

Ihre Rechte im Sozialsystem

Ein Ratgeber für Rheumabetroffene



Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •



Vorwort	3
1 Ihre Rechte als Patientin/Patient	4
1.1 Diagnose Rheuma	4
1.2 Anspruch auf qualifizierte Behandlung	5
1.3 Was die Versicherung bezahlt	6
1.4 Kontaktstellen rund um die Patientenrechte	9
2 Ihr Recht auf Teilhabe	10
2.1 Anspruch auf Teilhabe	10
2.2 Medizinische Rehabilitation	11
2.3 Heilmittel und weitere Angebote	12
2.4 Schwerbehindertenausweis	13
2.5 Persönliches Budget (§ 29 SGB IX)	15
2.6 Berufliche Rehabilitatin	16
2.7 Stufenweise Wiedereingliederung	17
2.8 Kontaktstellen	18
3 Ihr Recht auf eine sichere Versorgung	19
3.1 Kranken- und Arbeitslosengeld	19
3.2 Erwerbsminderungsrente	21
3.3 Grundsicherung	22
3.4 Pflegegrade und Leistungen	22
3.5 Beratungsmöglichkeiten	26
4 Ihr Recht sich durchzusetzen	27
4.1 Umgang mit Ämtern: Antrag, Bescheid und Widerspruch	27
4.2 Klage und Gericht	29
Im Einsatz für rheumakranke Menschen	30
Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	32
Sechs hilfreiche Angebote auf einen Blick	34
Impressum	35

Liebe Leserinnen und Leser,

je früher eine rheumatische Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto besser sind die Chancen einer erfolgreichen Behandlung. Deshalb ist es für Menschen mit Rheuma besonders wichtig, ihre Rechte genau zu kennen. Das fängt schon bei der freien Arztwahl und dem Recht auf eine Zweitmeinung an.

Die Broschüre „Ihre Rechte im Sozialsystem“ gibt Ihnen einen Überblick über Ihre Rechte als Patientin bzw. Patient, im Arbeitsleben und auf eine sichere Versorgung. Wie lange muss ich mit Termin in der Praxis warten? Welche Zuzahlungen gibt es? Welche Vorteile habe ich mit einem Schwerbehindertenausweis? Antworten sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner finden Sie in dieser Broschüre.



Sie haben ein gesetzlich verbrieftes Recht auf Teilhabe. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, diese Chancengleichheit herzustellen. Deutschland bietet als Sozialstaat eine Reihe von Hilfen an, um Menschen mit einer Erkrankung zu unterstützen. Es ist Ihr Recht, bestehende Angebote in Anspruch zu nehmen. Diese erhalten Sie aber oft nur, wