitdem die Mitarbeitervereinbarung unterzeichnet wurde, hat sich in der AHK die Haltung gegenüber Neueinstellungen, z.B. von Menschen mit HIV und AIDS, entspannt. In einer Umfrage in der Belegschaft äußerten sich die meisten Kollegen und Kolleginnen sehr zufrieden, dass es mit dieser Vereinbarung eine festgeschriebene Regelung im Krankheitsfall gibt. Sie betonten dabei, wie wohltuend der garantierte Anspruch auf Vertretung für den Arbeitsalltag ist. Andererseits wurde es als Erleichterung empfunden, dass Mitarbeiter/innen, die eine Vertretung übernehmen, einen geregelten Anspruch auf Entlastung haben. Als sehr positiv bewerteten es die Befragten, dass die Vereinbarung Krankheit als Mobbingfaktor ausschließt und dass sie nicht auf AIDS beschränkt ist. Kollegen und Kolleginnen, die Angst vor längerer Krankheit haben, begrüßen vor allem die Möglichkeit, flexible Arbeitsmodelle für den Ausstieg bzw. den Einstieg ins Erwerbsleben (z.B. Hamburger Modell) ausprobieren zu können.

Insgesamt kam in der Befragung zum Ausdruck, dass die AHK als eine Solidargemeinschaft verstanden wird, die ihrem Selbstverständnis durch einen angemessenen Umgang mit Krankheit gerecht wird. Die Mitarbeitervereinbarung prägt auch die Außendarstellung der AHK. Ihre Stellenausschreibungen tragen den Zusatz: "Die AIDS-Hilfe Köln ist auch Arbeitgeber für Menschen mit HIV und AIDS." (Eine Weiterentwicklung wäre sicher der Zusatz: "Bei gleicher Qualifikation werden Bewerbungen von Menschen mit HIV und AIDS bevorzugt behandelt.")

Sämtliche Mitarbeiter/innen gaben außerdem an, dass die vereinbarte Regelung im Krankheitsfall die Motivation fördert und sich positiv auf die Arbeitsatmosphäre und den kollegialen Umgang auswirkt. 1998 haben viele Kolleginnen und Kollegen keinen Tag oder nur wenige Tage gefehlt; die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei sechs Tagen. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld mag in diesem Zusammenhang eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Nach unserem Eindruck ist das Zugehörigkeitsgefühl im Team und damit die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit behinderten Kolleginnen und Kollegen deutlich gewachsen. Das Selbstverständnis der Berater/innen wird flexibler, wenn sie in das Helfersystem eingebunden sind.

Zugleich entwickeln sich im Arbeitsalltag und in der vertrauensvollen kollegialen Zusammenarbeit Erfahrungswerte, was jeder/jede einzelne unabhängig von einer Behinderung an Arbeitskraft einbringen kann. Diese Erfahrungswerte sind nicht in Leistungskategorien festgeschrieben, sondern werden je nach gesundheitlichem Wohlbefinden neu verhandelt. Möglicherweise ist dies ein Weg, Behinderung nicht als Stigma und Vorstufe zur Ausgrenzung am Arbeitsplatz zu sehen.

Wir beobachten, dass der Umgang mit Krankheit achtsamer, aber auch selbstverständlicher und alltäglicher geworden ist. Entscheidend dafür ist die gemeinsame Einsicht, dass jeder/jede von uns so krank oder durch die Erkrankung eines Angehörigen so belastet werden kann, dass er/sie nicht mehr über die erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt.

Probleme entstehen, wenn Mitarbeiter/innen allein aufgrund ihres Status als HIV-infizierter oder behinderter Mensch ständig eine Sonderbehandlung beanspruchen, ohne sich im Kollegenkreis über ihr aktuelles Befinden und über akute Belastungen und Beschwerden zu äußern. Solidarisches Miteinander am Arbeitsplatz erfordert Vertrauen, und dafür braucht es die Bereitschaft zu Transparenz und Kommunikation. Wenn jemand wochenlang zu Hause "abtaucht" und nur durch "gelbe Zettel" (Krankschreibung) kommuniziert, ist die Vertretung zwar auch über die Mitarbeitervereinbarung getragen, aber der Konsens, der zu diesem Modell geführt hat, ist empfindlich gestört. Gleichermaßen erfordert das Modell auch die Bereitschaft, für eine Zeitlang kürzer zu treten und Arbeitsbereiche abzugeben, wenn man krankheitsbedingt überfordert und in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Die Mitarbeitervereinbarung der AHK will zeigen, dass niemand als Person ersetzbar ist. Vielleicht erleichtert dies den Schritt zum zeitweiligen Um- oder Ausstieg. Dieses Modell kann Impulse für sozialverträgliche Lösungen im Arbeitsleben mit Behinderungen geben. Zumindest wird darin versucht, beim Abbau von Stigmatisierung und Ausgrenzung neue Maßstäbe zu setzen.

Heidi Eichenbrenner, Jahrgang 1952, Dipl.-Pädagogin; berufstätige Mutter, langjährige berufliche Erfahrungen in der Drogenhilfe; seit 1988 in der AIDS-Hilfe Köln in Aufklärung, Prävention, Projektentwicklung und seit drei Jahren in der Geschäftsleitung tätig

KOMBINATIONSTHERAPIE UND ARBEIT

Dr. Friedrich Glässel

Früher, als es noch keine Möglichkeiten gab zur Behandlung der Grunderkrankung, der HIV-Infektion selbst, bedeutete eine HIV-Diagnose oft den endgültigen Abschied vom Arbeitsalltag. Die Betroffenen, meist relativ junge Menschen, mussten mit einem vorzeitigen Tod rechnen. Die Krankheit brachte Diskriminierung und den Rückzug aus allen sozialen Bezügen mit sich.

Es bestanden zwar Hilfsangebote zur Bewältigung der Krankheit und zur Vorbereitung auf Sterben und Tod, nicht aber zur Förderung langfristiger (Über-)Lebensstrategien. Auch durch das erste verfügbare Therapeutikum, AZT, veränderte sich diese Situation nur unwesentlich. Diese Monotherapie versagte meist sehr schnell und hatte zudem eine Verschlechterung der Lebensqualität zur Folge. In Ermangelung wirksamer pharmazeutischer Therapien sah man oft die einzige Überlebensstrategie in der Anwendung alternativer Methoden oder in der Nutzung von Angeboten diverser Selbsthilfegruppen in den Bereichen Psychotherapie, Kunsttherapie und Sporttherapie. Dies war auch die Grundlage für die Entwicklung einer positiven Patientenidentität.

Eine einschneidende Änderung dieser Lage ergab sich etwa 1995, als neue antiretrovirale Medikamente verfügbar wurden. Patienten und Patientinnen, die bereits schwer erkrankt waren, konnten dadurch eine deutliche Verbesserung ihres Krankheitsbildes erzielen. Damit wurden neue Perspektiven eröffnet: Plötzlich war es wieder möglich, an die Zukunft zu denken, Beschäftigungsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen und Beziehungen einzugehen. In den Medien wurde diese Trendwende relativ euphorisch dargestellt. Die tieferliegenden Problematiken wurden dabei jedoch kaum beachtet.

Zwar sind deutliche Therapiefortschritte erreicht worden, von einer Heilung kann jedoch keine Rede sein. HIV kann derzeit noch nicht vollständig aus dem Körper entfernt werden. Die Betroffenen sind weiterhin mit einer komplexen Problematik konfrontiert; sie müssen lernen, sich an ein exakt vorgeschriebenes Zeitraster zu halten, sie müssen weiterhin mit den HIV-bedingten gesundheitlichen Einschränkungen leben und die zum Teil gravierenden Nebenwirkungen ertragen. Die relativ komplizierte Einnahme der Tabletten - einige müssen nüchtern, andere mit spezieller Nahrung geschluckt werden, wobei der Zeitpunkt jeweils präzise vorgeschrieben ist - und die häufigen unerwünschten Nebenwirkungen wie z.B. Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Neuropathien, Müdigkeit oder Konzentrationsstörungen behindern HIV-infizierte Menschen bei ihrer Arbeit und tragen wesentlich dazu bei, dass viele von ihnen nicht mehr dauerhaft einer geregelten Beschäftigung nachgehen können.

Voraussetzung für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess: Flexible Arbeitszeitmodelle

Hinzu kommen relativ häufige Arzttermine zwecks Überprüfung der Laborwerte und regelmäßige weitere fachärztliche Kontrolluntersuchungen (Augenuntersuchungen, Röntgen, Gastroenterologie, Neurologie usw.). Viel Zeit nehmen auch begleitende Angebote in den Bereichen Kunst-, Psycho-, Physio- und Sporttherapie sowie psychosoziale Beratungsgespräche in den AIDS-Hilfen oder AIDS-Beratungsstellen in Anspruch. Diese Angebote können die Bereitschaft zur Mitwirkung an der Therapie („Compliance") unterstützen, und sie helfen bei der Verarbeitung des individuellen Schicksals. Andererseits tragen sie aber auch dazu bei, dass der/die Einzelne eine Identität als „Kranke/r" herausbildet. Das bedeutet, dass die tatsächlich noch vorhandene Restgesundheit nicht mehr so wahrgenommen wird, wie dies angemessen wäre.

Eine vollständige Rückkehr ins Berufsleben wird daher auch mit den neuen Therapiemöglichkeiten nur in Einzelfällen möglich sein. Für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess brauchen Menschen mit HIV und AIDS flexible Tätigkeits- und Arbeitszeitmodelle, die auf ihre individuelle Situation zugeschnitten sind, die also ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten und Interessen entgegenkommen, mögliche Leistungsschwankungen und Krankheitsphasen berücksichtigen und jederzeit auf Veränderungen reagieren können. HIV-positiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern muss es ermöglicht werden, ungestört ihre Medikamente einzunehmen, Ruhepausen einzulegen, den Arzt/die Ärztin und andere Unterstützer/innen anzurufen und spontan wichtige Termine wahr zu nehmen.

Bei der Konzeption solcher Modelle sollten die behandelnden HIV-Schwerpunktärzte/-ärztinnen, die zunehmend auch arbeitsmedizinische Aspekte mit in ihre ärztliche Tätigkeit einfließen lassen müssen, einbezogen werden. Bereits bestehende Modelle, wie sie bei Menschen angewendet werden, die durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krebs aus dem regulären Erwerbsleben herausgerissen wurden, können zur Orientierung dienen. Es würde sich anbieten, z.B. während einer Krankschreibung und einer Reha-Phase die individuelle Belastbarkeit zu ermitteln. Dafür müsste eine spezielle Evaluierungsmethode entwickelt werden, da für HIV-Erkrankte bisher keine Erfahrungsdaten vorliegen. Diese Beurteilungsmethode sollte der jeweiligen Situation der Betroffenen gerecht werden und darüber hinaus eine arbeitsmedizinisch und rechtlich bindende Aussage ermöglichen.

Für viele Erkrankte ist eine teilweise Rückkehr in den Arbeitsalltag sicherlich sinnvoll. Sie erleben dadurch ihre „gesunde" Seite wieder, sie müssen sich Herausforderungen stellen, und die Arbeit hilft ihnen auch dabei, eine geregelte Tagestruktur zu finden.

Eine andere Frage ist es, ob und wie weit sich HIV-positive Arbeitnehmer/innen als erkrankt „outen" sollten. Bei der Einstellung sollte der/die Arbeitgeber/in auf alle Fälle über den Grad und die Form der Schwerbehinderung im Bild sein, wobei es nicht zwingend ist, die Art der Grunderkrankung zu nennen. Es könnte aber für die Arbeitnehmer/innen entlastend sein und das Vertrauensverhältnis am Arbeitsplatz fördern, wenn sie sich entschließen können, den/die Arbeitgeber/in und gegebenenfalls auch die Kollegen und Kolleginnen über ihre Situation zu informieren. Erfahrungsgemäß ist es von Vorteil, jedes belastende Versteckspiel zu vermeiden.

Die Entscheidung, ob HIV-infizierte Arbeitnehmer/innen in Rente gehen sollten oder nicht, sollte vom jeweiligen Gesundheitszustand abhängig gemacht werden. Der schwankende Verlauf der Krankheit, die Nebenwirkungen und mögliche Folgen der Belastungen des Arbeitsalltags erschweren in ihrer Gesamtheit für HIV-Schwerpunkt-Ärzte/-Ärztinnen die Beurteilung, ob die Voraussetzungen zur Rente erfüllt werden oder nicht. Dabei sollte auch überprüft werden, inwieweit Veränderungen am Arbeitsplatz eine Weiterführung der Berufstätigkeit ermöglichen könnten. Dies gilt vor allem dann, wenn die betreffenden Arbeitnehmer/innen gute Laborwerte (relativ hohe Helferzellenzahl, niedrige Viruslast) vorweisen und von der eingeleiteten antiretroviralen Therapie profitieren, jedoch unter Nebenwirkungen leiden oder mit dem Zeitmanagement am Arbeitsplatz nicht zurecht kommen, so dass zusätzliche unterstützende Maßnahmen nötig sind – z.B. auch eine Kur oder Anschlussheilbehandlung. Gerade in solchen Fällen wird man sich oft sehr schwer tun, die gesetzlichen Normen, die für die Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsrente maßgebend sind, eindeutig und zweifelsfrei zu übertragen.

Deshalb empfehlen sich Modelle, die gerade bei HIV helfen könnten, eine eindeutigere Beurteilungsgrundlage zu schaffen. In der Zukunft werden deshalb Rehabilitationsverfahren - zum Beispiel die „Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess" - größere Bedeutung gewinnen, zumal auch viele Menschen mit HIV und AIDS der Berentung häufig ambivalent gegenüberstehen. Dieses Verfahren ist auch deshalb empfehlenswert, weil unter der Federführung der Krankenkasse evtl. Verbesserungsvorschläge und die Erfahrungen der Hauptfürsorgestelle mit einfließen könnten, um den Verbleib am Arbeitsplatz zu unterstützen. Es ist daher im Einzelfall zu prüfen, welche individuellen Strategien bei einer unklaren Ausgangslage zu verfolgen sind.

KRANKGESCHRIEBEN SEIN UND ARBEITEN – WIEDEREINGLIEDERUNG IN DEN ARBEITSPROZESS

Rudolf Tafelmeier

In der Vergangenheit wurden Menschen mit HIV und AIDS in der Regel aus dem Berufsleben ausgegliedert und nur in den seltensten Fällen wieder in den Arbeitsprozess reintegriert. In den AIDS-Hilfen und -Beratungsstellen dürften daher nur wenige Kenntnisse über die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess vorliegen.

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung geht es darum, bereits während der Krankschreibung eine Reintegration in den Arbeitsprozess zu erreichen. Seitdem die neuen antiretroviralen Kombinationstherapien zur Verfügugung stehen, lässt sich bei vielen Menschen mit HIV und AIDS die Frage, ob sie noch arbeitsfähig sind oder nicht, nicht immer eindeutig klären. Gerade wenn in dieser Frage Zweifel bestehen, sollte überlegt werden, ob nicht während der Krankschreibung der Weg zurück in das Berufsleben angesteuert werden sollte.

Ziel der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess:

Das Ziel dieses Verfahrens nach § 74 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist es, arbeitsunfähige Krankenversicherte nach länger andauernder schwerer Krankheit schrittweise und unter ärztlicher Begleitung wieder in die Berufswelt einzugliedern. Dabei wird am bisherigen Arbeitsplatz ein Belastungstraining durchgeführt, bei dem die Arbeitszeit und -belastung allmählich gesteigert werden. Dadurch soll der Rehaprozess günstig beeinflusst werden.

Diese Möglichkeit ist eine betriebsbezogene Maßnahme, also keine Leistung der medizinischen Rehabilitation, wie sie von den Rehabilitationsträgern LVA und BfA angeboten wird. Sie ist für alle Beteiligten freiwillig; arbeitsunfähige Berufstätige können und dürfen nicht zu einer Teilnahme gezwungen werden, denn nur die Freiwilligkeit kann auch den gewünschten therapeutischen Effekt bringen. Ebenso besteht auch für die Arbeitgeber/innen keine Verpflichtung, sich an dem Programm zu beteiligen. Ob ein/e Arbeitnehmer/in das Angebot in Anspruch nehmen kann, hängt also von der Zustimmung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin ab.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist dann sinnvoll, wenn man aufgrund schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung längere Zeit arbeitsunfähig war, Krankengeld bezieht und nach ärztlicher Feststellung die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder verrichten kann. Das trifft häufig für Menschen mit HIV und AIDS zu, wenn sich nicht eindeutig klären lässt, ob sie wieder arbeitsfähig sind oder nicht.

Der Gesetzgeber hatte bei der Verabschiedung des Paragraphen vor allem Arbeitnehmer/innen im Blick, die bei einer wochen- oder monatelangen Arbeitsunfähigkeit von schwereren und/oder chronischen Erkrankungen genesen - vor allem Herzinfarktpatienten/-patientinnen und Menschen, die an Gefäßerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen oder z.B. Hepatitis leiden. Wenn auch bisher sehr selten, so wurde diese Maßnahme mittlerweile auch bei HIV-Infizierten erfolgreich angewandt. Grundsätzlich gibt es dafür keine medizinischen Ausschlusskriterien. Aus ärztlicher Sicht muss aber eine ausreichende Belastbarkeit und eine günstige Aussicht für die berufliche Reintegration gegeben sein.

Wer das Angebot der Wiedereingliederung nutzt, gilt für die Dauer des Programms als arbeitsunfähig und hat, da man nicht die gleiche Leistung erbringen kann wie gesunde Kolleginnen und Kollegen, keinen Anspruch auf Lohn oder Gehalt, sondern auf Krankengeld. Es steht dem/der Arbeitgeber/in allerdings offen, ein freiwilliges Arbeitsentgelt zu zahlen.[11] In diesem Fall wird das Arbeitsentgelt auf das Krankengeld angerechnet.[12] Erkrankt ein/e Arbeitnehmer/in

[11] In vielen Firmen bestehen Betriebsvereinbarungen, die die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben betriebsi n-tern regeln.

[12] Viele Krankenkassen haben in Bezug auf die stufenweise Wiedereingliederung Sonderregelungen getroffen. Um einen finanziellen Anreiz zur Wiedereingliederung zu schaffen, kann z.B. ganz oder teilweise auf die Anrechnung

während der Maßnahme akut, bekommt er/sie weiterhin Krankengeld.

Für dieselbe Grunderkrankung erhält man innerhalb von drei Jahren insgesamt maximal 78 Wochen lang Krankengeld. Diese Frist gilt daher auch für die Teilnahme an einem Wiedereingliederungsprogramm.

Die schrittweise Arbeitsaufnahme gilt als beitragsgeminderte Zeit, und so treten keine rentenversicherungsrechtliche Nachteile auf. Erhält ein/e Arbeitnehmer/in während dieser Zeit ein verringertes Arbeitsentgelt, so spielt das bei der Arbeitslosengeldberechnung keine Rolle. Damit hat der Rehabilitant beim negativen Ausgang des Wiedereingliederungsversuchs keine Nachteile bei der Arbeitslosenversicherung.

Wenn sich Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in für eine stufenweise Wiedereingliederung entschieden haben, müssen folgende Punkte geklärt werden:

- ☐ Beginn und Ende der Maßnahme
- ☐ konkreter Verlauf
- ☐ evtl. Höhe des Arbeitsentgeltes
- ☐ Bedingungen, die einen einseitigen Abbruch des Programms zulassen
- ☐ Regelungen des bisherigen Arbeitsvertrages: Welche ruhen während des Verfahrens, welche bestehen weiter?

Sodann gilt es, gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin einen Stufenplan zu entwickeln, der sich der individuellen Situation des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin immer wieder neu anpasst und spezifische Probleme und Bedürfnisse (z.B. Medikamenteneinnahme, häufige Arztbesuche, psychotherapeutische/psychosoziale Begleitung) berücksichtigt. Dies kann sich als sehr schwierig erweisen, da die Bedingungen am Arbeitsplatz sich in der Regel an gesunden Arbeitnehmern/-nehmerinnen orientieren.

Die Arbeitsintervalle können bei einer täglichen Arbeitszeit von einer Stunde beginnen und bei einer vollschichtigen Tätigkeit enden. Flexibilität bedeutet dabei auch, dass Verantwortungsbereiche erst nach und nach wieder übertragen werden und dass der/die Betreffende allmählich an Stresssituationen herangeführt wird. Das Arbeitspensum wird je nach der individuellen Belastbarkeit gesteigert. Welcher Zeitraum für diesen Prozess angesetzt wird, muss von Fall zu Fall entschieden werden. In der Regel müssen sechs Monate eingeplant werden, in manchen Fällen mögen jedoch sechs Wochen genügen.

Es empfiehlt sich, die Teilnahme an einem Wiedereingliederungsprogramm so früh wie möglich einzuleiten, da häufig - z.B. nach vorangegangenen Krankschreibungen - nicht mehr der volle Anspruch auf 78 Wochen Krankengeldbezug besteht.

Einleitung des Verfahrens

Grundsätzlich können alle beteiligten Personen oder Institutionen eine stufenweise Reintegration anregen - also der/die Versicherte selbst, die behandelnden Ärzte/Ärztinnen, Berater/innen in AIDS-Hilfen und AIDS-Beratungsstellen, der/die Arbeitgeber/in, Betriebsräte, die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger. Zu Beginn des Verfahrens, das von der Krankenkasse koordiniert wird, erklärt der/die betreffende Arbeitnehmer/in schriftlich seinen Willen zur Wiedereingliederung und befreit alle Beteiligten von der Schweigepflicht. Im nächsten Schritt gibt der/die behandelnde Arzt/Ärztin eine Stellungnahme über den voraussichtlichen Erfolg der Maßnahme ab. Die Krankenkasse wendet sich dann an den/die Arbeitgeber/in und spricht die Modalitäten des Programms ab.

---

des Einkommens auf das Krankengeld verzichtet werden. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, Zuschüsse als ergänzende Leistungen der Krankenkasse bei Rehabilitation nach § 43 Nr.2 SGB V zu erhalten. Danach könnte das um das Arbeitsentgelt gekürzte Krankengeld bis zur Höhe des Nettoentgelts im Sinn von § 47 Abs. 1 SGB V gewährt werden. Darüber hinaus kann Mehraufwand z.B. für Fahrtkosten, Verpflegung etc. geltend gemacht werden.

Da für reintegrationswillige Arbeitnehmer/innen mit HIV und AIDS bisher so gut wie keine Erfahrungen vorliegen und die Arbeitsfähigkeit bei Menschen, die eine antiretrovirale Kombi-Therapie machen, sowohl von den Betroffenen selbst als auch von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen schwer eingeschätzt werden kann, ist hier eine ausführliche Beratung zwischen Krankenkasse, Arbeitgeber/in, Arbeitnehmer/in, Arzt/Ärztin und einer Fachkraft aus der AIDS-Hilfe bzw. -Beratungsstelle dringend erforderlich. Der/die Arbeitgeber/in müsste dann gegenüber der Krankenkasse und dem/der Arbeitnehmer/in die Bereitschaft erklären, die ärztlichen Bedingungen für den Wiedereingliederungsprozess zu akzeptieren.

Zur Vorbereitung des Stufenplans gilt es, ein Fähigkeitsprofil zu entwickeln, das auf folgende Fragen eingeht:

- ☐ Was kann der/die Arbeitnehmer/in offensichtlich noch leisten und was nicht?
- ☐ Welche konkreten Anforderungen und Belastungen sind am Arbeitsplatz gegeben und wie sollte die schrittweise Wiedereingliederung aussehen?
- ☐ Wie sollte der Arbeitsplatz gestaltet werden, welche belastenden Inhalte sollten verringert werden und welche flankierende Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) sollten mit einbezogen werden?
- ☐ Welche technischen Hilfsmittel können die Integration fördern?
- ☐ Welche Folgen hat eine Überforderung?
- ☐ Welche Folgen hat eine Unterforderung?

Im Stufenplan selbst wird dann genau geregelt, wie die einzelnen Phasen aussehen werden (Dauer und Abfolge der einzelnen Belastungsstufen), welche Tätigkeiten vermieden und welche notwendigen flankierenden Maßnahmen in der Arbeitsplatzgestaltung getroffen werden müssen und in welchen Abständen die ärztlichen Untersuchungen anzusetzen sind.

Bei den medizinischen Untersuchungen muss überprüft werden, ob der Stufenplan weiter verfolgt werden soll oder ob Abweichungen notwendig sind; ob die Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestehen wird und ob die Fortführung der Wiedereingliederung sinnvoll ist. Stellen sich dabei nachteilige gesundheitliche Folgen heraus oder ist der/die Kranke dem Programm nicht gewachsen, wird die Maßnahme abgebrochen. Der Arzt/die Ärztin bescheinigt dies schriftlich. Eine Veränderung im Zeitablauf oder in der Belastung des/der Kranken muss ebenfalls allen Beteiligten zur Zustimmung vorgelegt werden.

In der Regel werden für eine berufliche Reintegration sechs Wochen bis sechs Monate eingeplant. In dieser Zeit sollte die volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden. Ist dieses Ziel aber auch nach neun Monaten nicht erreicht, so ist zu prüfen, ob weitergehende medizinische, spezifisch berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation oder der Rentenbezug in Betracht kommen.

Stimmt der/die Arbeitgeber/in der Maßnahme nicht zu, gilt sie als gescheitert, und der/die Versicherte bezieht weiterhin Krankengeld oder bemüht sich um einen anderen Arbeitsplatz, der aber mit dem vorhergehenden vergleichbar sein sollte. Da Menschen mit HIV und AIDS in der Regel Schwerbehinderte sind, ist die Hauptfürsorgestelle im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeits- und Berufsleben zu beteiligen. Auch hier besteht die Möglichkeit, sich Rat und Unterstützung zu holen.

In der Vergangenheit wurde die stufenweise Wiedereingliederung von Arbeitnehmer/innen mit HIV/AIDS dann als sinnvoll erachtet, wenn für die Betroffenen unklar war, ob sie eine Berentung anstreben sollen oder nicht. Dies war vor allem dann der Fall, wenn sie die Bedingungen der antiretroviralen Therapie schlecht mit den Arbeitszeiten vereinbaren konnten oder unter Nebenwirkungen litten, sich aber dennoch zeitweise sehr kräftig fühlten. Diese Menschen konnten im Verlauf des Programms herausfinden, ob sie den Anforderungen der Arbeitswelt gewachsen sind oder lieber die Rente beantragen sollten.

Quelle:
Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
Schriftreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN BEIM AUSSTIEG AUS DER ARBEIT ODER BEIM WIEDEREINSTIEG IN DIE ARBEIT

Jutta Benker

Arbeit kann weit mehr sein als nur ein Mittel, den Lebensunterhalt zu sichern. Für viele Menschen ist sie eine sinnstiftende, sozial integrierende Tätigkeit, die das Selbstwertgefühl steigert und die Ich-Identität stärkt. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist daher für viele ein tiefer Einschnitt in ihrem Leben, der mitunter zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bzw. zu einem partiellen Identitätsverlust führen kann.

Besonders gefährdet sind hier natürlich Menschen, die nicht nach einem langen Arbeitsleben „wohlverdient" in Rente gehen, sondern aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden wollen bzw. müssen. Denn eine vorzeitige Berentung bedeutet in der Regel einen Biographiebruch, der nicht immer ohne weiteres zu verkraften ist. Bei meiner psychotherapeutischen Arbeit in der Münchner AIDS-Hilfe beobachte ich bei HIV-positiven Klienten und Klientinnen oft eine starke Ambivalenz, wenn es darum geht, sich mit dem Gedanken an eine mögliche vorzeitige Berentung vertraut zu machen. Sie befürchten nicht selten, dann nutzlos zu werden; hinzu kommt noch die Trauer über den Verlust an beruflicher Zukunft und an gesellschaftlichem Ansehen. Andererseits zeigen sie sich oft auch erleichtert, dem kräfteraubenden und damit eventuell lebensverkürzenden Arbeitsalltag entrinnen zu können.

Die Entscheidung für oder gegen eine Berentung muss daher wohlüberlegt getroffen werden (so sie nicht ohnehin vom schlechten Gesundheitszustand der Erkrankten diktiert wird). Hier gilt es, alle Vor- und Nachteile einer möglichen Berentung individuell zu prüfen und sorgfältig abzuwägen. Neben äußeren Faktoren wie dem Gesundheitszustand oder der finanziellen Situation der Ratsuchenden müssen alle relevanten psychischen Faktoren möglichst umfassend in die Überlegungen einbezogen werden. Darüber hinaus sollte aber auch deren persönliches Umfeld betrachtet werden, da sich hier in vielen Bereichen Veränderungen von unterschiedlicher Qualität und Quantität einstellen können, etwa im Freundeskreis, in der Partnerschaft und in der Sexualität.

Der letzte Arbeitstag - und dann?

Ein psychotherapeutisches Einzelgespräch bietet zunächst die Gelegenheit, im geschützten Rahmen über Sorgen und Ängste zu sprechen, die mit dem Gedanken an eine Berentung möglicherweise verbunden sind. Hier kann in Ruhe über eventuelle Vor- und Nachteile des vorzeitigen Rückzugs aus der Arbeitswelt gesprochen werden. Ich ermuntere meine Klientinnen und Klienten, Zukunftspläne zu schmieden und dabei die Gefühle anzusprechen, mit denen sie konfrontiert werden. Oder aber ich biete über mehrere Beratungsstunden hinweg kleine „Zeitreisen" an, bei denen sie sich in imaginären Zeitmaschinen in die Zukunft versetzen lassen können. Eine Maschine bringt sie in die Zukunft, in der sie berentet sind, eine zweite in eine Zukunft, in der sie weiter arbeiten. Die Reisenden können dann zu verschiedenen Zeitpunkten aus der Maschine „aussteigen" und sich vergegenwärtigen, wie sich Ihr Leben als Rentner/innen bzw. Arbeitnehmer/innen wohl gestalten wird. Dabei habe ich nicht selten das Abdriften in tendenziell einseitige Zukunftsvisionen beobachtet: Viele Klientinnen und Klienten malen sich ihre Zukunft im Ruhestand konsequent düster aus, andere wiederum entwerfen ein geschöntes Bild von einer ausschließlich „rosigen" Zukunft. In beiden Fällen gilt es, die Menschen behutsam an die Realität heranzuführen und ihnen damit eine bewusste Entscheidung zu ermöglichen, die von unrealistischen Erwartungen und Befürchtungen möglichst frei ist.

Als ergänzende Unterstützung bot ich 1995 eine angeleitete Selbsthilfegruppe zum Thema Berentung an. Die Gruppe war ausgeschrieben unter dem Titel „Ist denn da gar nichts mehr? Der letzte Arbeitstag - und dann?" Sie richtete sich an HIV-positive Frauen und Männer, die vorzeitig aus dem Beruf ausgeschieden waren bzw. demnächst ausscheiden wollten oder mussten. Damit war die Gruppe auch offen für HIV-positive Menschen, die bezüglich ihrer Berentung noch keine Entscheidung getroffen hatten und sich mit Hilfe anderer Gruppenmitglieder mehr Klarheit verschaffen wollten. Die Gruppe bot die Gelegenheit, unter therapeutischer Anleitung Erfahrungen auszutauschen, gemeinschaftlich neue Kräfte zu mobilisieren und neue Ziele zu finden. Zu Beginn trafen sich die Teilnehmer/innen

einmal wöchentlich nachmittags; im zweiten Jahr wurden die Treffen auf ein bis zwei mal monatlich reduziert.

An diesen Nachmittagen wurden Themenbereiche wie Sexualität, Partnerschaft, Angst, Sterben etc. angesprochen und gemeinschaftlich durchgearbeitet. In Bezug auf das Thema Berentung hatten sich bald bestimmte Problemstellungen herauskristallisiert, die für alle Teilnehmer/innen von größerer Bedeutung waren. Im Folgenden werde ich diese zentralen Themen kurz skizzieren und aufzeigen, in welcher Weise ich hier Hilfestellungen zu geben versucht habe.

Wen will oder muss ich informieren?

Grundsätzlich stellt sich allen Menschen mit HIV und AIDS die Frage, wen sie von ihrer Infektion in Kenntnis setzen bzw. wann sie dies tun wollen. Vielen fällt es schwer, die eigene Familie, den Freundeskreis oder die Arbeitskollegen/-kolleginnen ins Vertrauen zu ziehen und dabei möglicherweise auch über bestimmte Lebenshintergründe aufzuklären (z.B. Schwulsein, Drogengebrauch etc.). Aber auch das Geheimhalten der Infektion im eigenen sozialen Umfeld ist für viele Betroffene mit großen psychischen Belastungen verbunden. Bei einer vorzeitigen Berentung verschärfen sich diese Probleme in der Regel noch, denn nun wird noch offenkundiger, dass da „irgendwas nicht stimmt". Dementsprechend groß ist der Erklärungsbedarf.

Mitunter entscheiden sich HIV-Infizierte dafür, bestimmte Personen ihres sozialen Umfelds nicht über die wahren Gründe der anstehenden Berentung zu informieren. Statt dessen wollen sie eine andere Erkrankung als Begründung für die veränderten Lebensumstände angeben. Hier bot ich in der Gruppe Rollenspiele an, die den Mitgliedern in der konkreten Situation mehr Sicherheit geben sollten. Gleichzeitig ermunterte ich sie aber auch, spielerisch auszuprobieren, wie es wohl wäre, wenn sie doch die Wahrheit sagen würden. Im Spiel bot sich den Teilnehmenden die Gelegenheit, ihr geplantes Verhalten „von außen" zu betrachten, indem sie ein anderes Gruppenmitglied baten, die eigene Rolle zu übernehmen und durchzuspielen.

Rollenspiele dieser Art haben den Effekt, dass sich die Beteiligten gegen angsteinflößende Situationen wappnen können. Dabei können sie aus der eigenen Problemlösungsstruktur ein Stück weit heraustreten, Verhaltensweisen überdenken und eventuell korrigieren. Rollenspiele stärken aber auch das Selbstbewusstsein: Indem Betroffene im angstfreien Raum lernen, sich bewusst für sinnvolle Verhaltensweisen zu entscheiden, können sie im „Ernstfall" die eigene Position oft besser vertreten. Mitunter stellen sie im Spiel auch fest, dass bestimmte Verhaltensweisen wohl nicht das befürchtete „böse Nachspiel" haben werden, sondern dass man auf mehr Verständnis und Toleranz der Umwelt hoffen darf als erwartet.

Gestaltung des Rentenalltags

Wer in Rente geht, muss sein Leben in vieler Hinsicht neu ordnen. So muss etwa eine neue, sinnvolle Tagesstruktur gefunden werden, was angesichts der vielen freien Zeit nicht immer einfach ist. Menschen mit vielen Interessen und Hobbys werden dieses Problem in der Regel wohl relativ leicht lösen können (vorausgesetzt, diese Hobbys sind auch nach der Berentung noch finanzierbar). Wer sich in seinem bisherigen Leben jedoch in erster Linie auf seinen Beruf konzentriert hat, sieht sich nach dem letzten Arbeitstag womöglich mit der völlig überfordernden Frage konfrontiert, wie das Leben in Zukunft konkret gestaltet werden soll. Erschwerend kann hinzukommen, dass die Berenteten unter der Woche viel Zeit allein verbringen müssen, weil die meisten in ihrem Freundeskreis weiter berufstätig sind. Fehlt der Kontakt zu anderen Menschen mit ähnlichem Schicksal, droht die partielle Vereinsamung.

In der Selbsthilfegruppe bot sich hier zunächst die Möglichkeit, Kontakte zu anderen Betroffenen zu knüpfen und damit das eigene soziale Umfeld um Menschen zu erweitern, die ebenfalls berentet waren. Weiter konnten die Teilnehmenden einander Anregungen für eine sinnvolle Freizeitgestaltung geben und gemeinsam nach Möglichkeiten suchen, den Alltag besser zu strukturieren (wobei die regelmäßigen Treffen schon einen ersten Schritt in diese Richtung darstellten). Auf Wunsch wurde für die Einzelnen auch eine Art individuelles Stufenprogramm entwickelt, das helfen sollte, die persönlichen Lebensgewohnheiten Schritt für Schritt strukturgebend zu verändern. So wurde etwa einem Gruppenmitglied nahegelegt, anstehende Arzttermine nicht mehr auf einen Tag zu legen, sondern

über die Woche zu verteilen, um auf diese Weise einen ersten Ansatz für eine Wochenstruktur zu finden. Hilfestellungen dieser Art konnten dazu beitragen, dem Gefühl der Antriebslosigkeit entgegenzuwirken und depressive Phasen besser zu überstehen.

Eine HIV-Infektion wird in weiten Teilen unserer Gesellschaft noch immer als selbstverschuldet, als Folge eines „unmoralischen" Lebenswandels angesehen. Daher ist es leicht nachvollziehbar, dass HIV-positive Menschen mitunter starke Schuldgefühle entwickeln, wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr leistungsfähig sind. Diese Schuldgefühle können noch dadurch verstärkt werden, dass es vielen Infizierten phasenweise gesundheitlich durchaus gut geht. In diesen Zeiten fällt es manchen schwer, sich selbst gegenüber zu rechtfertigen, warum sie keine Arbeitsleistung mehr erbringen. Dies kann zu heftigen Selbstvorwürfen führen, im Einzelfall sogar zu Selbstbestrafungstendenzen. So gelingt es manchen Betroffenen nicht, in Zeiten physischen Wohlergehens ihren Schwerbehindertenausweis vorzulegen und ihren berechtigten Anspruch auf Sonderbehandlung einzufordern. Ein Mitglied der Gruppe für Berentete hat in einer solchen Phase seinen Schwerbehindertenausweis sogar kurzerhand weggeworfen - eindeutig eine Reaktion auf die Misere, den Status als Rentner vor sich selbst nicht mehr legitimieren zu können.

Manche positive Berentete sehen sich womöglich auch einem starken Druck von außen ausgesetzt, sobald es ihnen körperlich besser geht. So kann es vorkommen, dass sie mehr oder weniger deutlich dazu aufgefordert werden, gefälligst wieder anzupacken, da ihnen doch offensichtlich nichts fehlt. Auf diese Weise werden Schuldgefühle von außen aufoktroyiert: selbst wer seinen Status als Rentner vor sich selbst gut legitimieren kann, kann in seinem Lebensgefühl auf diese Weise stark beeinträchtigt werden.

Um Schuldgefühle und ihre individuellen Auswirkungen deutlich zu machen, wäre im Rahmen der Gruppenarbeit eine systemische Übung denkbar. Dabei stellt jeweils ein Mitglied mit Unterstützung des Therapeuten/der Therapeutin diejenigen psychischen Faktoren auf, die mit seinen Schuldgefühlen in irgendeinem Zusammenhang stehen. Der/die Betreffende kann für jede Gefühlsqualität bzw. jeden äußeren Umstand eine Person wählen (z.B. Person A für den HI-Virus, Person B für Wutgefühle, Person C für die Berentung, Person D für das Schuldgefühl etc.). Er/sie stellt alle Personen, die diese Gefühle und Umstände darstellen, in Beziehung zueinander im Raum auf und fordert sie dann auf, miteinander in Aktion zu treten. Nach einer gewissen Zeit unterbricht der/die Therapeut/in die Interaktion und bittet alle Beteiligten, zu einem Standbild zu erstarren. In der so entstandenen Momentaufnahme werden die Teilnehmenden nach ihrem Befinden während des Interaktionsspiels und im Augenblick der Erstarrung befragt. Das Gruppenmitglied, das die Aufstellung gemacht hat, hat auf diese Weise die Möglichkeit, unbewusste Zusammenhänge und verdrängte Gefühle zu erkennen und für sich neu zu strukturieren.

Trauerarbeit

Wer Abschied vom Arbeitsleben nehmen muss, empfindet nicht selten Trauer. Hinzu kommt oft die schmerzliche Sehnsucht nach den alten Lebensumständen, womöglich auch Neid auf diejenigen, die nach wie vor Tag für Tag arbeiten gehen „dürfen". Oft werden diese schmerzlichen Gefühle jedoch weitgehend aus dem Bewusstsein verdrängt. In der Selbsthilfegruppe konnte ich beobachten, wie groß der Widerstand dagegen sein kann, sich hierzu auch nur zu äußern. Ich hielt es daher für richtig, die Gruppe sehr behutsam an das Thema „Abschied und Trauer" heranzuführen. Erst im zweiten Jahr ihres Bestehens wurde hier offener gesprochen, wobei ich stets betonte, dass alle auf ihre persönlichen Grenzen achten und sich nicht überfordern mögen.

Viele in der Gruppe beschäftigte die Angst, aus der Trauer womöglich nicht mehr herauszukommen, wenn sie sich bewusst auf dieses Gefühl einlassen würden. Hier sah ich es als meine vordringliche Aufgabe an, den Betroffenen allmählich Mut zu machen, das Wagnis dennoch einzugehen. Ich versuchte schrittweise zu vermitteln, dass gerade die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer die Möglichkeit eröffnet, richtig Abschied zu nehmen und den Verlust allmählich zu verarbeiten. Hier ging es aber auch darum, einen Entwicklungsprozess einzuleiten und die Teilnehmenden bei ihrer Suche nach einer neuen Identität als Rentner/innen zu unterstützen. Dabei ließen sich einige ganz konkrete Ziele formulieren: So etwa ging es darum, sinnvolle neue Beschäftigungen zu finden (z.B. ehrenamtliche Tätigkeit, Nachbarschaftshilfe, gemeinsame Aktivitäten oder auch die Annahme eines 630-Mark-Jobs). Dies sollte helfen, die Trauer über den Verlust der alten Lebensumstände allmählich

zu überwinden und neue Perspektiven zu sehen, für die es sich zu leben lohnt.

Eine Übung, mit der ich behutsam zum Thema Trauer hinführte, bestand darin, die Teilnehmenden ein kreisförmiges Skalenbündel zeichnen zu lassen, wobei jeder Skala einer der folgenden acht Begriffe zugeordnet wurde: Einsamkeit, Verlust, Dankbarkeit, Religiosität, Ungewissheit, Neuanfang, Verwirrung und Sonstiges. Dann bat ich sie, die Bedeutung dieser Begriffe für ihren ganz persönlichen Umgang mit dem Thema „Abschied und Trauer" anhand der Skalen festzulegen (von 0 = ganz unwichtig bis 5 = sehr wichtig). Unter „Sonstiges" konnten die Teilnehmenden einen noch nicht benannten Aspekt anführen, der ihnen im Zusammenhang mit dem Thema wichtig war. Nach diesem ersten Schritt verbanden die Teilnehmenden in einem zweiten Schritt die in ihrer Grafik eingetragenen Werte miteinander, so dass ein sternenartiges Gebilde entstand. Die Grafiken wurden nebeneinander aufgehängt, verglichen und besprochen. Auf diese Weise wurde deutlich, welche Gefühlsqualitäten in Verbindung mit dem Thema „Abschied vom Beruf" in der Gruppe eine besondere Rolle spielten bzw. welche Themen noch behandelt werden sollten.

Der erste Arbeitstag - und dann?

Durch die Kombinationstherapien, die seit 1995 auf dem deutschen Medikamentenmarkt verfügbar sind, scheint für viele HIV-positive Berentete wieder eine mittelfristige Lebensplanung möglich. Hier stellt sich die Frage, wie man mit der wiedergewonnenen Energie und der zu erwartenden verlängerten Lebenszeit sinnvoll umgehen soll. Bei vielen Betroffenen steht natürlich die Überlegung im Raum, ob sie nun wieder arbeiten gehen sollen bzw. müssen. Die Aussicht auf eine Rückkehr ins Berufsleben ist für einen Teil der Rentner/innen ausgesprochen verlockend, andere wiederum sind unentschieden oder wollen keinesfalls wieder arbeiten gehen. Hier spielt oft die Sorge eine Rolle, ob man nach Jahren des Ruhestandes überhaupt noch im Konkurrenzkampf bestehen kann und auf eine angemessene Anstellung hoffen darf. Manche empfinden eine mögliche Rückkehr ins Berufsleben auch als einen drohenden erneuten Biographiebruch bzw. Identitätsverlust, da sie ihr Dasein als Berentete inzwischen verinnerlicht und akzeptiert haben. Wer nicht mehr in die Arbeitswelt zurückkehren will, empfindet angesichts des verbesserten Gesundheitszustandes womöglich einen noch größeren Druck, sich selbst bzw. der Gesellschaft gegenüber den Rentnerstatus zu legitimieren. Zu den entstehenden Schuldgefühlen kommt die Angst, dass die Rente nun plötzlich gestrichen werden könnte.

Trotz des an sich erfreulichen Ereignisses, wieder Zeit gewonnen zu haben, erleben viele HIV-positive Rentner/innen also deutlich ambivalente Gefühle bis hin zu Depressionen und Verlustängsten. Erneut muss Trauerarbeit geleistet werden, da nun vielen Betroffenen stark bewusst wird, dass sie mit ihrem Schritt in die Berentung ihre Karriere aufgegeben und jetzt vielleicht nur noch die Möglichkeit haben, auf einem deutlich niedrigeren Level wieder einzusteigen. Bei meiner psychotherapeutischen Arbeit beobachte ich aber auch, dass manche meiner berenteten Klienten und Klientinnen angesichts der möglichen Rückkehr ins Berufsleben verstärkt eine Art „Überlebensschuld" empfinden: Dabei wird das Gefühl, im Grunde nicht weiterleben zu dürfen, da viele Freunde und Bekannte bereits verstorben sind, noch durch die Absicht verstärkt, nun wieder in ein „ganz normales" Leben als Berufstätige zurückzukehren. Zudem stellen sich manche alten Probleme, die das Berufsleben mit sich bringt, wieder neu - so etwa die Frage, ob man sich am Arbeitsplatz outen soll oder nicht.

Ebenso wie die Entscheidung für oder gegen die Berentung muss die Entscheidung für oder gegen einen Wiedereinstieg wohlüberlegt getroffen werden - nicht zuletzt natürlich auch deshalb, weil der Gesundheitszustand der Betroffenen auch beim Einsatz der Kombinationstherapie nach wie vor schwer einschätzbar bleibt. Wie schon bei der Berentung gilt es erneut, alle Vor- und Nachteile eines möglichen Wiedereinstiegs ins Berufsleben individuell zu prüfen und sorgfältig abzuwägen (wenn der Rentenanspruch nicht ohnehin ausläuft und so keine Wahlmöglichkeit bleibt). Zudem müssen manche Klientinnen und Klienten ausdrücklich dazu ermuntert werden, weiterhin psychologische Unterstützung zu beanspruchen, da sie das Gefühl haben, bei ihrer guten körperlichen Verfassung hierauf kein Anrecht mehr zu haben.

Psychotherapeutische Interventionen bei all diesen Problemstellungen sind von der Struktur her ähnlich aufgebaut wie die unterstützenden Maßnahmen beim Ausstieg aus dem Berufsleben. Auch hier eignen sich Zeitreisen, Rollenspiele und systemische Übungen, um Orientierungshilfen zu geben und den Umgang mit den neuen Lebensumständen zu erleichtern. Dabei geht es zum Teil um ganz konkrete Hilfestellungen, etwa um die Frage, wie man nach dem Wiedereinstieg mit Negativerscheinun-

gen am Arbeitsplatz umgehen kann (Konkurrenzdruck, Mobbing usw.), daneben aber auch um psychische Konflikte wie Depressionen und Schuldgefühle.
In der Gruppe „Der letzte Arbeitstag - und dann?" wollte keine/r der Teilnehmenden ins Berufsleben zurückkehren, wozu sie aufgrund des jeweiligen Berentungsstandes auch nicht gezwungen waren. Daher beschränkten sich hier die neu hinzugekommenen Themen im wesentlichen auf folgende Bereiche: Begleitumstände der Medikamenteneinnahme, Auswirkungen der Kombinationstherapien auf das Privatleben sowie die Problematik der fehlenden Legitimation, trotz des verbesserten Gesundheitszustandes berentet zu bleiben.

DIE PLANUNG DES RENTENBEGINNS

Rudolf Tafelmeier

In den vergangenen Jahren wurde in der Regel vorzeitig dann ein Rentenbeginn angestrebt, wenn es für die Betroffenen nicht mehr möglich war, weiterzuarbeiten. Damals wurde der Rentenantrag immer mit dem Ausbruch der Krankheit verbunden. Die Rente war demnach der sozialrechtliche Einstieg in das Siechtum und damit der Beginn des Sterbeprozesses. Mit dem Aufkommen von Möglichkeiten zur Behandlung und Vorbeugung opportunistischer Infektionen und vor allem der neuen antiretroviralen Kombinationstherapien hat sich die Bedeutung der Rente verändert.

Die Rente ist engstens mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit verbunden, der aber völlig unterschiedlich verwendet wird. Wir unterscheiden in einen persönlichen, einen gesellschaftlichen und einen gesetzlich definierten Krankheitsbegriff, die logischerweise nicht miteinander identisch sind. Was die eine als krank begreift, muss für den anderen noch lange nicht krank bedeuten. Für die Bewertung und Einstufung individuellen Leides werden aber gesetzliche Kriterien herangezogen.

In den vergangenen Jahren konnten verschiedene Motive beobachtet werden, die für eine Berentung maßgebend waren. Individuelle Gründe spielen zwar in der Beratung eine wichtige Rolle; sie tragen dort wesentlich zum Verständnis bei und können unter Umständen wichtig werden, wenn es um das Thema „Rente und Hinzuverdienst" geht. In der rechtlichen Beurteilung des Einzelfalls werden sie jedoch nicht zwangsläufig berücksichtigt.

Der Einstieg in die Rente sollte, wenn möglich, von den Betroffenen geplant werden können. Sie sollten Zeit haben, sich mit den Vor- und Nachteilen auseinander zu setzen, sollten wissen, wie das Verfahren aussieht und vor allem, was sie im Anschluss an das Verfahren tun werden.

Es muss dem/der Einzelnen überlassen bleiben, ob er/sie sich in diesem Prozess von einer AIDS-Hilfe begleiten lassen will oder nicht. Er/sie kann Vorbereitungen treffen oder auch nicht und kann einen Antrag auf Berentung stellen, wann immer er/sie dies für sinnvoll hält. Unabhängig davon aber zeigt die Erfahrung, dass es besser ist, auch die Zeit der Rente als einen wesentlichen Lebensabschnitt zu begreifen, um eine reaktive Depression zu verhindern und kreativ und zukunftsorientiert mit seiner Zeit und den eigenen Fähigkeiten umzugehen.

Lücken schließen im Rentenversicherungsverlauf

Grundsätzlich ist es für jede/n sinnvoll, in größeren Zeitabständen, also etwa alle zehn Jahre, den Rentenversicherungsverlauf auf eventuelle Fehlzeiten und Falschmeldungen überprüfen zu lassen. Dies empfiehlt sich besonders dann, wenn man häufig den Arbeitsplatz gewechselt und immer nur sehr kurze Zeit in der jeweiligen Stellung gearbeitet hat. In der Regel ist es sehr einfach, fehlende Unterlagen aus einem Jahrzehnt bei Arbeitgebern, in Fortbildungseinrichtungen, bei Krankenkassen usw. zu beschaffen. Nicht immer werden den Rentenversicherungsträgern die Daten gemeldet, und manchmal werden diese nicht korrekt in den Versicherungsverlauf eingetragen. Werden Daten nachgemeldet, so ist zu beachten, dass alle Belege im Original bzw. in einer beglaubigten Kopie vorgelegt werden müssen. Die Geburtsurkunde und Nachweise über Schulbesuche, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Haft, Schwangerschaft und Kindererziehung, Sozialhilfebezug usw. muss der Versicherungsträger immer im Original erhalten.

Auf diese Weise können Lücken im Versicherungsverlauf relativ leicht gefüllt werden. Wird dann ein Rentenantrag gestellt, kann dieser vom Versicherungsträger rasch bearbeitet werden. Dies ist besonders dann wichtig, wenn der Rentenantrag sehr spät gestellt wird (z.B. weil man sich, um nicht verrentet zu werden, vom Arbeitgeber so lange wie möglich krankschreiben ließ) und dadurch unter Umständen eine lange Zwischenfinanzierung durch

die Sozialhilfe oder aus dem eigenen Vermögen notwendig wird. Außerdem lässt sich durch eine genaue Datenlage die zu erwartende Rentenhöhe präziser ermitteln.

Ein Antrag auf Klärung des Rentenverlaufs hat nichts mit einem Antrag auf Rente zu tun.

Zeitpunkt des Rentenantrags

Der/die Versicherte bestimmt in vielen Fällen selbst, wann er/sie den Rentenantrag stellt. Allerdings ist es unsinnig, Rente zu beantragen, wenn man noch arbeitet. Denn durch die Beschäftigung wird ja die Arbeitsfähigkeit bewiesen, für den vorzeitigen Rentenbezug ist aber Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzung. Wer selbständig ist und gesetzliche Rente beziehen will, muss die Selbstständigkeit aufgeben. Denn Selbstständigkeit schließt den Bezug der gesetzlichen Rente aus. Ehe der Rentenantrag gestellt wird, muss man krankgeschrieben sein.

Ehe der Rentenantrag gestellt wird, sollte erst überprüft werden, ob das Versicherungsverhältnis lange genug besteht, um überhaupt Rente beziehen zu können. Dies ist z.B. dann von Bedeutung, wenn der/die Versicherte noch nicht lange versichert ist, aber in absehbarer Zeit gezwungen sein wird, den Rentenantrag zu stellen. In diesem Fall sollte im Beratungsgespräch erörtert werden, ob nicht noch so lange gearbeitet werden sollte, bis die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Die Möglichkeit, den Zeitpunkt der Antragstellung selbst zu wählen, ist jedoch begrenzt, weil die Krankenkassen dazu auffordern können, an einer Rehabilitationsmaßnahme – also einer Kur – teilzunehmen. Stellt der/die Betreffende einen entsprechenden Antrag und wird dieser abgelehnt, weil sich die Arbeitsfähigkeit durch eine Rehabilitationsmaßnahme aller Voraussicht nach nicht wiederherstellen lassen wird, wird der Reha-Antrag in einen Rentenantrag umgewandelt. Die Gefahr, berentet zu werden, besteht auch dann, wenn die Erkrankten selbst eine Kur beantragen und die Kurfähigkeit verneint wird. Das heißt nicht, dass Menschen mit HIV und AIDS besser auf Reha-Maßnahmen verzichten sollten; vielmehr sollten sie ihre Erwartungen an eine Kur klären und sich der möglichen Folgen bewusst sein.

Ein Rentenantrag, der durch einen Reha-Antrag ausgelöst wurde, lässt sich nur wieder rückgängig machen, wenn man wieder arbeitet.

Von der Krankschreibung bis zum Rentenbezug

Die Voraussetzung für einen vorzeitigen Rentenbezug ist die Arbeitsunfähigkeit, die durch die Krankschreibung belegt wird. Bei einer Krankschreibung wird in den ersten sechs Wochen der Erkrankung weiterhin Lohn oder Gehalt bzw. Arbeitslosengeld oder -hilfe bezogen. Hält die Erkrankung an, zahlt die Krankenkasse Krankengeld (70% des letzten Bruttoverdienstes, maximal 90% des letzten Nettoverdienstes). Das Krankengeld wird wegen derselben Krankheit innerhalb von drei Jahren höchstens für insgesamt 78 Wochen gezahlt. Erst in einem neuen Dreijahres-Zeitraum entsteht dann ein neuer Anspruch auf Krankengeld – unter folgender Voraussetzung: Nach den 78 Wochen Krankengeldzahlung müssen mindestens sechs Monate vergangen sein, in denen der/die Betreffende nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war.

Wer häufiger kurzzeitig krankgeschrieben war und keinen Überblick über die einzelnen Daten hat, kann diese bei der Krankenversicherung abfragen. Es ist wichtig, über die verbleibende Zeit des Krankengeldbezugs Bescheid zu wissen, wenn man den günstigsten Zeitpunkt für die Rentenantragstellung berechnen will oder über eine Maßnahme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nachdenkt, die während der Krankschreibung erfolgen muss.

Wer nicht mehr arbeitsfähig und deshalb krankgeschrieben ist oder bereits mehrmals wegen der gleichen Grunderkrankung krankgeschrieben war, sollte frühzeitig eine AIDS-

Beratungsstelle aufsuchen. Sie bietet Unterstützung (das heißt zum Teil auch Verweisungskompetenz) bei der Klärung folgender Fragen: Wie lange kann noch Krankengeld bezogen werden? Gibt es Lücken im Versicherungsverlauf? Wie hoch wird die Rente sein? Wie kann ich als Rentner/in etwas hinzu verdienen? Welche Möglichkeiten der Entschuldung gibt es? Besteht ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe? Welche Folgen kann eine private Krankenversicherung für den Bezug der Rente haben? Welche Zukunftsperspektiven habe ich als Rentner/in?

Sollten während der Krankschreibung ernsthafte Zweifel entstehen, ob man weiterarbeiten soll und kann oder nicht, kann die Möglichkeit der „Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess" in Erwägung gezogen werden. Scheitert der Versuch, während der Krankschreibung zu arbeiten, ist für alle Beteiligten geklärt, inwieweit man noch arbeitsfähig ist. Diese Möglichkeit ist deshalb von Bedeutung, weil durch die antiretrovirale Therapie, ihre Nebenwirkungen und die durch sie bedingten Belastungen die Arbeitsfähigkeit von Menschen mit HIV durch sie selbst und ihre behandelnden Ärzte/Ärztinnen kaum noch bestimmt werden kann.

Wenn der Versicherungsverlauf geklärt ist, vergehen in der Regel nach der Einreichung des Rentenantrags etwa drei bis vier Monate, bis man den Rentenbescheid bekommt. Bei Menschen, die einige Zeit im Ausland gearbeitet haben und dort rentenversichert waren, verzögert sich das Bewilligungsverfahren nach einem Erfahrungswert um weitere Monate. Diese Fristen gilt es zu bedenken, wenn man nach dem Ablauf der Krankengeldzahlung nahtlos Rente beziehen will. Wird der Antrag auf die Berentung erst dann eingereicht, wenn der Anspruch auf Krankengeld bereits nahezu oder gar vollständig ausgeschöpft ist, ist eine Zwischenfinanzierung durch das eigene Vermögen bzw. das Sozialamt erforderlich.

Eine rasche Antragstellung empfiehlt sich, wenn der/die Erkrankte mit den bisweilen unregelmäßigen Zahlungen der Krankenkasse nicht zurechtkommt, wenn ergänzende Sozialhilfe beantragt werden muss, wenn die Rente plus Zusatzeinkünfte höher ist als das Krankengeld oder wenn der/die Erkrankte für sich einen klaren Finanzierungsrahmen wünscht.

Ein Beispiel für die Ermittlung des Zeitpunkts der Rentenantragstellung:

Ein Betroffener lässt sich in der ersten Januarwoche krankschreiben. Es ist die erste Krankschreibung wegen der gleichen Grunderkrankung, und er erhält für die nächsten sechs Wochen Lohnfortzahlung. Zu diesem Zeitpunkt ist für alle Beteiligten klar, dass eine Rückkehr in ein Vollzeitbeschäftigungsverhältnis ausgeschlossen ist. Der Betroffene lässt sich gesund schreiben und spricht mit dem Arbeitgeber ab, dass er mit dem Ende der Krankschreibung seinen Resturlaub und die noch vorhandenen Überstunden nimmt. (Die Überstunden würden sonst nich abgegolten werden, und der Resturlaub würde verfallen.) Da er in der Vergangenheit im Ausland gearbeitet hat und deshalb bei einem ausländischen Rentenversicherungsträger beschäftigt war, sollte er den Rentenantrag nach einem Erfahrungswert um drei Monate früher stellen. Die Bearbeitung des Antrags kann sich allerdings noch länger hinziehen.

Zeitschiene:

Krankschreibung in der ersten Januarwoche 1999. Lohnfortzahlung bis einschließlich 6. Kalenderwoche, anschließend 2 Wochen Einkommen wegen Urlaub und Überstundenabbau. Damit beginnt der Krankengeldbezug in der 8. Kalenderwoche 1999. Bei voller Länge dauert er bis zur 31. Kalenderwoche2000. Da ein ausländisches Rentenversicherungsverhältnis vorliegt, das nach einem Erfahrungswert die Bewilligung verzögert, sollten 12 Wochen von der Dauer des Krankengeldbezugs abgezogen werden, wenn auf einen nahtlosen Übergang vom Krankengeldbezug zur Rentenzahlung Wert gelegt wird. Der ideale Zeitpunkt, um den Rentenantrag zu stellen, wäre dann in der 19. Kalenderwoche2000.

Bei diesem Beispiel bleibt der Umstand unberücksichtigt, dass die Krankenkasse ein Rehabilitationsverfahren einleiten kann. Von diesem Fall geht die folgende Berechnung aus:

Die Daten bleiben zunächst gleich: Krankschreibung in der ersten Januarwoche 1999, Lohnfortzahlung bis einschließlich 6. Kalenderwoche, 2 Wochen Resturlaub und Überstunden, Krankengeldbezug ab der 8. Kalenderwoche 1999. Doch nun fordert die Krankenkasse den Betroffenen in der 20. Kalenderwoche auf, einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Da er 10 Wochen Zeit hat, der Aufforderung nachzukommen, muss er den Antrag spätestens in der 30. Kalenderwoche 1999 stellen. Die Krankenkasse bearbeitet diesen Antrag in der Regel innerhalb von vier Wochen (Erfahrungswert). Der Bescheid über die Ablehnung der Reha-Maßnahme wird also in der 34. Kalenderwoche zugestellt. Bis zum Ablauf der 38. Woche muss dann der Rentenantrag gestellt sein. Die Bearbeitung dauert nach einem Erfahrungswert etwa 3 Monate; mit dem Rentenbescheid kann dann etwa in der 46. Kalenderwoche 1999 gerechnet werden.

Diese Berechnungen zeigen, wieviel Zeit noch für den Klärungsprozess und ggf. für ein Wiedereingliederungsverfahren ins Berufleben bleibt und ab wann man von einer veränderten Einkommenslage bzw. vom Sozialhilfebezug ausgehen muss.

Rente und Einkommen

Wie hoch die Rente voraussichtlich sein wird und wieviel man als Rentner/in hinzuverdienen darf, klärt man am besten in einer Rentenberatungsstelle.
Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, zur Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente) 630 DM pro Monat und in zwei Monaten pro Jahr 1260 DM hinzuzuverdienen.
Bei der Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) richtet sich die Höhe des möglichen Hinzuverdienstes zunächst nach dem Datum des Eintritts in die Rente: Wer vor 1996 berentet worden ist, darf zur Rente zusätzlich ein Einkommen in der Höhe eines Halbtagsverdienstes eines/einer in einer vergleichbaren Stelle Beschäftigten abzüglich eine Mark erzielen. Bei Versicherten, die seit 1996 berentet sind, hängt die Hinzuverdienstgrenze vom Verdienst ab, der im Jahr vor dem Eintritt in die BU eingenommen wurde. (Die individuellen Hinzuverdienstgrenzen können beim Rentenversicherungsträger erfragt werden.)

Sowohl für die EU- als auch für die BU-Rente gilt: Werden die Hinzuverdienstgrenzen überschritten, wird die Rente nicht mehr voll ausgezahlt. Je nach der Höhe des zusätzlichen Verdienstes wird sie stufenweise gesenkt oder vollständig gestrichen. Ist ein Hinzuverdienst nicht mehr möglich, so muss die Rentenzahlung in voller Höhe neu beantragt werden. Dafür genügt eine einfache formlose Beantragung.

Bei der Berechnung des zukünftigen Haushaltsbudgets gilt es auch zu prüfen, ob folgende zusätzliche Einkommensquellen bestehen (und wenn ja, in welcher Höhe):

- eine private Zusatzrentenversicherung oder eine Lebensversicherung. Auskünfte dazu erteilt die betreffende Versicherungsgesellschaft.
- eine von dem/der Arbeitgeber/in abgeschlossene zusätzliche Versicherung gegen Berufsunfähigkeit.

Theoretisch ist es möglich, als Rentner/in neben einem Hinzuverdienst auch Pflegegeld zu beziehen. Aber beim Krankheitsbild AIDS geht man bisher davon aus, dass Menschen, die Pflegegeld bekommen – also pflegebedürftig sind – nicht noch zusätzlich arbeiten können.

Auf der anderen Seite kann das Haushaltseinkommen erheblich geschmälert werden, wenn der/die Betreffende freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse oder privat versichert ist. In diesem Fall muss ermittelt werden, wie hoch die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung sein werden. Möglicherweise sind sie nämlich so hoch, dass selbst Rentner/innen mit einer relativ hohen Rente auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sein können.

Grundsätzlich empfiehlt es sich zu ermitteln, ob ein Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe besteht. Diese Frage ist zum einen für diejenigen von Bedeutung, die über Hinzuverdienstmöglichkeiten nachdenken, um zu wissen, ob sich ein Job neben der Rente überhaupt lohnt. Zum anderen ist sie wichtig für Menschen, die verschuldet sind: Unter Um-

ständen wird nämlich durch einen Anspruch auf Sozialhilfe die Pfändungsgrenze heraufgesetzt.

Der neue Trend: befristete Rente

Renten werden heute häufig nur noch zeitlich befristet und nicht mehr unbefristet gewährt. Für viele Maßnahmen des Arbeitsamtes zur Wiedereingliederung in das Berufsleben kann eine anerkannte Schwerbehinderung unter Umständen von Vorteil sein. Wer das Für und Wider einen Schwerbehindertenausweis abwägt, sollte diese Möglichkeit berücksichtigen. Und für Menschen, die bereits einen Behindertenausweis haben, empfiehlt es sich, eine Höherstufung zu beantragen. Da von einer weiteren Entwicklung der antiretroviralen Therapie ausgegangen werden kann und es nicht ausgeschlossen ist, dass Betroffene eine begrenzte oder sogar vollständige Arbeitsfähigkeit erlangen, werden Fragen zum Wiedereinstieg in den Beruf voraussichtlich an Bedeutung gewinnen.

Der Ausstieg aus dem Arbeitsleben ist in jedem Fall ein Schritt mit weitreichenden Folgen. Das sollte sich jede/r, der/die über diesen Schritt nachdenkt, in aller Deutlichkeit bewusst machen. Um für sich den am besten geeigneten Weg wählen zu können, braucht der/die Betreffende umfassende Information und Beratung. Gleichzeitig haben die Beratenden dafür Sorge zu tragen, dass der/die Klient/in auch die notwendige psychosoziale Unterstützung erhält. Einzelgespräche, themenzentrierte, zeitlich befristete Gruppenangebote oder Selbsthilfegruppen können hier eine wesentliche Hilfestellung sein, um neue Perspektiven sehen und sich ihnen öffnen zu können.

Rudolf Tafelmeier, Dipl-Soz.Pädagoge, seit 1986 Mitarbeiter der Münchner AIDS-Hilfe, Durchführung von zahlreichen Seminaren zu sozialrechtlichen Fragestellungen; seit 1997 Aufbau des Projektes "Essen in Gesellschaft" der Münchner AIDS-Hilfe zur Wiedereingliederung von Menschen mit HIV und AIDS; seit 1998 Mitglied im Sozialbeirat der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Aspekte und Probleme der Rentenreform

Dorothea Franke

Das Sozialgesetzbuch ist für viele Menschen ein „Buch mit sieben Siegeln". Auf Grund einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung müssen sich viele Betroffene plötzlich mit dem Thema Rente auseinandersetzen – die meisten zum ersten Mal.

Fragen über Fragen tauchen auf:
Wann bekomme ich eine Rente?
Wie hoch ist mein Anspruch?
Was muss ich tun, um die Rente zu bekommen?
Kann ich aus der Rente ins Berufsleben zurückkehren?

Schwierig wird es besonders dann, wenn das Rentengesetz – das Sozialgesetzbuch VI – häufig geändert wird. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber viele Änderungen vorgenommen, zuletzt durch die „Rentenreform ´99" (RRG ´99). Die neue Bundesregierung hat allerdings im Dezember 1998 beschlossen, die negativen Auswirkungen dieser Neuregelungen vorerst ein bzw. zwei Jahre auszusetzen.

Die wichtigsten Rechtsänderungen sollten ursprünglich zum 1.1.2000 in Kraft treten, wie z.B. die Reform der Erwerbsminderungsrenten und die Anhebung der Altersgrenzen für die Rente wegen Schwerbehinderung; diese Regelungen werden aber jetzt um ein Jahr verschoben. Andere Teile des RRG ´99 sind bereits wirksam, z.B. die bessere Bewertung der Kindererziehungszeiten.

Die wichtigsten Aspekte des RRG ´99 sind:
- der demographische Faktor
- die Abschaffung der vorgezogenen Altersrente bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit
- die Anhebung der Altersgrenze für Schwerbehinderte
- die Reform der Erwerbsminderungsrenten

Der demographische Faktor ist in das Rentenrecht integriert worden, um Rentner/innen und Beitragszahler/innen gleichmäßig an den Kosten der allgemein gestiegenen Lebenserwartung zu beteiligen. Es war geplant, die Renten jährlich geringer als üblich zu erhöhen und dadurch – auf längere Zeit betrachtet – das Rentenniveau insgesamt abzusenken. Vorgesehen war die Einführung des demographischen Faktors ab 1999. Die Bundesregierung hat statt dessen die Renten im Juli 1999 durch einen Inflationsausgleich angepasst.

Die bisherige Altersrente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige ab 60 Jahren wird es in Zukunft nur noch für Schwerbehinderte mit einem Behindertengrad von mindestens 50% geben. Eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit reicht ab dem 1.1.2003 nicht mehr für eine vorgezogene Rente aus.

Die Altersgrenze für Schwerbehinderte wird vom Jahr 2001 an stufenweise von 60 auf 63 Jahre angehoben. Eine vorzeitige Rente können Schwerbehinderte dann nur bekommen, wenn sie Kürzungen bis zu 10,8% in Kauf nehmen.

Die Umstrukturierung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist ein Kernstück der Rentenreform ´99. Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente wird ab 2001 ersetzt durch die Erwerbsminderungsrente. Der Gesetzgeber hat jedoch nicht nur die – sehr ähnlich klingenden – Begriffe ausgetauscht, sondern gravierende inhaltliche Änderungen vorgenommen. Die Rentenreform regelt die Anspruchsvoraussetzungen, die Berechnung der Rente und die Möglichkeiten des Hinzuverdienstes neu.

Versicherte, die vor dem 1.1.2001 in (BU- oder EU-)Rente gehen, sind von den Änderungen nicht betroffen. Für sie gilt das jetzige Recht weiter.

Derzeit wird eine Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) gewährt, wenn

1. die Leistungsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte eines/einer Gesunden mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten abgesunken ist – also unter vier Stunden täglich
2. fünf Beitragsjahre vorhanden sind
3. in den letzten fünf Jahren vor der Leistungsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt worden sind.

Eine Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente) wird gezahlt, wenn die Leistungsfähigkeit soweit gesunken ist, dass die Betreffenden keine regelmäßige Erwerbstätigkeit mehr ausüben und nur noch geringe Einkünfte (bis zu 630,- DM pro Monat) erzielen können. Darüber hinaus gelten die Voraussetzungen, die bei der BU-Rente unter Punkt 2 und 3 aufgeführt sind.
Selbständig Tätige werden allerdings - auch wenn sie all diese Kriterien erfüllen - nur als berufsunfähig eingestuft.

Für eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Die Leistungsfähigkeit muss - gemessen an den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes - auf unter sechs Stunden täglich (teilweise Erwerbsminderung) bzw. unter 3 Stunden täglich (volle Erwerbsminderung) gesunken sein. Auch hier gelten darüber hinaus die Voraussetzungen, die bei der BU-Rente unter Punkt 2 und 3 aufgeführt sind.

Das sieht auf den ersten Blick nach einer Verbesserung aus, auf den zweiten Blick zeigt sich aber, dass hier die Voraussetzungen verschärft worden sind. Das mögliche Restleistungsvermögen liegt bei der neuen Regelung zwar mit unter 3 bzw. 6 Stunden über der bisher möglichen täglichen Stundenzahl (unter 2 bzw. 4), abgesehen davon bietet das "alte" Recht den Versicherten jedoch günstigere Bedingungen.

Im jetzigen System ist nicht nur die medizinische Seite (abstrakte Betrachtungsweise) wichtig, es werden auch die Lage am Arbeitsmarkt (konkrete Betrachtungsweise) und die Qualifikation der Antragstellenden (Berufsschutz) berücksichtigt. So ist es derzeit möglich, dass jemand aus medizinischer Sicht z.B. nur berufsunfähig ist, wegen des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes (aber) dennoch eine EU-Rente bekommt. Teilweise hat sich diese Betrachtungsweise aus der ständigen Rechtsprechung der Sozialgerichte – insbesondere des Bundessozialgerichts – entwickelt.

Die Erwerbsminderungsrenten beschränken sich auf die rein medizinische Beurteilung. „Arbeitsmarktrenten" und Berufsschutz wird es im neuen Recht nicht mehr geben. Antragsteller/innen können – bei Neuanträgen – nach dem 1.1.2001 auf jeden Arbeitsplatz verwiesen werden. Eine großzügige Auslegung wird in dem neuen System nicht wie bisher möglich sein, da ausdrücklich im Gesetzestext steht: „...dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen."

Wie die neuen Kriterien sich ab 2001 tatsächlich auf die Zahl der Erwerbsminderungsrenten auswirken wird, kann heute noch niemand sagen. Von den Änderung profitieren können vor allem weniger qualifizierte Arbeitnehmer/innen; mit Nachteilen werden sie für hochqualifizierte Arbeitnehmer/innen verbunden sein, die heute noch einen Berufsschutz genießen.

Heute werden die BU/EU-Renten auf Zeit oder auf Dauer bewilligt. Die EM-Renten ab 2001 werden in der Regel befristet und nur noch in Ausnahmefällen auf Dauer gewährt.

Abgesehen von den Anspruchsvoraussetzungen ändern sich auch die Berechnung und die Hinzuverdienstregelung. Im Bereich der Rentenberechnung sind die Einschnitte gravierend, insbesondere durch die zukünftigen Abschläge von bis zu 10,8%.

Die BU/EU-Renten (alt) und die EM-Rente (neu) werden aus verschiedenen Zeiten berechnet, die der/die Versicherte bis zum Eintritt der Leistungsminderung zurückgelegt hat. Dazu gehören vor allem die Beitragszeiten (Monate, für die Pflicht- oder freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt sind) , aber auch aus sog. beitragsfreie Zeiten, z.B. Schul- und Studienzeiten. Falls die Leistungsminderung vor der Vollendung des 60. Lebensjahres eintritt, kommt eine Zurechnungszeit hinzu. Vorzeitig Berentete werden dadurch so gestellt, als hätten sie bis zum 57. Lebensjahr (55. Geburtstag plus 20 Monate) weiterhin den bis zum Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durchschnittlich erzielten

Verdienst eingenommen. Diese Zurechnungszeit wird im neuen Recht 20 Monate länger sein, also günstiger als bisher.
Bisher gibt es keine Abschläge bei den BU/EU-Renten. Ab 2001 wird es Kürzungen von maximal 10,8% geben, wenn die Rente vor dem 60. Lebensjahr beginnt.

Die EU-Rente und die volle EM-Rente werden mit einem Faktor von 1.0 – also 100% - gezahlt, die BU-Rente mit einem Faktor von 0.6667 (2/3), die teilweise EM-Rente hingegen nur mit dem Faktor 0.5 (50%). Bei der teilweisen EM-Rente kommen also zwei negative Komponenten zusammen: die Kürzung um 10,8% und die Veränderung des Faktors von 66,67% auf 50%. Die Renten aus gesundheitlichen Gründen werden daher künftig deutlich geringer ausfallen als bislang.

Auch Hinzuverdienste werden neu geregelt. Im jetzigen wie im zukünftigen Recht können Rentenbezieher/innen zur vollen Rente (EU- und volle EM-Rente) bis zu 630,-- DM hinzuverdienen, jedoch nicht aus selbständiger Tätigkeit. Eine BU-Rente wird – voll oder teilweise – gezahlt, wenn die individuelle Hinzuverdienstgrenze eingehalten wird, die sich nach den Beiträgen im Jahr vor Eintritt der Berufsunfähigkeit richtet.
Die Mindesthinzuverdienstgrenzen liegen zur Zeit (pro Monat) bei 1.267,61 DM zur vollen BU-Rente, bei 1.690,15 DM zur 2/3-BU-Rente und bei 2.112,69 DM zur 1/3-BU-Rente. Bei der teilweisen EM-Rente wird Einkommen angerechnet, das einen individuellen Freibetrag (mindestens 627,45 DM) überschreitet. Der Freibetrag berechnet sich aus den Beiträgen der letzten drei Jahre. Darüber hinausgehendes Einkommen wird zu Hälfte angerechnet.

Viele Berechtigte haben Bedenken, einen Rentenantrag zu stellen, weil sie befürchten, die Rückkehr in das Berufsleben sei durch die Rente verbaut. Das ist nicht der Fall. Auch beim Bezug einer EU-Rente ist die Aufnahme einer Beschäftigung möglich. Je nach Höhe des erzielten Verdienstes fällt die Rente dann ganz oder teilweise weg, bei Aufgabe der Tätigkeit kann die Rente wieder gezahlt werden.

Bis zum vollständigen Inkrafttreten der Rentenreform´99 bleibt noch einige Zeit , es ist daher durchaus denkbar, dass die neue Bundesregierungen weitere Veränderungen beschließt.

Zu sämtlichen Aspekten des aktuellen und neuen Rentenrechts erteilen die Auskunfts- und Beratungsstellen der BfA und LVA individuelle Auskünfte.

Dorothea Franke, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH); Beraterin der Auskunfts- und Beratungsstelle der BfA München

ENTSCHULDUNG

Andrea Brunner

In der Bundesrepublik Deutschland sind 2 bis 2,5 Millionen Haushalte *über*schuldet. Davon entfallen z.B. auf Bayern ca. 300 000 Haushalte, in München sind es etwa 40- bis 60 000. Weitere 15 Millionen Haushalte sind als *ver*schuldet zu bezeichnen, das heißt, sie haben Schulden, können ihren Zahlungsverpflichtungen aber (noch) nachkommen.

Gerade auch in der Beratung von Menschen mit HIV/AIDS spielt das Thema Schulden bzw. Entschuldung immer wieder eine große Rolle. Eine Entschuldung hat die meisten Aussichten auf Erfolg, wenn

- sie so früh wie möglich angegangen wird
- die Motivation der Schuldner/innen und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und Zuverlässigkeit geklärt ist
- den Schuldnern/Schuldnerinnen bewusst ist, dass Entschuldungen oft ein jahrelanger Prozess sind.

Die Verrentung hat für viele unserer Klienten und Klientinnen ein wesentlich geringeres Einkommen zur Folge, das aber sehr oft über dem Sozialhilfesatz und der Pfändungsfreigrenze* liegt. Daher bleiben Schulden und daraus resultierende Rückzahlungsverpflichtungen erhalten. Die Betroffenen müssen Lösungen finden, um ihren Zahlungsverpflichtungen nachkommen zu können. Damit geraten sie in eine Zwickmühle: Um ihren Lebensstandard so weit wie möglich zu halten, könnten sie einen Job annehmen und innerhalb der genau festgelegten Grenzen einen bestimmten Betrag pro Monat zur Rente oder Sozialhilfe hinzuverdienen. Andererseits werden die Gläubiger/innen Anspruch auf dieses zusätzliche Einkommen erheben. Für viele könnte eine Nebentätigkeit ein Ausweg sein, mit der sie aber auch ihre Restgesundheit über Gebühr beanspruchen. Aus diesem Grunde ist eine kompetente, alle Faktoren beachtende und ursachenorientierte Entschuldung gerade für diese Fälle zwingend anzustreben.

Die Wahl der Beratungsstelle

An welche Beratungsstelle sich Schuldner/innen wenden sollten, hängt sehr stark von ihrem individuellen Fall ab. Für HIV-positive Klienten/Klientinnen empfiehlt sich zunächst ein Gespräch mit einem/einer bereits vertrauten Berater/Beraterin z.B. in einer AIDS-Hilfe. Hier wird geklärt, ob die AIDS-Hilfe selbst weiterhelfen kann oder ob es sinnvoller ist, eine Schuldnerberatungsstelle mit Schuldenregulierungsverfahren oder aber einen Rechtsbeistand aufzusuchen.
Ein Index über alle Beratungsstellen in Deutschland findet sich in der Broschüre „Was mache ich mit meinen Schulden?", herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Glinkastr. 18-24, 10117 Berlin)

Die Zusammenstellung der notwendigen Unterlagen

Um ein Entschuldungsverfahren einleiten zu können, müssen alle relevanten Unterlagen vollständig vorliegen.
Dazu gehören:

- eine komplette Gläubigerliste mit Aufzählung der Grundschuld, der Zinsen und Gebühren, der monatlichen Raten, dem Zeitpunkt des Schuldenbeginns und den bereits geleisteten Ratenzahlungen. Sind keine aktuellen Unterlagen vorhanden kann man bei den Gläubigern/Gläubigerinnen eine Forderungsaufstellung anfordern.
- ggf. Auszüge über Eintragungen im Schufa- oder Schuldnerverzeichnis beim Amtsgericht (können beim Amtsgericht angefordert werden).
- Unterlagen zu den Schuldverpflichtungen in Kopie; ursprünglicher Vertrag, unterzeichnete Abtretungserklärungen, Kreditkündigungen, Mahn- und Vollstreckungsbescheide, Urteile, Schuldaner-

* Die Pfändungsfreigrenze richtet sich u.a. nach dem Einkommen und den laufenden Kosten für Miete, Heizung usw. Sie ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich hoch, entspricht aber in etwa dem jeweiligen Sozialhilfesatz. In besonderen Notsituationen (z.B. bei einer schweren Erkrankung) ist im Einzelfall eine Heraufsetzung möglich. Das gilt jedoch nicht für Forderungen aus einer strafbaren Handlung.

kenntnisse, aktuelle Gläubigerschreiben (Ratenzahlung, Vergleiche, Stundungen).

Budgeterstellung

Um einen Überblick über die Gesamtsituation zu erlangen, ist als nächster Schritt eine genaue Einnahmen-Ausgabenauflistung notwendig. Dafür eignen sich z.B. so genannte Haushaltsplaner (zu bestellen bei: Geld und Haushalt, Beratungsdienst der Sparkasse, Postfach 2580, 53015 Bonn).

Darüber hinaus müssen folgende Fragen geklärt werden:
- Wie ist es um die gesundheitliche/sozialrechtliche Situation des Klienten/der Klientin bestellt?
- Ist mit einem langfristigen Gehaltsbezug zu rechnen?
- Wird Krankengeld bezogen oder eine Verrentung angestrebt.?
- Bezieht der Klient/die Klientin Sozialhilfe, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe?
- Erhält er/sie Leistungen der Pflegekasse?
- Bleiben die Einnahmen stabil, oder treten kurz-, mittel- oder langfristige Veränderungen ein, die bei der Erstellung eines Schuldenrückzahlungplanes bedacht werden müssen?

Kostensenkung/Suche nach Geldquellen

Anschließend gilt es, gemeinsam mit der beratenden Fachkraft zu überlegen, wo Kosten eingespart bzw. ob zusätzliche Finanzierungsquellen genutzt werden können.
Hier stehen folgende Fragen im Vordergrund:
- Welche Versicherungen könnten gekündigt werden?
- Gibt es einen Anspruch auf Fernseh, -Telefon- oder Rundfunkgebührenbefreiung? (Bei Telefonschulden besteht die Möglichkeit, das Gerät einseitig sperren zu lassen und nur die Grundgebühr zu zahlen.)
- Welche Erleichterungen (z.B. Freifahrtberechtigung, Steuerfreibeträge) bietet ein Behindertenausweis?
- Besteht die Möglichkeit, durch Untervermietung oder den Umzug in eine günstigere Wohnung Miete einzusparen?
- Hat der Schuldner/die Schuldnerin selbst Außenstände, die eingefordert werden können?
- Sind begrenzte finanzielle Hilfen durch Stiftungen möglich?

Ursachenforschung

In der Schuldnerberatung geht es nicht nur um die Reduzierung der Schulden mittels „finanztechnischer" Lösungen, sondern auch um die Frage, wie die Schulden entstanden sind und welche Verhaltensweisen eine Verschuldung verursachen können. Die Themen Sucht, Grenzüberschreitungen, Omnipotenz, Minderwertigkeitsgefühle, Krankheit, Angst vor dem Sterben, Sinn des Lebens etc. spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Ziel der Beratung ist also auch ein psychosozialer Veränderungsprozess, der durch regelmäßige Gespräche angestoßen werden muss.

Sozialpädagogische Maßnahmen

Ein Ziel der Beratung ist es auch, der Entstehung neuer Schulden entgegen zu wirken. Hier wird sich die beratende Fachkraft an folgenden Fragen orientieren:
- Ist eine gesetzliche Betreuung sinnvoll?
- Könnte eine hauswirtschaftliche Beratung von Nutzen sein?
- Bietet sich in Zusammenarbeit mit einer Beratungsstelle oder einem Pflegedienst eine Haushaltsgeld- bzw. Taschengeldverwaltung an?
- Sollte das Sozialamt regulierend eingreifen, indem es z.B. Miet- und Heizkosten direkt abführt oder die Verteilung der Rente übernimmt?

Mietschulden/Wohnungskündigungen

Wenn Mietschulden bestehen und der Verlust der Wohnung droht, ist die Fachstelle zur Vermeidung und Behebung von Obdachlosigkeit (FAST) im Wohnungsamt zuständig. Eine umgehende Kontaktaufnahme ist hier angebracht, um die weiteren Schritte bzw. Möglichkeiten einer Mietschuldübernahme

nahme ist hier angebracht, um die weiteren Schritte bzw. Möglichkeiten einer Mietschuldübernahme zu besprechen.

Die Zahlung der Miete hat immer Vorrang vor anderen Gläubigerzahlungen. Häufig kann ein Mietdauerauftrag nicht mehr erfüllt werden, weil das Girokonto überzogen ist und die Bank keine Überweisungen mehr ausführt. Die Einrichtung eines Girokontos auf Guthabenbasis (besonders günstig bei den Sparkassen) bietet eine Möglichkeit, die künftigen Mietzahlungen nicht zu gefährden. Bei Energieschulden sollte geprüft werden, inwieweit eine Übernahme durch das Sozialamt oder eine Stiftung möglich ist.

Öffentlich-rechtliche Gläubiger

Schulden beim Finanzamt, beim Arbeitsamt, bei der Stadtkasse oder Schulden aus einem Strafverfahren (Bußgeld) können nicht durch Verhandlungen mit dem Gläubiger „reduziert" werden. Öffentlich-rechtliche Gläubiger müssen auch nicht das übliche Mahnverfahren einhalten, da ihre im Bescheid ausgewiesenen Forderungen bereits einen Rechtstitel darstellen und der/die Gerichtsvollzieher/in die Sach- oder Gehaltspfändung vornehmen kann, nachdem eine Mahnung durch das Hauptzollamt erfolgt ist. Eine Heraufsetzung der Pfändungsfreigrenze ist bei Forderungen aus einer strafbaren Handlung nicht möglich.

Lohnpfändung/Verlust des Arbeitsplatzes

Wenn auch eine Kündigung der Arbeitsstelle aufgrund einer Lohnpfändung gesetzlich nicht erlaubt ist, kann es durchaus vorkommen, dass andere Gründe vorgeschoben werden, um dennoch eine Kündigung durchzusetzen. Häufig ist die Angst der Klientinnen und Klienten vor einer Kündigung jedoch größer als die reale Bedrohung. Gerade in großen Firmen sind Gehaltspfändungen keine Seltenheit; eine Kündigung ist dort sehr unwahrscheinlich. Das gilt allerdings nicht für Schuldner/innen, die mit Geldgeschäften zu tun haben.
Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (mindestens 50%) stehen unter besonderem Kündigungsschutz.

In Verhandlungen mit den Gläubigern/Gläubigerinnen sollten diese auf die Möglichkeit einer Kündigung durch den/die Arbeitgeber/in aufgrund einer Lohnpfändung aufmerksam gemacht werden.

Überprüfung der Forderungen

Forderungen von Gläubigern/Gläubigerinnen haben nicht immer eine Rechtsgrundlage. Es ist daher wichtig zu überprüfen, ob sachliche oder rechtliche Einwände gegen eine Forderung bestehen. Dies gilt vor allem für

- Forderungen von Inkassobüros
- Forderungen aus Bürgschaften
- Forderungen aus Partnerschaftsvermittlungsverträgen
- Forderungen aus Mitverpflichtungen von Personen, deren Einkommen in keinem Verhältnis zu der übernommenen Verpflichtung steht oder die dem/der Hauptkreditnehmer/in strukturell unterlegen oder wirtschaftlich von ihm/ihr abhängig sind. (Das betrifft z.B. Schuldner/innen, deren Mittellosigkeit dem/der Hauptkreditnehmer/in bekannt war, geistig Behinderte oder bei Vertragsabschluss noch Minderjährige.)
- Rechnungen über Gebühren eines Kreditvermittlungsinstituts oder einer kommerziellen Schuldnerberatung, die keine Leistung erbracht hat
- die Höhe des geforderten Zinssatzes (nach dem Verbraucherkreditgesetz darf der Zinssatz nach der Kündigung eines Kredites die Höhe des jeweiligen Diskontsatzes plus 5 % nicht überschreiten. Liegt der Zinssatz darüber, muss gegen den Anteil, der die gesetzlich festgelegte Höhe übersteigt, ein Teilwiderspruch eingelegt werden.

Mahnverfahren

In der Regel verläuft ein Mahnverfahren folgendermaßen: Der/die Gläubiger/in setzt in einem ersten Mahnschreiben eine Frist, innerhalb der der offenstehende Betrag getilgt werden soll. Eventuell schlägt er/sie darin auch eine Ratenzahlung vor. Reagiert der/die Schuldner/in nicht, wird in einem

zweiten Brief erneut eine Frist gesetzt. Bleibt auch auf dieses Schreiben die gewünschte Reaktion aus, so wird der/die Gläubiger/in im dritten Brief rechtliche Schritte ankündigen, d.h. mit der Pfändung drohen. Ist die letzte Frist verstrichen, wird er/sie zum Gericht gehen, um dort einen Rechtsanspruch auf die Begleichung der Schulden geltend zu machen. Dabei überprüft das Gericht nicht, ob die Forderungen rechtmäßig sind. Es stellt einen Mahnbescheid zu, gegen den innerhalb von zwei Wochen Widerspruch erhoben werden kann. Wenn der/die Schuldner/in weder Widerspruch erhebt noch die Schuld tilgt, wird der Mahnbescheid auf Antrag des Gläubigers/der Gläubigerin für vollstreckbar erklärt. Auch gegen den Vollstreckungsbescheid ist ein Einspruch innerhalb von zwei Wochen möglich. Nach dem Ablauf dieser Frist ist der Bescheid rechtskräftig, und der/die Gläubiger/in kann mit dem sog. Titel 30 Jahre lang die Vollstreckung betreiben. Er/sie kann sich dann z.B. an den/die Arbeitgeber/in oder an die Bank des Schuldners/der Schuldnerin wenden oder eine/n Gerichtsvollzieher/in einschalten.

Das Gericht kann ein sog. Versäumnisurteil verhängen, wenn der/die Schuldner/in einer Vorladung zur Verhandlung nicht nachkommt oder nicht auf ein ergangenes Urteil reagiert. Gegen das abschließende Endurteil vor dem Landgericht kann innerhalb von vier Wochen Berufung eingelegt werden.

Kontoüberziehung/Kontenpfändung

Wer als Arbeitnehmer/in einen Dispositionskredit bei der Bank überzieht, bis der Kredit gekündigt wird, muss damit rechnen, dass die Bank das eingehende Gehalt mit dem überzogenen Betrag verrechnet und somit keine Auszahlung mehr erfolgt. In diesem Fall empfiehlt es sich, ein sog. Guthabenkonto (für das kein Dispo-Kredit eingeräumt wird) bei einer anderen Bank oder der Sparkasse zu eröffnen, um An- oder Überweisungen vornehmen zu können.

Handelt es sich bei den eingehenden Beträgen allerdings um Sozialleistungen gemäß §18-29 SGB, also um Sozialhilfe, Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Rente, so muss die kontoführende Bank den Betrag innerhalb einer Frist von sieben Tagen auszahlen. Wird das Geld in dieser Zeit nicht abgefordert, darf der Kontoeingang genauso gegen den Schuldsaldo aufgerechnet werden.

Hat ein/e Gläubiger/in einen gerichtlichen Pfändungs- und Überweisungsbeschluss erwirkt, kann ein Konto ab dem Datum der Zustellung in Höhe des Anspruchs des Gläubigers/der Gläubigerin gepfändet werden. Ist das Konto überzogen, erhält der/die Gläubiger/in nichts. Häufig kündigt dann aber die Bank den Dispokredit oder sogar die gesamte Kontoverbindung.
Das Gericht informiert die Bank mit der Zustellung des Pfändungs- und Überweisungsbeschlusses über die Pfändbarkeit der Eingänge und Guthaben. Schuldner/innen, bei deren Kontoeingängen es sich um Sozialleistungen handelt, müssen dies gegenüber dem Gericht per Einkommensbeleg nachweisen. Die Bank ist dann zur Auszahlung dieses Guthabens verpflichtet.

Einkommenspfändung/Pfändungsfreigrenze

Da - bedingt durch eine Pfändung - der sozialhilferechtliche Bedarf (d.h. der Sozialhilfe-Regelsatz plus Miete, Heizkosten und ggf. Mehrbedarf) unterschritten werden kann, sollte man möglichst umgehend einen Antrag auf Heraufsetzung der Pfändungsfreigrenze beim Vollstreckungsgericht stellen. Vorab muss beim Sozialamt eine entsprechende Bescheinigung (Rundschreiben Nr. 9/94) besorgt werden. Bei Abtretungen gegenüber dem/der Arbeitgeber/in (z.B. wenn der/die Schuldner/in Vorschuss genommen hat) ist eine Heraufsetzung der Pfändungsfreigrenze nur durch eine sog. Feststellungsklage möglich. Bei Pfändungen, die Sozialleistungen betreffen – was nur bei Forderungen aus einer strafbaren Handlung zulässig ist -, ist der Sozialhilfeträger von Amts wegen verpflichtet, auf Antrag den sozialhilferechtlichen Bedarf des Schuldners/der Schuldnerin zu berücksichtigen (§ 850 f Abs. 1a, ZPO)

Pfändung von Wertgegenständen

Wenn ein/e Gläubiger/in bei Gericht einen Vollstreckungstitel erwirkt hat, kann ein/e Gerichtsvollzieher/in mit der Pfändung von Wertgegenständen (z.B. in der Wohnung des Schuldner/der Schuldnerin) beauftragt werden. Dies geschieht vor allem dann, wenn dem/der Gläubiger/in weder Kontoverbindung noch Arbeitgeber/in bekannt sind. Auf Schreiben des/der Gerichtsvollziehers/-vollzieherin sollten Schuldner/innen in jedem Fall reagieren, um eine richterlich angeordnete zwangsweise Öffnung und Durchsuchung der Wohnung auf ihre Kosten zu vermeiden.

Schuldner/innen sind nicht verpflichtet, gegenüber dem/der Gerichtsvollzieher/in Angaben über den/die Arbeitgeber/in oder andere Geldquellen zu machen.

Die eidesstattliche Versicherung (früher „Offenbarungseid")

Eine eidesstattliche Versicherung dokumentiert, dass der/die Schuldner/in zahlungsunfähig ist und Forderungen an ihn/sie zwecklos sind. Der/die Schuldner/in ist verpflichtet, dem Gericht eine Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse – z.B. durch einen neuen Job, eine Erbschaft oder einen Gewinn – sofort mitzuteilen. Die eidesstattliche Versicherung kann auf Dauer nur verhindert werden, indem der/die Schuldner/in
- zahlt
- ein Zahlungsangebot in Aussicht stellt, auf das der/die Gläubiger/in eingeht
- oder bei Gericht einen Antrag auf Aussetzung des Termins der eidesstattlichen Versicherung stellt (§ 900 Abs. 4 ZPO). In diesem Fall muss die Forderung des Gläubigers/der Gläubigerin innerhalb von drei Monaten getilgt werden.

In der Beratung ist zu beachten, dass die Abgabe der eidesstattlichen Versicherung für Klientinnen und Klienten ohne eigenes Einkommen bzw. pfändbares Vermögen sogar Ruhe bringt; die Gläubiger/innen wissen dann, dass ihre Forderungen in absehbarer Zeit nicht realisierbar sind. Ängstigende Briefe von ihnen unterbleiben für eine gewisse Zeit. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass Gläubiger/innen einen Pfändungs- und Überweisungsbeschluss beantragen (der allerdings – sofern sich an der Einkommens- und Vermögenssituation nichts geändert hat – ohne Folgen bleibt).

Das Verbraucherinsolvenzverfahren

Ziel dieses bereits im Jahre 1994 verabschiedeten Gesetzes ist die Befreiung von der Restschuld. Das Verbraucherentschuldungsverfahren besteht aus vier auf einander folgenden Schritten:

1. Außergerichtliche Schuldenregulierung (Vorschaltverfahren § 305 Abs1 Nr.1 InsO):
Der/die Schuldner/in muss sich mit Hilfe einer anerkannten Schuldnerberatungsstelle oder eines/einer Rechtsanwaltes/-anwältin bemühen, auf der Grundlage eines Regulierungsplanes z.B. über Ratenzahlungen, Einmalzahlungen aus Drittmitteln o.ä. eine außergerichtliche Schuldentilgung zu erreichen. Die Einkommens -und Vermögensverhältnisse müssen gegenüber dem/der Gläubiger/in dargelegt werden. Bei den Verhandlungen mit dem/der Gläubiger/in sollte als Orientierungsgröße der Betrag ermittelt werden, den der/die Schuldner/in im gerichtlichen Verbraucherinsolvenz- bzw. im Restschuldbefreiungsverfahren voraussichtlich an die Gläubiger/innen zahlen müsste. (Vor Gericht werden sämtliche möglichen Belastungen - z.B. Unterhalt für Kinder – berücksichtigt; maximal wird ein Betrag bis zur Pfändungsfreigrenze festgelegt.)

Scheitert der außergerichtliche Einigungsversuch, so kann der/die Schuldner/in innerhalb von sechs Monaten beim Amtsgericht/Insolvenzgericht den zweiten Schritt einleiten, indem er/sie einen Antrag auf Eröffnung des Verbraucherinsolvenzverfahrens stellt.

2. Das Eröffnungsverfahren mit gerichtlichem Schuldenbereinigungsplan (§ 305-310 InsO):
Vor dem eigentlichen Verfahren wird über den Gerichtsweg noch einmal ein gütlicher Einigungsversuch unternommen. Der/die Schuldner/in reicht hierzu einen Schuldenbereinigungsplan ein (§ 305 ff InsO). Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens ruht, während die Gläubiger/innen den Plan prüfen. Nimmt die Gläubigerseite den Plan an, hat er die gleiche Wirkung wie ein gerichtlicher Vergleich im Sinne des § 794 Abs. 1 Nr. 1 ZPO. Lehnt sie ihn ab, folgt der dritte Schritt:

3. Das vereinfachte Insolvenzverfahren (§311-314 InsO)
Nun wird der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens wieder aufgenommen. Vorab prüft das Gericht noch, ob Abweisungsgründe vorliegen (z. B. § 26 InsO: fehlende Deckung der Verfahrenskosten von 1000-2000 DM; § 305 Abs. 3 S. 2 InsO: fehlende Unterlagen).
Das Gericht bestellt eine/n Insolvenzverwalter/in mit Verfügungsrecht, der/die das gesamte pfändbare Vermögen, das der/die Schuldner/in besitzt oder erlangt, verwaltet . Eventuell vorhandenes Vermögen des Schuldners/der Schuldnerin wird verwertet und der Erlös an die Gläubiger/innen ausgeschüttet.

Im Schlusstermin (§ 197 InsO) des Verfahrens können die Gläubiger/innen Gründe zur Versagung der Restschuldbefreiung geltend machen (§ 290 InsO). Nach dem Schlusstermin können keine Versagensgründe mehr wirksam gegen den Schuldner/die Schuldnerin vorgebracht werden.

4. Das Restschuldbefreiungsverfahren mit Wohlverhaltensperiode (§ 286-303 InsO):
Jetzt muss der/die Schuldner/in während einer fünf- bis siebenjährigen Wohlverhaltensperiode die pfändbaren Anteile seines/ihres Einkommens zur Tilgung der Schulden an den/die Treuhänder/in abführen. Für Schuldner/innen, die vor dem 01.01.97 zahlungsunfähig geworden sind, dauert die Wohlverhaltensperiode fünf Jahre, für neue Fälle sieben Jahre.

Einmal pro Jahr werden die abgetretenen Beträge (nach Abzug der Vergütung des/der Insolvenzverwalters/-verwalterin) quotenmäßig an die Gläubiger/innen verteilt, wobei Lohn/Gehaltsabtretungen, die bereits vor der Eröffnung des Insolvenzverfahrens bestanden, für die Dauer von drei Jahren (Altfälle zwei Jahre) Vorrang haben. Nach dem Ablauf der Wohlverhaltensperiode erteilt das Gericht unter der Voraussetzung, dass keine Obliegenheitsverletzungen (§ 296 InsO) oder sonstige Versagensgründe (§ 297, 298 InsO) vorliegen, die Restschuldbefreiung.

Wichtig: Von der Restschuldbefreiung ausgenommen sind Verbindlichkeiten aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung, Geldstrafen, Geldbußen, Ordnungsgelder und Zwangsgelder (§302 InsO).

Die Restschuldbefreiung kann unter bestimmten Umständen bis zu einem Jahr nach ihrer rechtskräftiger Erteilung widerrufen werden.

Andrea Brunner; Dipl. Sozialpäd. (FH). Die Autorin arbeitet seit Dezember 1987 im Pflege & Service Centrum der Münchner AIDS-Hilfe e. V. als Sozialpädagogin. Sie leitet den psychosozialen Bereich des Dienstes. Darüber hinaus ist sie neben der Praktikantenanleitung federführend für das Projekt „Essen in Gesellschaft" zuständig. Im Rahmen ihrer Tätigkeiten ist sie im besonderen Maße Teil der Vernetzung zwischen Pflegebereich, Beratungsstelle und Ehrenamtlichen.

Anhang

Auszug aus:

Arbeit und Beschäftigung Für Menschen mit HIV und AIDS

Band 3
Beschreibung der Förderinstrumente und zusammenfassende Bewertung der Bedarfserhebung Band 1 und 2

August 1998

AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
Paul-Roosen-Straße 43
22767 Hamburg
Büro 040-319 69 81
Beratung 040-194 11
Telefax 040-319 69 84

Die staatlichen Hilfen EU-Rentner (Rente wegen Erwerbsunfähigkeit)

Bei unserer Erhebung hat sich herausgestellt, daß EU-Rente allein oder zusammen mit anderen Einkommensarten die weitaus häufigste Einkommensart ist. Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU) ist nicht gesondert genannt. Der Unterschied sei hier dennoch kurz erläutert: Eine EU-Rente erhält, wer im Vergleich zu einem gesunden Menschen infolge von Krankheit, Gebrechen oder Schwäche bei gleicher Ausbildung nur noch die Hälfte der Erwerbsfähigkeit besitzt. Ein EU-Rentner dagegen ist voll erwerbsunfähig. Mit der Rentenreform 1999 wird diese Unterscheidung allerdings hinfällig. Es gibt dann nur noch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente. Wir sind in unseren Beispielen von der EU-Rente ausgegangen und leiten dann die Voraussetzungen der BU-Rente davon ab.

Der Wunsch nach einem angemessenen Arbeitsplatz ist mit der Grundsicherung der EU-Rente schwer zu vereinbaren. Dennoch gibt es verschiedene Möglichkeiten, neben dem Bezug der Rente zu arbeiten.

„Ich möchte wieder etwas tun - wie kann ich das machen, ohne meine Rente zu verlieren?"

Generell ist es möglich, die volle Rente zu behalten und dennoch zu arbeiten. Erlaubt ist ein regelmäßiger Verdienst von höchstens 620,- Mark monatlich, an zwei Monaten im Jahr bis zu 1240,- (durch Sonderzahlungen wie z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld). Eine weitere Bedingung ist, daß die Arbeit im Beschäftigungsverhältnis geleistet werden muß: Selbständige Tätigkeiten sind verboten und führen, unabhängig von der Höhe des Einkommens, zu einer Aberkennungen des Status der Erwerbsunfähigkeit.

ERLAUBT: ABHÄNGIGE REGELMÄBIGE BESCHÄFTIGUNG BIS 620 MARK

siehe Paragraph 44 Sozialgesetzbuch (SGB) IV

„Der Job macht Spaß - ich möchte mehr arbeiten als für 620 Mark".

Auch dies ist möglich, und zwar in mehreren Abstufungen - je nachdem, wieviel man arbeiten will. Einen Haken hat die Sache allerdings: Die Nebentätigkeit darf nicht regelmäßig sein, sonst ist die Erwerbsunfähigkeit nicht glaubhaft und man wird auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit herabgestuft. Erlaubt und mit der Erwerbsunfähigkeit verträglich sind „abhängige Beschäftigungen, die nur noch unregelmäßig, also gelegentlich und zeitlich eingeschränkt ausgeübt werden können" (aus: „BfA-Information, Rente und Hinzuverdienst 1998"). In diesem Fall sollte man sich unbedingt an die Rentenberatungsstellen der Versicherungsträger wenden.

MEHR ALS 620 MARK: NUR UNREGELMÄBIGES EINKOMMEN AUS EINER ABHÄNGIGEN BESCHÄFTIGUNG

siehe Paragraph 43 und 44 Sozialgesetzbuch (SGB) IV

Bei unregelmäßigen Einkünften von mehr als 620,- Mark monatlich wirkt sich der Nebenverdienst auf die Höhe der EU-Rente aus: Sie sinkt nach dem Prinzip „je mehr Hinzuverdienst, desto weniger Rente" in mehreren Stufen. Jeder dieser Stufen entspricht eine vom Gesetzgeber festgelegte „Hinzuverdienstgrenze". Sie gibt den höchstmöglichen Betrag an, den man neben seiner jeweiligen EU-Rente verdienen darf.

Die oberste dieser Stufen ist die volle EU-Rente, die nächste die EU-Rente in Höhe einer BU-Rente (Rente wegen Berufsunfähigkeit). Bei der BU-Rente ist ein Zuverdienst erlaubt, er wird vom Gesetzgeber sogar erwartet.

Dabei ist wichtig, daß man zwar nur eine BU-Rente bekommt, jedoch nicht den Status der Erwerbsunfähigkeit verloren hat. Wie die Renten, so werden auch die Hinzuverdienstgrenzen individuell nach dem Verdienst des Rentners berechnet. Entscheidend ist hierfür der Verdienst im letzten Kalenderjahr vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Die untenstehende Tabelle ermöglicht wegen der individuellen Berechnung nur eine ungefähre Orientierung. Die Werte geben die Grenzen für den gesetzlich festgelegten „Durchschnittsverdiener" an (Bruttoverdienst):

Volle EU-Rente: Hinzuverdienst erlaubt max. mtl. 620,- (an zwei Monaten im Jahr 1240,- Mark).

Verminderte EU-Rente in Höhe einer vollen BU-Rente: Hinzuverdienst erlaubt max. mtl. 2502,- Mark (an zwei Monaten im Jahr 5004,- Mark)

Verminderte EU-Rente in Höhe einer 2/3-BU-Rente: Hinzuverdienst erlaubt max. mtl. 3336,- Mark (an zwei Monaten im Jahr 6672,- Mark)

Verminderte EU-Rente in Höhe einer 1/3-BU-Rente: Hinzuverdienst erlaubt max. mtl. 4169,- Mark (an zwei Monaten im Jahr 8338,- Mark)

BfA - Information Rente und Hinzuverdienst 1998
Herausgeber: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
Dezernat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Ruhrstraße 2,
10704 Berlin.Telefon: 030 - 8651

Info - Telefon außerhalb der Geschäftszeiten
Montag bis Mittwoch 15.30 bis 19.30 kostenpflichtig:
Fragen zur Rente?
Rat zum Rentenrecht oder zur Rehabilitation?
Informationsschriften der BfA?
Für Berlin: 01802 / 33 19 19
Für andere Bundesländer: 01803 / 33 19 19

Überschreitet man auch diese letzte Hinzuverdienst-Grenze, dann „bleibt zwar der Anspruch auf die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit dem Grunde nach bestehen solange Erwerbsunfähigkeit vorliegt, es wird aber keine Zahlung mehr geleistet" (Zitat: „BfA-Informationen Rente und Hinzuverdienst").

* **TIP:** Wegen der sehr individuellen Betrachtungsweise und des großen Ermessensspielraumes bei der Beurteilung der Hinzuverdienste sollte der EU-Rentner unbedingt mit dem Rentenberater absprechen, ob trotz seines Arbeitsvorhabens noch der Anspruch auf Erwerbsunfähigkeit gegeben ist.

Das Herunter- und Hochstufen auf die verschiedenen Rentenstufen je nach Hinzuverdienst wird nach Mitteilung an den Rentenversicherungsträger vorgenommen. Es besteht nicht die Gefahr, durch einen höheren Hinzuverdienst den Rentenanspruch generell zu verlieren oder durch einen niedrigeren Hinzuverdienst Rente zu verschenken. Auch die Rückkehr zum Bezug der

vollen EU-Rente ist jederzeit möglich, solange die Versicherungsanstalt nicht in Frage stellt, daß die Erwerbsunfähigkeit überhaupt noch besteht.

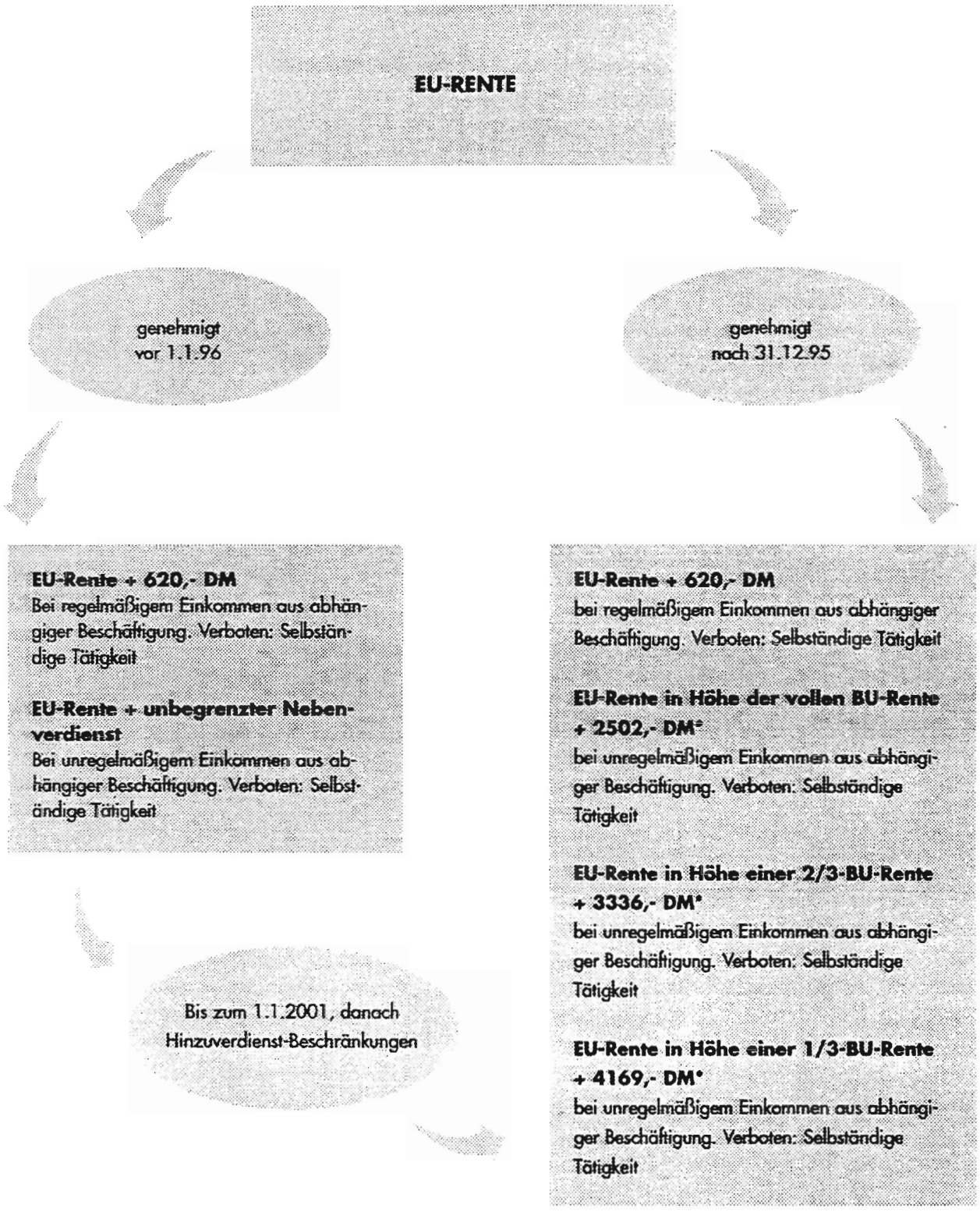
Die obengenannten Regelungen gelten bei einem Rentenbeginn nach dem 1.1.96. Hat man die Rente schon vor diesem Zeitpunkt erhalten, so läßt der Gesetzgeber einen unbegrenzten Hinzuverdienst bis zum 1. Januar 2001 zu, ohne daß die EU-Rente gemindert würde. Jedoch sind auch hier nur abhängige und unregelmäßige Tätigkeiten zugelassen. Selbständige Tätigkeiten sind nicht erlaubt. Bei einem hohen Zuverdienst wird immer geprüft werden, ob eine Erwerbsunfähigkeit überhaupt noch vorliegt.

Zusammenfassend läßt sich über das **Problem der Aberkennung der Erwerbsunfähigkeit** Folgendes sagen: Nicht in Gefahr ist die EU bei abhängigen regelmäßigen Beschäftigungen bis zu einem Einkommen von 620,- DM. Ebenfalls unproblematisch ist eine abhängige unregelmäßige Beschäftigung von mehr als 620,- DM (z.B. Aushilfstätigkeit). In diesem zweiten Fall wird eine verminderte EU-Rente bezahlt, solange die Tätigkeit anhält.

Eine Erwerbsunfähigkeit kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte andererseits nicht mehr erkennen, wenn der Versicherte eine selbständige Tätigkeit aufnimmt, sich sein Gesundheitszustand bessert oder hohe regelmäßige Hinzuverdienste erarbeitet werden.

Eine zusammenfassende Darstellung über die Möglichkeiten des Hinzuverdienstes neben einer EU-Rente zeigt Diagramm 1 auf der folgenden Seite.

Diagramm 1: MÖGLICHKEITEN DES HINZUVERDIENSTES NEBEN EU-RENTE



* Diese Angaben sind abhängig von der individuellen Situation des Betroffenen. Hier werden die Beträge für einen Durchschnittsverdiener und bezogen auf die alten Bundesländer genannt. Zweimal jährlich ist der doppelte Betrag erlaubt, zum Beispiel aufgrund von Weihnachtsgeld.

Quelle: Rente und Hinzuverdienst 1997, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

„Ich möchte regelmäßig Vollzeit arbeiten"

Das ist im Grundsatz kein Problem, geht aber nur, wenn man gleichzeitig die Rente vollständig aufgibt. Klug wird eine solch einschneidende Maßnahme angesichts der Unsicherheit der Rentengesetzgebung und der noch unklaren mittel- bis langfristigen Wirkungen der Kombi-Therapie allerdings nur in wenigen Fällen sein. Der Wiedereinstieg in EU- oder BU-Rente geht nur über einen völlig neuen Antrag auf Rentenbezug zu den dann geltenden Bedingungen.

VOLLZEITARBEIT - VERZICHT AUF RENTE UND RENTENANSPRUCH

Personen, die ihre EU-Rente vollständig aufgeben oder deren Rente aus anderen Gründen ausläuft (befristete Renten), haben noch ein Jahr lang Anspruch auf Arbeitslosenhilfe. Sie berechnet sich nach derselben Bemessungsgrundlage wie die EU-Rente. Später, bei einer etwaigen Umschulung oder Weiterbildung, begründet sich auf diese Arbeitslosenhilfe ein Anspruch auf Unterhaltsgeld.

siehe Paragraph 44 Sozialgesetzbuch (SGB) IV

„Aus dem 620-Mark-Job könnte sich ein Vollzeit-Arbeitsplatz entwickeln - ich kann aber nicht so recht einschätzen, ob ich das auch schaffe"

Es gibt die Möglichkeit des „Arbeitsversuchs". Das bedeutet ein vollständiges Aussetzen der Rente auf Zeit, ohne daß der Rentenanspruch verloren geht. Diese Möglichkeit gewährt die Versicherungsanstalt gemäß den persönlichen Voraussetzungen.

ZEITWEILIGES AUSSETZEN DER RENTE BEI „ARBEITSVERSUCH

* **TIP:** Auch bei dieser Möglichkeit ist ein Gespräch mit dem Rentenberater zwingend nötig.

„Zur Rente bekomme ich aufstockende Sozialhilfe - und möchte trotzdem etwas arbeiten"

Auch dies ist möglich. Es gibt hier verschiedene Freibeträge, die Sozialhilfe-unschädlich sind. Sie unterscheiden sich nach Erwerbstätigen mit beschränktem Leistungsvermögen und schwerstbehinderten / blinden Erwerbstätigen. Einen Freibetrag erhält auch, wer eine Fortbildung oder Umschulung macht und Unterhaltsgeld bekommt. Für nähere Informationen siehe das Kapitel über Sozialhilfe ab Seite 21.

HINZUVERDIENST: ANRECHNUNG AUF AUFSTOCKENDE SOZIALHILFE

* **Zu diesem Fall eine Risikoabwägung:** Erhält ein Rentner zusätzlich zu seiner Rente ergänzende Sozialhilfe, dann ist der Ausstieg aus der Rente in eine Vollzeit-Arbeitsstelle finanziell nur mit einem begrenzten Risiko behaftet: Gibt er den Job später wieder auf und geht zurück auf eine möglicherweise (infolge

der Rentenreform) deutlich niedrigere Rente, so wird der Rentenverlust ausgeglichen durch den dann höheren Sozialhilfeanteil. Er wird - wie vorher - den Sozialhilfesatz erhalten. Der zweite Teil der Risikoabwägung betrifft den persönlichen Status des Rentners: Gesellschaftlich wird der Status eines Sozialhilfebeziehers als schlechter und unsicherer angesehen als der eines Rentners.

Exkurs: Geänderte Renten (Rentenreformgesetz 1999)

Die vergangene CDU/CSU/FDP - Regierungskoalition hat einen Entwurf zum Rentenreformgesetz 1999 vorgelegt, der bereits vor der Bundestagwahl 1998 die parlamentarische Abstimmung passiert hat. Es wird zwar angekündigt, daß bei einem Regierungswechsel die Rentenreform noch einmal auf dem Prüfstand steht. Gleichwohl werden sich die Bedingungen für viele Bezieher und Antragsteller auf EU-Rente verschlechtern. Obgleich niemand bisher sagen kann, wie dies konkret aussieht, weisen Interessensverbände auf folgende Neuerungen hin:

Ein Schwerpunkt der Änderungen ist die Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Mit Wirkung vom 1. Januar 2000 wird die Berufsunfähigkeitsrente und die Erwerbsunfähigkeitsrente durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Eine zweite wichtige Änderung betrifft die Lage auf dem Arbeitsmarkt, die künftig bei der Bewertung der Erwerbsunfähigkeit keine Rolle mehr spielen soll.

Eine dritte wichtige Änderung ist, daß mit der Einführung des neuen Gesetzes grundsätzlich die verbleibende Rest-Erwerbsfähigkeit dazu genutzt werden muß, um neben der Rente zusätzliches Arbeitseinkommen zu erzielen. Das bedeutet für Menschen, die keinen Teilzeitarbeitsplatz finden, eine Abhängigkeit von ergänzenden Hilfen aus der Arbeitslosenversicherung oder der Sozialhilfe.

Eine Broschüre zum Rentenreformgesetz 1999 „Die wichtigsten Neuregellungen im Überblick" ist bei der BfA Berlin zu erhalten. Telefon 030/ 86 52 25 68

Die Rentenansprüche sollen sich folgendermaßen verändern:

- Die Rente wegen Berufsunfähigkeit wird ersatzlos gestrichen
- Wer nach ärztlichem Gutachten täglich mehr als sechs Stunden arbeiten kann, hat ab dem Jahr 2000 keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit mehr.
- Wer täglich noch sechs bis drei Stunden arbeiten kann, hat nur noch Anspruch auf eine halbe Rente, die sogenannte „halbe Erwerbsminderungsrente"
- Wer täglich weniger als drei Stunden arbeiten kann, bekommt „volle Erwerbsminderungsrente"

Zusätzlich ist geplant, daß die Erwerbsminderungsrenten mit Abschlägen bis zu 18% (im Vergleich zu heutigen Renten) belegt werden. Setzen sich diese Regelungen der Rentenreform tatsächlich durch, so wird ein Großteil von Menschen mit HIV und AIDS zwangsläufig in die Sozialhilfe abrutschen.

Einen Überblick gibt die auf der folgenden Seite abgebildete Tabelle 1:

Tabelle 1: NEUORDNUNG DER RENTEN WEGEN VERMINDERTER ERWERBSFÄHIGKEIT

Vergleich des geltenden Rechts mit den vorgesehenen Neuregelungen

Einsatzvermögen	**bisherige Regelung** *ggf. auf Zeit	**neue Regelung** (ab 1.1.2000)
8 Stunden	Berufsunfähigkeitsrente*	keine Rente
6 bis 8 Stunden	Erwerbsunfähigkeitsrente*	keine Rente
3 bis 6 Stunden	Erwerbsunfähigkeitsrente*	halbe Erwerbsminderungsrente
unter 3 Stunden	Erwerbsunfähigkeitsrente*	volle Erwerbsminderungsrente

Bestandsschutz:

Bei Anspruch auf EU-/BU-Rente vor dem 31.12.99 wird diese bis zum 65. Lebensjahr weiter geleistet.

Bei Anspruch auf EU-/BU-Rente auf Zeit vor dem 31.12.99 wegen Verschlossenheit des Arbeitsmarktes ist die Befristung zu wiederholen. Unbefristete Rente erhält der Versicherte weiter, wenn er innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der neuen Befristung das 60. Lebensjahr vollendet hat.

Quelle: Infodienst 3/97, Sozialverband VdK Deutschland

„Schon lange raus aus dem Beruf" (Sozialhilfeempfänger)

Nach den Ergebnissen unserer Erhebung arbeitet eine große Gruppe der Befragten seit ein bis zwei Jahren nicht mehr in ihrem Beruf, damit sind sie im Sinne der berufsfördernden Hilfen „Langzeitarbeitslose". Darüberhinaus haben viele aus der früheren beruflichen Tätigkeit keine ausreichenden oder keine Ansprüche erreicht und sind deshalb auf Sozialhilfe angewiesen.

„Ich lebe von Sozialhilfe, habe keine weiteren Ansprüche erworben und suche Arbeit. Wieviel an Zuverdienst ist neben der Sozialhilfe erlaubt? Gibt es Hilfen, um eine Arbeitsstelle zu finden?"

Für Menschen, die von keiner anderen Seite, zum Beispiel vom Arbeitsamt oder von den Rentenversicherungsanstalten, Hilfe bekommen, hat der Gesetzgeber die „Hilfe zum Lebensunterhalt (HZL)" geschaffen. Es ist erlaubt, sich neben der HZL durch eine Nebentätigkeit auch etwas Arbeitseinkommen zu erarbeiten. Dieser Betrag wird jedoch auf die Sozialhilfe angerechnet. Dies gilt auch für sozialversicherungsfreie 620-Mark-Jobs.

Die monatlichen Arbeitseinkünfte werden allerdings nicht in voller Höhe angerechnet. Vom Bruttoeinkommen darf man einige Posten abziehen, die die Sozialhilfe nicht mindern: Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Aufwendungen für Arbeitsmittel (Arbeitskleidung), Fahrten zur Arbeitsstelle, Beiträge für Gewerkschaften, bestimmte Versicherungsbeiträge.

ARBEITSEINKOMMEN WIRD AUF SOZIALHILFE ANGERECHNET. ES GIBT ABER FREIBETRÄGE

Zusätzlich darf man als Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt einen Freibetrag abziehen. Er ist unterschiedlich hoch, je nachdem, ob man einfacher „Erwerbstätiger", „Erwerbstätiger mit beschränktem Leistungsvermögen" oder „schwerstbehinderter/blinder Erwerbstätiger" ist. Innerhalb dieser Klassen wird weiter unterschieden nach der individuellen Situation des einzelnen. Der Freibetrag setzt sich zusammen aus einem allgemein für ein Bundesland gültigen Grundbetrag und einem Teilbetrag des jeweiligen Arbeitseinkommens. Da die Berechnung individuell erfolgt, läßt sich keine allgemein gültige Höhe angeben. Der Freibetrag beträgt für den normalen „Erwerbstätigen" allerdings in der Regel zwischen 120 und 250 Mark.

siehe § 18 Absatz 5 und 30 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Als Anreiz, eine Arbeitsstelle anzunehmen, kann das Sozialamt dem Sozialhilfebezieher sechs Monate lang zusätzlich zum Freibetrag einen monatlichen Zuschuß gewähren. Handelt es sich um eine Vollzeitstelle, so kann im ersten Monat maximal ein Zuschuß in Höhe des Regelsatzes für einen Haushaltsvorstand bezahlt werden, dieser Betrag sinkt dann innerhalb der nächsten fünf Monate kontinuierlich bis auf Null.

Im Einzelfall kann auch eine Qualifizierungsmaßnahme „zur Gewöhnung eines Hilfesuchenden an eine berufliche Tätigkeit" (Zitat: § 20 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)) genehmigt werden. Während dieser Tätigkeit zahlt die Sozialbehörde auch Hilfe zum Lebensunterhalt und gewährt „eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen".

* **TIP:** Unter Umständen können Sozialhilfebezieher sogar eine berufliche Weiterbildungsmaßnahme in Anspruch nehmen. Zwar erfüllen sie häufig nicht die Voraussetzungen, um während der Maßnahme Unterhaltsgeld zu bekommen. Dennoch ist in einigen Fällen eine Weiterbildung oder Umschulung möglich: Das Arbeitsamt kann die Weiterbildungskosten, wie zum Beispiel Lehrgangskosten, Fahrkosten, Kosten für die auswärtige Unterbringung und Verpflegung übernehmen, wenn „der Sozialhilfeempfänger sich schriftlich verpflichtet, im Anschluß an die Maßnahme mindestens drei Jahre lang eine versicherungspflichtige Beschäftigung auszuüben. Die Gewährung der Weiterbildungskosten kommt jedoch nur in Betracht, wenn die übrigen individuellen Voraussetzungen, z.B. ein Berufsabschluß oder ein Mindestmaß an Berufserfahrung vorliegen." (Zitat: Dienstblatt der Bundesanstalt für Arbeit, 22/98).

Informationen zu Sozialhilfe geben die Sozialämter und die Broschüre: „Sozialhilfe - Ihr gutes Recht"
Kostenlos zu beziehen über: Bundesministerium für Gesundheit, Postfach 20 01 29, 53131 Bonn

* **TIP:** in Hamburg gibt es das Modell: „Tariflohn statt Sozialhilfe" (§19 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)). In Betrieben Hamburger Beschäftigungsgesellschaften und bei Freien Trägern, die Beschäftigung anbieten, können sich Menschen, die von Sozialhilfe leben, beruflich qualifizieren. Diese Qualifizierung ist zeitlich begrenzt und hat die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt zum Ziel.

Unter Umständen können auch die Bestimmungen des Paragraph 30 BSHG angewendet werden, die die „Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage" regeln. Die Bestimmungen sind dafür gedacht, den betreffenden Personen die Sicherung einer Lebensgrundlage durch eine eigene Tätigkeit zu ermöglichen. Darunter versteht sich beispielsweise der Aufbau einer selbständigen Tätigkeit oder die Ausstattung mit Werkzeugen oder Berufskleidung, deren Kosten normalerweise der Arbeitnehmer selbst übernehmen müßte. Siehe dazu auch Seite 37 und die folgenden.

„Ich möchte in meinen Betrieb jemanden eingestellen, der Sozialhilfe bekommt. Welche Vergünstigungen kann ich in diesem Fall in Anspruch nehmen?"

ZUSCHÜSSE FÜR ARBEITGEBER, DIE SOZIALHILFEEMPFÄNGER EINSTELLEN

Der Staat kann einen Arbeitgeber, der einen Sozialhilfeempfänger einstellt, mit Vergünstigungen belohnen: So erhält der Arbeitgeber unter Umständen einen Zuschuß zur Förderung der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies bedeutet die Förderung von beruflicher Qualifikation, Leiharbeitsverhältnissen oder befristeten Arbeitsverhältnissen. Zusätzlich ist eine Förderung der Gewöhnung an eine berufliche Tätigkeit möglich, wobei dem Arbeitgeber eventuelle Mehraufwendungen während der Einarbeitungszeit des Arbeitnehmers ersetzt werden.

siehe Paragraph 18 Absatz 4 und Paragraph 20 BSHG

Siehe dazu auch Seite 33 „Freie Förderung" und „HAPI".

LEISTUNGEN FÜR ARBEITGEBER

„Ich lebe von Sozialhilfe und bin als behindert anerkannt. Welche Angebote gibt es für mich, um eine Anstellung zu bekommen?"

BEHINDERTE SOZIALHILFEEMPFÄNGER: HILFE ZU SCHULBILDUNG, AUSBILDUNG, WEITERBILDUNG

Für behinderte Sozialhilfebezieher, die eine Arbeit suchen, sind im Bundessozialhilfegesetz besondere Hilfen vorgesehen. Ziel der entsprechenden Bestimmungen ist es, den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Dazu gehört unter anderem, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs zu ermöglichen. Konkret bedeutet dies Hilfe zum Besuch (weiterführender) Schulen, sowie die Vorbereitung dazu, Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit und Hilfe zu Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen.

siehe § 39 und 40 BSHG

„Ich bin Sozialhilfeempfänger und war mehr als 15 Jahre bei der Rentenversicherung versichert. Welche Hilfen gibt es, um wieder berufstätig zu sein?"

ERWORBENE ANSPRÜCHE BEI RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERN KÖNNEN UMFANGREICHE FÖRDERUNGSMÖGLICHKEITEN ERGEBEN

Die bisher genannten Förderungsmöglichkeiten sind im Bundessozialhilfegesetz festgelegt und für Sozialhilfeempfänger gedacht, die nicht oder zu kurz Mitglied der Rentenversicherung waren. Wer dagegen z.B. länger als 15 Jahre in die Rentenversicherung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder der Landesversicherungsanstalten (LVA) eingezahlt hat, besitzt zusätzliche Rechte und hat evtl. Anspruch auf „berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation".

* **TIP:** Geleistete Beiträge zur LVA und zur BfA werden für die Bewertung der Ansprüche auf eine Reha-Maßnahme zusammengezogen.

Die Angebote umschließen Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, Leistungen zur Berufsvorbereitung und Leistungen zur beruflichen Anpassung, Fortbildung und Umschulung.

Die berufsfördernden Leistungen werden nach Möglichkeit am Wohnort, sonst internatsmäßig, evtl. im ganzen Bundesgebiet (z.B. Berufsförderungswerke) durchgeführt. Im Rahmen dieser Maßnahmen zahlt die Rentenversicherung Übergangsgeld zur Sicherung des Lebensunterhalts, Ausbildungskosten, Reisekosten für Familienheimfahrten bei auswärtiger Ausbildung, unter Umständen eine Haushaltshilfe (Kinderbetreuung).

* **TIP:** Anspruch auf Arbeitslosen- oder Übergangsgeld hat man auch für die Zeit, in der man wegen der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung kein oder nur ein behindertenbedingtes geringeres Arbeitsentgeld bezieht.

* **TIP:** Nach Sonderregelungen und einem individuellen Prüfverfahren kann sich eine Zuständigkeit für die Rentenversicherungen auch bei weniger als 15 Jahren Versicherungszeit ergeben.

Die Rehabilitations-Berater bei den Versicherungsträgern beraten individuell.

siehe Paragraphen 16 bis 19 SGB VI

„Ich möchte einem Sozialhilfeempfänger die Chance zur beruflichen Integration im Rahmen einer anerkannten Rehabilitations-Maßnahme geben. Welche Unterstützungen kann ich erwarten, wenn ich einen versicherungspflichtigen Arbeitsplatz anbieten?"

ZUSCHÜSSE AN DEN ARBEITGEBER FÜR DIE EINSTELLUNG EINES SOZIALHILFE-EMPFÄNGERS, DER ANSPRÜCHE AN DIE RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER HAT

Der Arbeitgeber kann von den Rentenversicherungträgern Zuschüsse für eine dauerhafte berufliche Eingliederung erhalten. Die Leistungen beziehen sich auf Zuschüsse zum Gehalt für die technische Ausstattung des Arbeitsplatzes) und Zuschüsse zum Gehalt für eine Probebeschäftigung. Voraussetzung ist, daß ein unbefristeter und nach arbeitsmedizinschen Gesichtspunkten ausgestatteter bzw. behindertengerechter Arbeitsplatz eingerichtet wird. Die Höhe und die Dauer der Zuschüsse werden auf den individuellen Fall bezogen vom Arbeitgeber beantragt und situationsbedingt bewilligt.

siehe Paragraphen 16 bis 19 Sozialgesetzbuch (SGB) VI

Die Versicherungsträger haben spezialisierte Rehabilitationsberater, die in einer individuellen Beratung die Antragsbedingungen klären.

Eine Broschüre zu diesem Thema:

BfA - Information Rente und Hinzuverdienst 1998
Herausgeber: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Dezernat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Ruhrstraße 2, 10704 Berlin.Telefon: 030 - 8651
Info-Telefon außerhalb der Geschäftszeiten, Montag bis Mittwoch 15.30 bis 19.30 kostenpflichtig:

Fragen zur Rente?
Rat zum Rentenrecht oder zur Rehabilitation?
Informationsschriften der BfA?
Für Berlin: 01802 / 33 19 19
Für andere Bundesländer: 01803 / 33 19 19

Kommentar:
Die Anschriften der regionalen Auskunfts- und Beratungsstellen der BfA sind in Berlin zu erfragen
Kommentar:
Die Landesversicherungsanstalten (LVA) sind regional geordnet. Die Adressen der Beratungsstellen sind auch über die Krankenkassen zu erfahren.

„Schon lange raus aus dem Beruf" (Arbeitslose im Leistungsbezug der Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe)

Informationen: Wer langfristig arbeitslos ist und Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe bezieht, hat Ansprüche auf Hilfen zur Arbeit. Als langfristig arbeitslos gilt in der Regel, wer länger als 12 Monate arbeitslos ist. Die wichtigsten Unterschiede von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sind: Die Dauer des Arbeitslosengeldes ist zeitlich begrenzt. Der Anspruch auf Arbeitslosenhilfe ist unbefristet (wenn man vorher Arbeitslosengeld bezogen hat). Beim Arbeitslosengeld findet keine Bedürftigkeitsprüfung statt. Zur Berechnung der Arbeitslosenhilfe wird das eigene Vermögen herangezogen und das Einkommen des (Ehe-)Partners.

„Ich bin arbeitslos und habe einen Neben-Job gefunden. Wie wird mein Verdienst auf mein Arbeitslosengeld / meine Arbeitslosenhilfe angerechnet?"

Neben dem Bezug von Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe ist es prinzipiell erlaubt, einen Job anzunehmen und sich damit einen Nebenverdienst zu erarbeiten. Dieses Einkommen aus einer Nebentätigkeit wird allerdings auf das Arbeitslosengeld / die Arbeitslosenhilfe angerechnet; der Gesetzgeber hat jedoch Freibeträge vorgesehen. Die wichtigste Regel lautet: Prinzipiell sind Nebentätigkeiten nur bis zu einer Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden pro Woche erlaubt (genau 15 Stunden sind schon zuviel!). Andernfalls erlischt der Anspruch auf Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe.

EINKOMMEN AUS NEBENTÄTIGKEITEN WERDEN ANGERECHNET. ES GIBT ABER FREIBETRÄGE

Wieviel vom Nebeneinkommen auf das Arbeitslosengeld / die Arbeitslosenhilfe angerechnet wird, läßt sich leicht errechnen: Vom monatlichen Bruttoeinkommen werden Steuern, eventuelle Sozialversicherungen und Werbungskosten abgezogen. Übrig bleibt der Betrag, um den sich das Arbeitslosengeld /-hilfe vermindert.

Mit einer Ausnahme: Das Arbeitsamt gewährt zusätzlich einen Freibetrag. Er beträgt 20 Prozent der Arbeitslosenhilfe (mindestens jedoch 310,- DM monatlich, falls dieser Betrag höher sein sollte). Man muß nun den Freibetrag vom Nettolohn abziehen. Übrig bleibt der Anrechnungsbetrag, um den die Arbeitslosenhilfe bei einer Nebentätigkeit vermindert wird.

Ein Beispiel für die Berechnung des Freibetrages zeigt Tabelle 2 auf der folgenden Seite:

Zur Information:
SGB III Januar 1998. Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 500, 53105 Bonn
Info - Telefon:
Montag bis Donnerstag, 8.00 bis 20.00 Uhr zum Nulltarif:
Fragen zur Rente: *0800-1515150*
Fragen zur Pflegeversicherung: *0800 - 1515152*
Fragen zu Arbeitslosengeld/-hilfe und Einstellungshilfen: *0800-1515154*

Tabelle 2: BEISPIEL ZUR ANRECHNUNG VON NEBENEINKOMMEN

Arbeitslosengeld:	2184,-	DM/Monat
hiervon 20%:	436,80	DM/Monat
1/14 der Bezugsgröße (1998, West):	310,-	DM/Monat
Nettonebeneinkommen:	450,-	DM/Monat
abzüglich Freibetrag:	436,80	DM/Monat
Anrechnungsbetrag:	13,20	DM/Monat

Das Arbeitslosengeld von 2184,- DM mindert sich somit um 13,20 DM auf 2170,80 DM

Quelle: Bundesanstalt für Arbeit, Merkblatt 1

* TIP: Wer befristet länger als fünfzehn Stunden pro Woche arbeiten will oder in einem befristeten Job viel verdienen kann, kann dies tun, ohne den Anspruch auf Arbeitslosengeld/-hilfe zu verlieren. Er muß sich dazu beim Arbeitsamt abmelden und nach dem Job wieder anmelden. Die Anspruchsfristen verlängern sich um die Zeit, die das Arbeitslosengeld/-hilfe nicht in Anspruch genommen wird.

„Ich bin länger als ein Jahr arbeitslos. Welche Förderung kann ich erwarten, um wieder in Arbeit zu kommen?"

WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN FÜR ARBEITSLOSE MIT LEISTUNGSBEZUG, BERUFSERFAHRUNG UND MINDESTEINZAHLZEITEN IN DIE ARBEITSLOSENVERSICHERUNG

Ein wichtiges Angebot des Arbeitsamtes zum Neueinstieg in einen neuen oder anderen Beruf erschließt sich Arbeitslosen mit der Möglichkeit einer beruflichen Weiterbildung. Solch eine Umschulung oder Fortbildung hat den Sinn, berufliche Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern oder den Übergang in eine andere berufliche Tätigkeit zu ermöglichen. Sie muß zu einem beruflichen Abschluß führen.

Voraussetzungen sind: Der Arbeitslose muß arbeitslos gemeldet sein oder von Arbeitslosigkeit bedroht sein, eine abgeschlossene Berufsausbildung oder mindestens dreijährige berufliche Tätigkeit aufweisen können und bestimmte Einzahlungszeiten in die Arbeitslosenversicherung gesammelt haben.

Ist eine Weiterbildungsmaßnahme genehmigt, kann das Arbeitsamt Lehrgangskosten, Fahrkosten, Kosten für die auswärtige Unterbringung und Verpflegung und gegebenenfalls Kosten für die Betreuung von Kindern übernehmen. Unter Umständen wird zusätzlich Unterhaltsgeld gewährt, das in der Regel in seiner Höhe dem Arbeitslosengeld entspricht.

siehe Paragraphen 77 - 96 und 153 - 159 SGB III

Auch die Teilnahme an Trainingsmaßnahmen kann gefördert werden

Es handelt sich um Maßnahmen, bei denen Arbeitslose feststellen können, ob sich der Beruf für sie eignet - und ob sie sich für den Beruf eignen. Daneben vermittelt das Arbeitsamt Kurse, die ein Bewerbungstraining beinhalten und über Möglichkeiten der Arbeitsplatzsuche informieren. Zusätzlich werden Maßnahmen angeboten, die ihre Teilnehmer auf die Vermittlung in Arbeit oder den erfolgreichen Abschluß einer beruflichen Ausbildung vorbereiten.

BEZIEHER VON ARBEITSLOSENGELD ODER -HILFE KÖNNEN TRAININGS-MASSNAHMEN BELEGEN

Die Maßnahmen können entweder bei einem Bildungs- oder Qualifizierungsträger oder in einem Betrieb stattfinden. Belegt ein Bewerber mehrere Trainingsmaßnahmen, so ist die Dauer insgesamt auf 12 Wochen beschränkt. Das Arbeitsamt kann während der Kurse weiterhin Arbeitslosengeld oder -hilfe zahlen und die nötigen Ausgaben für den Lehrgang wie Prüfungsgebühren oder Fahrkosten übernehmen.

siehe Paragraphen 48 - 52 Sozialgesetzbuch (SGB) III

(siehe Seite 61 und folgende zum Thema „Beschäftigungsträger")

„Wäre auch eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für mich möglich?"

Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) können für Menschen mit HIV und AIDS eine Alternative zu einer Arbeit im ersten Arbeitsmarkt sein. Eingestellt werden besonders Langzeitarbeitslose, die Arbeitslosengeld oder -hilfe erhalten. Das Gesetz fordert, daß die Arbeiten „zusätzlich" sind und im „öffentlichen Interesse" liegen müssen, die im Normalfall zwölf Monate dauern. Anbieter von ABM-Stellen sind in der Regel Beschäftigungsträger und Beschäftigungsgesellschaften. Viele soziale und kulturelle Institutionen beantragen für die Bewältigung zusätzlicher Aufgaben ABM-Stellen, die dann mit Mitarbeitern besetzt werden, die erwerbslos sind.

ARBEITSBESCHAFFUNGSMASSNAHMEN (ABM) ALS ALTERNATIVE FÜR LANGZEITARBEITSLOSE

siehe Paragraphen 260 - 271 und 416 SGB III

Siehe Seite 61 und folgende zum Thema „Beschäftigungsträger".

Strukturanpassungsmaßnahmen

Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM) werden ähnlich eingesetzt wie ABM-Stellen, können jedoch bis zu drei Jahren dauern. Sie sind ausschließlich für Bezieher von Arbeitslosengeld oder -hilfe gedacht und werden in den Bereichen „Verbesserung der Umwelt", „Verbesserungen bei sozialen Diensten" und „Arbeiten in der Jugendhilfe" eingerichtet.

EINE WEITERE MÖGLICHKEIT FÜR ARBEITSLOSE: SAM

Paragraphen 272 - 279 und 415 SGB III

„Ich möchte einen Arbeitslosen einstellen, der Arbeitslosengeld oder -Hilfe bekommt. Welche Förderungsmaßnahmen kann ich in Anspruch nehmen?"

Der Staat hat mehrere Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber vorgesehen, die bereit sind, neue Arbeitsstellen einzurichten. Alle Fördermöglichkeiten sind an bestimmte Bedingungen geknüpft.

Einstellungszuschüsse bei Neueinstellungen (EZN)

können dem Arbeitgeber ein Jahr lang wesentliche Lohnkosten ersparen: Bis zu der Hälfte des Gehaltes für insgesamt zwei neugeschaffene Stellen.

FÜR KLEINE UNTERNEHMEN EIN JAHR LANG DIE HÄLFTE ZWEIER GEHÄLTER ALS ZUSCHUß

Die Voraussetzungen, die der Arbeitgeber für diese Leistung erfüllen muß: Seine selbständige Tätigkeit darf höchstens zwei Jahre bestehen, er darf höchstens fünf Arbeitnehmer beschäftigen, der geförderte Arbeitsplatz muß neugeschaffen und unbefristet sein und von fachkundiger Stelle muß eine Stellungnahme über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorliegen.

Auch der Arbeitnehmer muß einige Bedingungen erfüllen: Er muß vor seiner Einstellung insgesamt mindestens drei Monate Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Kurzarbeitergeld bezogen haben. Alternativ kann er aus einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) oder Weiterbildungsmaßnahme kommen.

siehe Paragraphen 225 - 228 SGB III

Eingliederungszuschüsse (EGZ)

Mit dieser Förderungsmöglichkeit sollen Arbeitgeber gefördert werden, die einen Arbeitnehmer unter erschwerten Bedingungen einstellen. Es handelt sich dabei um Zuschüsse zum Arbeitslohn von Arbeitnehmern, die einer besonderen Einarbeitung bedürfen, die nur erschwert in Arbeit vermittelt werden können (z.B. Langzeitarbeitslose oder Behinderte) oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben (und vor Beginn des Arbeitsverhältnisses langzeitarbeitslos waren).

FÜR LANGZEITARBEITSLOSE LOHNZUSCHÜSSE IN DER EINARBEITUNGSZEIT

Diesen Zuschuß kann man nicht einklagen, er ist - mit wenigen Ausnahmen - eine Kann-Leistung des Arbeitsamtes. Höhe und Dauer der Förderung richten sich nach dem Umfang der „Minderleistung" des Arbeitnehmers in der Einarbeitungszeit und nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen.

siehe Paragraphen 217 - 224 Sozialgesetzbuch (SGB) III

Der Eingliederungsvertrag

...ist ein Beschäftigungsvertrag, der zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern unter Zustimmung des Arbeitsamtes geschlossen wird. Sein Vorteil liegt hauptsächlich darin, daß beide Vertragspartner das Beschäftigungsverhältnis ohne Angabe von Gründen aufkündigen können, ohne daß für den Beschäftigten darüberhinaus ein Nachteil entstehen würde. Der Arbeitgeber erhält vom Arbeitsamt die Kosten erstattet, die ihm in den Zeiten entstehen, in denen der Beschäftigte wegen Qualifizierung, Urlaub oder Krankheit nicht arbeitet.

SECHSMONATIGER PROBEVERTRAG; ARBEITGEBER UND ARBEITNEHMER KÖNNEN OHNE ANGABE VON GRÜNDEN KÜNDIGEN

Der Vertrag wird für die Zeitdauer von maximal sechs Monaten geschlossen mit dem Ziel, den Beschäftigten fest einzustellen. Er erhält damit die Gelegenheit, sich im Betrieb einzuarbeiten oder zu qualifizieren, der Arbeitgeber soll ihn dabei in geeigneter Weise betreuen. Voraussetzung ist, daß der Beschäftigte vor der Einstellung länger als 1 Jahr arbeitslos (langzeitarbeitslos) war oder 6 Monate arbeitslos war und eine Vermittlungserschwernis aufwies (z.B. behindert oder alleinerziehend)

siehe Paragraphen 229 - 234 SGB III

Beschäftigungshilfe für Langzeitarbeitslose

ist eine Förderung für Arbeitgeber, die Langzeitarbeitslose mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 18 Stunden anstellen. In Ausnahmefällen können auch Arbeitsverhältnisse auf Probe bis zu drei Monaten Länge gefördert werden. Die Zuschüsse sind zeitlich begrenzt, das Arbeitsamt fördert nur Stellen, die bis zum 31.12.98 besetzt werden.

LOHNZUSCHÜSSE VON 40 - 80% FÜR ARBEITGEBER, DIE LANGZEITARBEITSLOSE EINSTELLEN

* **TIP:** Solche Zeitangaben können sich immer wieder anpassen und verändern. Der aktuelle Stand kann bei den Arbeitsämtern erfragt werden.

Die Lohnzuschüsse werden für höchstens ein Jahr gewährt und betragen 40 - 80 % des tariflichen Arbeitsentgeltes. Die Höhe ist abhängig davon, wie lange der Arbeitnehmer arbeitslos war, bevor er eingestellt wurde. Die Zuschüsse sind Ermessensleistungen, es besteht kein Rechtsanspruch darauf.

Eine genauere Zusammenstellung der Leistungen zeigt Tabelle 3:

siehe die Richtlinien des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zur „Durchführung der Aktion Beschäftigungshilfen für Langzeitarbeitslose 1995 - 1999"

Tabelle 3: HÖHE DER ZUSCHÜSSE BEI DER EINSTELLUNG LANGZEITARBEITSLOSER

Wie lange arbeitslos vor der Einstellung?	Lohnzuschuß im ersten halben Jahr der Beschäftigung	Lohnzuschuß im zweiten halben Jahr der Beschäftigung
Mehr als 3 Jahre arbeitslos	80%	60%
2 bis 3 Jahre arbeitslos	70%	50%
1 bis 2 Jahre arbeitslos	60%	40%

Quelle: Richtlinien des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zur Durchführung der Aktion Beschäftigungshilfen für Langzeitarbeitslose 1995 - 1999

„Ich bekomme Arbeitslosengeld oder -Hilfe und bin behindert. Welche Förderung kann ich erwarten, um wieder in Arbeit zu kommen?

Unabhängig vom jeweiligen Leistungsbezug, aber nachrangig gegenüber dem Rehabilitationsträger, haben Behinderte einen zusätzlichen Anspruch auf die Förderangebote der Hauptfürsorgestelle der Stadt Hamburg. Diese Leistungen sollen beruftätige Schwerbehinderte oder Schwerbehinderte, denen ein Arbeitsplatz abgeboten wird, unterstützen.

Das sind im einzelnen:

- ein Zuschuß bis zur vollen Höhe der Kosten für technische Arbeitshilfen (§ 19 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV))
- Leistungen zum Kauf und zur Benutzung eines Kraftfahrzeuges, wenn es zum Erreichen des Arbeitsplatzes nötig ist. Dies bedeutet unter Umständen Zuschüsse für Führerschein, Kauf und behindertengerechten Umbau eines Fahrzeuges (§ 20 SchwbAV)
- Zuschüsse zur Beschaffung und behindertengerechten Anpassung von Wohnraum, der verkehrsgünstiger zum neuen Arbeitsplatz liegt (§ 22 SchwbAV)
- Zuschüsse zu Schulungen mit dem Ziel, berufliche Kenntnisse zu erhalten oder zu erweitern (§ 24 SchwbAV)
- Leistungen zu „besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen", sofern sie nicht durch die anderen Leistungen schon abgedeckt sind (§ 25 SchwbAV)

SCHWERBEHINDERTE ERHALTEN ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN VON DER HAUPTFÜRSORGESTELLE ZUR FÖRDERUNG UND SICHERUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSES UND DER ARBEITSAUFNAHME

siehe Paragraphen 19, 20, 22, 24 und 25 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)

* **TIP:** Diese Leistungen sind an diversen Voraussetzungen gebunden, deshalb ist Beratung ist erforderlich. **Die individuelle Betrachtung kann auch unkonventionelle Möglichkeiten erschließen.**

„Ich möchte einen Arbeitslosen einstellen, der Arbeitslosengeld oder -Hilfe bekommt und behindert ist. Welche Förderungsmaßnahmen kann ich in Anspruch nehmen?"

Auch für Arbeitgeber bietet der Staat(finanziert durch die Ausgleichsabgabe der Unternehmen und durch Versicherungsleistungen) eine Reihe von zusätzlichen Vergünstigungen. Sie können grundsätzlich eingesetzt werden, wenn sie zur Schaffung oder zur Sicherung von Arbeitsplätzen für Schwerbehinderte dienen.

Dies sind im einzelnen:

- ein Zuschuß von 60 % (in Ausnahmefällen sogar bis 100%) zu der Ausbildungsvergütung bei Aus- oder Weiterbildung in einem Ausbildungsberuf (§ 236 Sozialgesetzbuch (SGB) III, Arbeitsamt)
- einen Zuschuß zu den Kosten einer inner- oder außerbetrieblichen Fortbildung (§ 24 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV), Hauptfürsorgestelle)

- einen Zuschuß zum Lohn für befristete Probebeschäftigung bis maximal drei Monate (§ 238 SGB III, Arbeitsamt)

* TIP: Wer die Rechte als Schwerbehinderter beanspruchen will, muß sich dies anerkennen lassen und mit einem Ausweis nachweisen (Versorgungsamt). Schwerbehindert ist, wenn der Grad der Behinderung mindestens 50% beträgt. Bei einem Behinderungsgrad unter 50% kann man auf Antrag einem Schwerbehinderte gleichgestellt werden (Arbeitsamt).

Behinderte und Ausweis
Landesausgabe Hamburg. 5. Auflage. Herausgeber: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales - ***Hauptfürsorgestelle*** *- Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg, Tel.: 040 / 2988 - 2859*

- einen Zuschuß für Arbeitshilfen im Betrieb bis zu 100% der Kosten (§ 237 SGB III, Arbeitsamt)
- einen Zuschuß zu den Investitionskosten für einen neuen Arbeits- oder Ausbildungsplatz für Behinderte, u.a. wenn der Behinderte ohne gesetzliche Verpflichtung oder über die Quote hinaus eingestellt wird (§ 15 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV), Hauptfürsorgestelle)
- einen Zuschuß bis zur Höhe der notwendigen Kosten für die behindertengerechte Einrichtung eines Arbeitsplatzes. Unter Umständen kümmert sich darum der technische Fachdienst der Hauptfürsorgestelle (§ 26 SchwbAV)
- einen individuellen Zuschuß bis monatlich 800 Mark „bei außergewöhnlichen Belastungen" im Zusammenhang mit einem Behinderten-Arbeitsplatz, z.B. besondere Aufwendungen bei der Einarbeitung und Betreuung eines Behinderten (§ 27 SchwbAV, Hauptfürsorgestelle)

ZUSÄTLICHE FÖRDERMÖGLICHKEITEN VON DER HAUPTFÜRSORGESTELLE UND DEM ARBEITSAMT FÜR ARBEITGEBER

Ratgeber für Behinderte, Januar 1997
Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 500, 53105 Bonn

* Tip 1: Die Integration von Behinderten auf einen Arbeitsplatz birgt oft individuelle Probleme, für die nicht immer ein fertiges Handlungsschema bereitsteht. Die Beratungen der Hauptfürsorgestellen sind der richtige Ansprechpartner für individuelle und betriebswirtschaftlich sinnvolle Lösungen.

Tip 2: Arbeitsamt und Hauptfürsorgestellen arbeiten bei der Beurteilung zur Wiedereingliederung von Schwerbehinderten in Arbeit eng zusammen. Zur Lösung von Problemen kann sich der Arbeitgeber direkt an beide Stellen wenden.

siehe Paragraphen 15, 24, 26 und 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV), Paragraphen 236 bis 238 Sozialgesetzbuch (SGB) III

Die Arbeit der Hauptfürsorgestelle beschreibt Diagramm 2 auf der folgenden Seite:

Diagramm 2: DIE ARBEIT DER HAUPTFÜRSORGESTELLE

Idee
Einen bestehenden Arbeitsplatz behindertengerecht gestalten
oder
einen neuen Arbeitsplatz für einen Behinderten schaffen

Ein **beschäftigter Schwerbehinderter** soll auf den neuen Arbeitsplatz umgesetzt werden

Für den Arbeitsplatz soll ein Schwerbehinderter **neu eingestellt** werden

Hauptfürsorgestelle
Wenden Sie sich an Ihre zuständige Hauptfürsorgestelle. Dort wird alles weitere mit den Fachdiensten abgeklärt. Zunächst genügt eine telefonische Kontaktaufnahme

Arbeitsamt
Bei Neueinstellung eines Schwerbehinderten wird das Arbeitsamt eingeschaltet

Erste Fragen klären
Besprechung mit den Fachleuten der Hauptfürsorgestelle

Ortstermin
Der Technische Berater kommt in den Betrieb: Geeignete Arbeitsplätze finden und technische Ausstattung ermitteln

Lösungsvorschläge
Die Hauptfürsorgestelle entwickelt Vorschläge zur Ausstattung der Arbeitsplätze

Antrag stellen
Vor der Realisierung Antrag auf Förderleistungen stellen. Die Hauptfürsorgestelle entwickelt Vorstellungen zur Finanzierung und hilft bei der Antragstellung

Realisierung
Die Hauptfürsorgestelle stellt die Fördermittel bereit, hilft bei der Einrichtung des Arbeitsplatzes, bei Inbetriebnahme und bei der Einarbeitung. Falls notwendig und gewünscht, wird auch eine begleitende Betreuung ermöglicht

Quelle: Behinderte im Beruf, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen

Exkurs: Neue Förderungsmöglichkeiten durch Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (SGB) III: Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern zur beruflichen Eingliederung Arbeitsloser

Voraussetzung: Nach dem SGB III können Arbeitsämter bis zu zehn Prozent der Mittel für freie aktive Arbeitsförderung einsetzen. Diese Förderung kann auch in einem gemeinsamen Finanzierungsmix mit den Sozialhilfeträgern eingesetzt werden. Sie soll die Förderungsmöglichkeiten des SGB III und des Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erweitern und ergänzen.

FREIE FÖRDERMITTEL FÜR AKTIVE ARBEITSFÖRDERUNG

Förderungsfähig sind Arbeitslose, die schwer zu vermitteln sind; dazu gehören zum Beispiel Langzeitarbeitslose, Schwerbehinderte und Menschen, die wieder in den Beruf zurückkehren möchten. Voraussetzung ist der Leistungsbezug der Arbeitslosen. Gefördert werden allerdings auch Menschen, die nicht im Leistungsbezug stehen, wenn sie dadurch in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eingegliedert werden können.

* **TIP:** Da diese Förderung eine Ermessensleistung ist, ist die individuelle und professionelle Beratung beim Arbeitsamt für den Erfolg des Antrags unabdingbar. Die Entscheidungskriterien des Arbeitsamtes sind: Braucht der Arbeitnehmer diese Hilfe zur Wiedereingliederung? Hat die Hilfe Chance auf Erfolg? Lohnt es sich nach wirtschaftlichen Maßstäben für das Arbeitsamt, das Geld auszugeben?

siehe Paragraph 10 Sozialgesetzbuch (SGB) III

Hamburger Arbeitsplatzinitiative (HAPI)

Das arbeitsmarktpolitische Instrument der freien Förderung läßt es zu, daß die Bundesländer Förderungsmodelle entwickeln, die auf die regionalen Bedingungen des Arbeitsmarktes abgestimmt sind. HAPI ist ein Gemeinschaftsprogramm des Arbeitsamtes, der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Senatsamtes für Gleichstellung. Ziel ist die Schaffung von Dauerarbeitsplätzen.

FREIE FÖRDERUNG NACH PARAGRAPH 10 SOZIALGESETZBUCH (SGB) III „HAMBURGER BEISPIELE"

Gefördert werden arbeitslose Arbeitnehmer mit vermittlungshemmenden Merkmalen, zum Beispiel Langzeitarbeitslose. Die Förderung ist auch möglich für Menschen, die keinen Anspruch auf Förderung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) III haben (zum Beispiel Sozialhilfeempfänger). Die Förderungsdauer beträgt sechs Monate, bei Teilzeitbeschäftigung können bis zu zwölf Monate gefördert werden. Der monatliche Zuschuß beträgt 2500 Mark und wird als Festbetrag gewährt. Zu diesem Zweck erhalten die Arbeitslosen einen persönlichen Eingliederungsscheck, der von der Arbeitsvermittlung in den bezirklichen Arbeitsämtern ausgestellt wird.

Zusätzlich erhalten die Geförderten einen Gutschein von bis zu 5000 Mark, der für Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen eingesetzt werden kann. Diese Förderung erfolgt durch die BAGS.

Im Falle der Einstellung auf einen Dauerarbeitsplatz erhält der Arbeitgeber einmalig eine Prämie von 4000 Mark. Auch diese Förderung erfolgt durch die BAGS.

Transferarbeitsplätze für Frauen

Auf gleicher Rechtsgrundlage fördert die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und das Senatsamt für Gleichstellung sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze für Frauen, die seit langer Zeit arbeitslos sind. Bevorzugt werden Frauen, die schwerbehindert, alleinerziehend, Berufsrückkehrerinnen oder Ausländerin sind. Die maximale Förderung beträgt zwei Jahre und wird als Festbetrag gewährt. Es können Gelder für Qualifizierung in Anspruch genommen werden. Für den Übergang in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis werden Prämien angeboten, wenn die Beschäftigungsaufnahme innerhalb der ersten 12 Monate erfolgt.

Hinweis: Jedes Bundesland hat auf den angegebenen Rechtsgrundlagen regionale Modelle zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung. Diese Modelle ändern sich häufig. Sie werden den politischen Vorgaben, den zur Verfügung stehenden Mitteln und den regionalen Entwicklungen angepaßt.

Stufenweise Wiedereingliederung Arbeitsunfähiger in das Erwerbsleben

„Das Hamburger Modell" kann nur über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, sofern noch Ansprüche auf Krankengeld bestehen (in der Regel mindestens drei Monate)

„Ich habe einen Arbeitsplatz, bin aber seit vielen Monaten arbeitsunfähig"

Solange ein Arbeitsverhältnis besteht, sollte die Chance zur Wiederaufnahme der Arbeit genutzt werden. Hierfür gibt es auch die Möglichkeit, daß während der Arbeitsunfähigkeit schrittweise die Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit erprobt wird. Voraussetzung ist, daß der behandelnde Arzt die Art und den Umfang der möglichen Tätigkeit feststellt und daß der Versicherte und der Arbeitgeber sich einig sind, daß der stufenweise Einstieg in die Arbeit zur völligen Wiedereingliederung führen soll.

HILFEN ZUR REINTEGRATION IN ARBEIT FÜR MENSCHEN, DIE KRANKENGELD BEZIEHEN

Es gibt dann zwei Möglichkeiten der Finanzierung: 1. Der Arbeitgeber vergütet die Teilbeschäftigung und diese Vergütung wird mit dem Krankengeld verrechnet (bis zur Höhe des Krankengeldes). 2. Der Arbeitgeber ist zwar mit der Maßnahme einverstanden, aber nicht bereit, für diese Übergangszeit ein Gehalt zu zahlen. Dann wird das Krankengeld weitergezahlt. Die stufenweise Wiedereingliederung ist für den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber freiwillig. Die Dauer der Wiedereingliederung ist begrenzt. Sie ist in der Regel auf 2 Monate angelegt und sollte 6 Monate nicht überschreiten.

siehe § 44 Abs.1 SGB VI, §74 SGB VI, § 272 SGB VI

Tip1: Wer einen Arbeitsplatz hat und einen Arbeitgeber, der auch in der Krankheit zu ihm steht und den Arbeitsplatz erhält, sollte, wenn er dies möchte, auf jeden Fall die Chance zur Rückkehr nutzen.

Hinweis auf Rehabilitation (Versicherungsanstalten LVA und BfA) und die Hauptfürsorgestellen der Länder:

Selbst, wenn der Arbeitnehmer nur noch eingeschränkt, zu bestimmten Bedingungen oder mit technischen Hilfsmitteln in die alte Firma zurück kann, gibt es Unterstützungsmöglichkeiten. Dies geht bis zur Einrichtung eines ganz neuen Arbeitsplatzes in der alten Firma, der von der Hauptfürsorgestelle gefördert werden kann. Die Fördermöglichkeiten sind zum Teil zu kombinieren. Es gilt wieder der Grundsatz: Individuelle Betrachtung des Einzelfalls.

Tip 2: Eine individuelle Beratung durch die Krankenkasse, die Versicherungsträger oder die Hauptfürsorgestelle des Landes ist auf jeden Fall zu empfehlen. Beratungspflicht haben alle Beteiligten.

„Ich bin seit vielen Monaten arbeitsunfähig und beziehe Krankengeld. Mein Arbeitsplatz ist zwischenzeitlich gekündigt worden"

Ist dem Arbeitnehmer während der Krankheit gekündigt worden, kann die Arbeitserprobung auch bei einem neuen Arbeitgeber stattfinden. Die Voraussetzungen sind wie im vorhergehenden Abschnitt.

Risikoabwägung: Scheitert die Teilbeschäftigung zur Wiedereingliederung aus medizinischen Gründen, kann davon ausgegangen werden, daß die Krankenversicherungen von einer Erwerbsunfähigkeit ausgehen und den Versicherten auffordern, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen oder einen Rentenantrag zu stellen.

§ 44. Abs. 2 SGB VI

* **TIP 1:** Kann eine volle Wiedereingliederung in das Berufsleben nur durch einen anderen Arbeitsplatz oder durch einen Berufswechsel erreicht werden, kommt eine berufsfördernde Rehabilitations-Maßnahme in Betracht, die aber vom Rentenversicherungsträger oder von der Bundesanstalt für Arbeit übernommen werden muß.

* **TIP 2:** Krankengeld bekommt, wer durch eine Krankheit arbeitsunfähig wurde. Der Krankengeldbezug ist befristet. Sollte sich abzeichnen, daß der Versicherte auch nach Ablauf des Krankengeldes den Arbeitsplatz nicht wiederbesetzen kann, so sollte rechtzeitig ein Antrag auf Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Nur so läßt sich eine Sicherung des Lebensunterhalts ohne Unterbrechungen garantieren.

„Kreative Ideen und hochmotiviert - ich mache mich selbständig"

Die Bedarserhebung hat ergeben, daß bei vielen der beteiligten Menschen mit HIV und AIDS die Veränderung der eigenen Arbeitssituation mit dem Gedanken an Selbständigkeit verbunden ist.

„Ich bekomme Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe, habe eine Ausbildung und jahrelange Erfahrung in der Gastronomie. Ich möchte meine Idee für ein spezielles Dienstleistungsangebot im gastronomischen Bereich verwirklichen"

Förderung von Existenzgründern durch fachkundige Beratung

„Wer berät mich bei der Planung?"

Für viele ist die Existenzgründung eine Alternative zur Arbeitslosigkeit. Vor dem eigentlichen Beginn der Unternehmung sollte allerdings eine detaillierte Planung stehen. Zu diesem Zweck bieten unter anderen das Arbeitsamt und die Handels- und Handwerkskammer Beratungen an. Sie können auch schon während der Arbeitslosigkeit in Anspruch genommen werden. Jedes Bundesland bietet spezifische Programme, für Hamburg sind dies (in Auswahl):

- Johann Daniel Lawaetz-Stiftung: Existenzgründungsberatung aus der Arbeitslosigkeit heraus und für selbstverwaltete Betriebe. Das Leistungsangebot umfaßt zusätzlich Beratung zum Existenzaufbau, zur Organisation und Betriebsbegleitung. Die Stiftung verwaltet einen Förderfond für selbstverwaltete Betriebe.
- Hamburger Initiative für Existenzgründung und Innovation (H.E.I.): Die Initiative ist eine Gründung von arbeitsmarktpolitischen Akteuren in Hamburg mit dem Ziel, Existenzgründern den Schritt in die Selbständigkeit zu erleichtern. H.E.I. hat es sich zur Aufgabe gemacht zu beraten (zum Beispiel über einen eventuellen Fortbildungsbedarf), zu unterstützen (mit dem H.E.I.-Scheckheft über 1000 Mark für Seminarangebote) und zu vermitteln (bei Patenschaften und Gründungsnetzwerken).
- Handelskammer Hamburg: Beratung von Arbeitslosen, die sich selbständig machen wollen, Stellungnahmen zu Anträgen auf Überbrückungsgeld nach den Paragraphen 57 und 58 Sozialgesetzbuch (SGB) III und Paragraph 30 Bundessozialhilfegesetz (BSHG).
- Handwerkskammer Hamburg: Förderung von beruflichen Aufstiegsfortbildungen
- „Eine Neue Idee Gibt Menschen Arbeit" (ENIGMA) ist ein Projekt des Arbeitsamtes. Es bietet Arbeitslosen die Chance, gemeinsam mit anderen Erwerbslosen ein Unternehmen zu gründen. Ziel ist die Verminderung von Risiken in der Gründungsphase. Die Teilnehmer des Projektes, ob Existenzgründer oder Angestellte, haben bis zu sieben Monaten Zeit, das Unternehmen zu planen und zu erproben. In dieser Phase erhalten sie eine Unterhaltssicherung in Höhe der zuletzt bezogenen Leistungen.

Bundesministerium für Wirtschaft (BMWI)
Villemonder Straße 76, 53123 Bonn, Tel.: 0228/615 - 0
Bürgertelefon des BMWI für Fragen zur Existenzgründung, *Tel.: 030/2012 - 7648*

Finanzierungsbausteine für Unternehmen mit Zukunft
Das DtA-Förderangebot für Existenz- und Unternehmensgründer sowie mittelständische Betriebe, April 1998. Herausgeber: Deutsche Ausgleichsbank (DtA), Ludwig - Ehrhard - Platz 1 - 3, 53170 Bonn, Tel.: 0228/831 - 0
Infoline der DtA:
Tel.: 0228/831 - 2400

„Welche finanzielle Unterstützung gibt es für mich persönlich?"

Voraussetzungen: Wer durch die Gründung einer selbständigen Existenz seine Arbeitslosigkeit beendet oder vermeidet, kann zur Sicherung des Lebensunterhaltes ein Überbrückungsgeld erhalten.

EXISTENZGRÜNDER: UNTER UMSTÄNDEN ÜBERBRÜCKUNGSGELD

Diese Leistung bekommt, wer bis zu Beginn der Selbständigkeit mindestens vier Wochen Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Kurzarbeitergeld bezogen hat oder wer in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme beschäftigt war. Das Überbrückungsgeld orientiert sich an der vorher bezogenen Leistung und wird im Regelfall für sechs Monate gezahlt. Zur Bewilligung ist die Stellungnahme einer „fachkundigen Stelle" notwendig; sie soll die Erfolgschancen der Existenzgründung beurteilen.

siehe Paragraphen 57 und 58 Sozialgesetzbuch (SGB) III

* **TIP:** Ein Überbrückungsgeld kann auch an Menschen gezahlt werden, die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen (Sozialhilfeempfänger).

Tabelle 4 informiert über den Begriff der „Fachkundigen Stelle":

Tabelle 4: „FACHKUNDIGE STELLEN"

Was ist eine Fachkundige Stelle?

Fachkundige Stellen sind insbesondere:
- Industrie- und Handelskammern
- Handwerkskammern
- Fachverbände
- Kreditinstitute
- Steuerberater, Steuerbevollmächtigte, Wirtschaftsprüfer, Unternehmensberater
- Sonstige (z.B. Rechtsanwaltskammern, Ärztekammern, Architektenkammern)
- Rechtsanwälte nur, soweit sie auf Wirtschaftsrecht spezialisiert sind

Sie haben grundsätzlich die freie Wahl der Fachkundigen Stelle.

Welche Unterlagen benötige ich für die Fachkundige Stelle?

Sie müssen nach der Stellungnahme einer Fachkundigen Stelle die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für die erfolgreiche Ausübung der selbständigen Tätigkeit erfüllen. Grundlage dieser Stellungnahme sind in der Regel:
- Kurzbeschreibung des Existenzgründungsvorhabens
- Lebenslauf (einschließlich Befähigungsnachweis)
- Kapitalbedarfs- und Finanzierungsplan
- Umsatz- und Rentabilitätsvorschau

Quelle: Hinweise und Hilfen für Existenzgründer, Ausgabe 1998, Bundesanstalt für Arbeit

„Welche Finanzierungshilfen kann ich für mein Unternehmen in Anspruch nehmen?"

Die Deutsche Ausgleichsbank hilft angehenden Unternehmern, ihre Ideen umszusetzen. Der Weg, um das notwendige Existenzgründungskapital zu beschaffen, führt immer über ein Kreditinstitut; in der Regel wird es die Hausbank sein. Auch bei geringem Eigenkapital gibt es gute Chancen, über Förderprogramme die notwendigen Mittel zu erhalten. Die Eigenkapitalhilfe wird von den Banken wie Eigenmittel behandelt. Urheber dieser unterschiedlichsten Programme sind der Bund und die Länder. Neben den allgemeinen Hilfen gibt es auch Sonderförderungen für bestimmte Regionen und Branchen; die verschiedenen Programme können kombiniert werden.

EXISTENZGRÜNDUNGS- UND EIGENKAPITALHILFEN FÜR SELBSTÄNDIGE

Die vorgenannten Programme sind gedacht für natürliche Personen, die eine Vollexistenz anstreben, die fachlich und kaufmännisch qualifiziert sind und eine angemessene Berufserfahrung haben. Weitere Voraussetzungen sind: Das Vorhaben darf in der Regel noch nicht begonnen haben; es muß ein plausibles und geprüftes Konzept vorliegen; es sollten mindestens 15 Prozent der gesamten Investitionen selbstfinanziert werden.

siehe das Existenzgründungsprogramm der Deutschen Ausgleichsbank (DtA)

* **TIP:** Wenn ein Unternehmensgründer zusätzliche Arbeitsplätze schafft, braucht er unter Umständen nur die Hälfte des DtA-Darlehens zurückzahlen.

Beratungsmöglichkeiten in Hamburg: Hamburger Existenzgründungsinitiative (H.E.I.), Handelskammer, Handwerkskammer, Lawaetz-Stiftung. RKW e.V. Hamburg

Einen Überblick über bundesweite Programme zur Existenzgründung gibt Tabelle 5 auf der folgenden Seite.

„Wo bekomme ich eine Sicherheit für meine Kredite her?"

Der Kreditgeber verlangt für seine Darlehen, auch wenn sie durch Programme bezuschußt oder günstig finanziert werden, eine Sicherheit. Diese können Existenzgründer, besonders aus der Situation eines Arbeitslosen heraus, oft nicht geben. In diesem Fall springt die Bürgschaftsgemeinschaft Hamburg GmbH ein. Sie vergibt an kleine und mittlere Wirtschaftsunternehmen und an Freiberufler Ausfallbürgschaften in Höhe von 80 Prozent des Kreditbetrages, maximal jedoch eine Million Mark.

AUSFALLBÜRGSCHAFTEN FÜR EXISTENZGRÜNDER

Tabelle 5: BUNDESWEITE EXISTENZGRÜNDUNGSPROGRAMME

Programm	Antragsberechtigt	Förderkonditionen	Antragstellung
Eigenkapitalhilfe-Programm West (EKH-West) des Bundesministeriums für Wirtschaft	Existenzgründer aus den alten Ländern oder Berlin-West der gewerblichen Wirtschaft und freier Berufe, nicht älter als 55 Jahre	Kredite bis 700.000 DM, Laufzeit 20 Jahre, 2 Jahre zinslos, 10 Jahre tilgungsfrei, die eigenen Mittel sollten 15% der Bemessungsgrundlage (Höhe der förderfähigen Investitionskosten) nicht unterschreiten	Über das private Kreditinstitut bei der Deutschen Ausgleichsbank, Bonn
Eigenkapitalhilfe-Programm Ost (EKH-Ost) des Bundesministeriums für Wirtschaft	Existenzgründer aus den neuen Ländern oder Berlin-Ost der gewerblichen Wirtschaft und freier Berufe, nicht älter als 55 Jahre	Kredite bis 700.000 DM (in Ausnahmefällen bis zu fünf Millionen DM), Laufzeit 20 Jahre, 3 Jahre zinslos, 10 Jahre tilgungsfrei, die eigenen Mittel sollten 15% der Bemessungsgrundlage (Höhe der förderfähigen Investitionskosten) nicht unterschreiten	Über das private Kreditinstitut bei der Deutschen Ausgleichsbank
European Recovery Program (ERP-Darlehen)	Existenzgründer der gewerblichen Wirtschaft	Kredite bis 1 Million DM, Laufzeit 10 bis 15 Jahre (Bauvorhaben), davon bis zu 3 Jahren tilgungsfrei	Über das private Kreditinstitut bei der Deutschen Ausgleichsbank
Existenzgründungsprogramm der Deutschen Ausgleichsbank (DtA)	Kleinere und mittlere Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft, Angehörige freier Berufe	Mindestbetrag 30.000 DM, Höchstbetrag 2 Millionen DM, Darlehen bis zu 75% der förderfähigen Investitionen, Laufzeit bis zu 10 Jahren, davon bis zu 2 Jahren tilgungsfrei	Über das private Kreditinstitut bei der Deutschen Ausgleichsbank
Mittelstandsprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)	Kleine und mittlere Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft, Angehörige freier Berufe, deren Umsatz 1,0 Milliarden DM nicht überschreitet	Kredite bis zu 10 Millionen DM, für Unternehmen mit weniger als 100 Millionen DM Jahresumsatz. Laufzeit 10 Jahre, davon 2 Jahre tilgungsfrei. Kredite bis zu 3/4 des Investitionsbetrages bei Umsatz < 100 Millionen DM (beziehungsweise 2/3 bei Umsatz > 100 Millionen DM)	Über Kreditinstitut bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau, Frankfurt
Umweltprogramm der Deutschen Ausgleichsbank	Kleinere und mittlere Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft, Angehörige freier Berufe	Kredite bis 10 Millionen DM, Laufzeit bis 20 Jahre, Darlehen bis zu 75% der förderfähigen Investitionen	Über das private Kreditinstitut bei der Deutschen Ausgleichsbank

Quelle: Ratgeber für Existenzgründerinnen, Herausgeber: SPD-Bundestagsfraktion

„Ich bin als Behinderter anerkannt und möchte mich selbständig machen. Welche Fördermöglichkeiten gibt es?"

Zur Gründung oder Erhaltung einer selbständigen berufliche Existenz können Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte finanzielle Hilfen als Darlehen oder Zinszuschüsse erhalten. Voraussetzung ist, daß durch die Selbständigkeit der Lebensunterhalt sichergestellt wird und durch ein erfolgversprechendes Geschäftskonzept die Zweckmäßigkeit der Unternehmung nachgewiesen werden kann. In besonderen „behinderungsbedingten Lebenslagen" nach Paragraph 25 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV) können darüberhinausgehende Leistungen gewährt werden. Im Einzelfall kann das ein Zuschuß und/oder ein Darlehen sein.

FINANZIELLE HILFEN FÜR SCHWERBEHINDERTE EXISTENZGRÜNDER VON DER HAUPTFÜRSORGESTELLE

* **TIP:** Eine persönliche Beratung und eingehende Einzelfallbetrachtung mit Fachleuten der Hauptfürsorgestelle kann Türen öffnen, zum Beispiel kann sie einen Zuschuß oder ein Darlehen für den erforderlichen Gesellschafteranteil zur Gründung einer GmbH ermöglichen.

siehe Paragraphen 21 und 25 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)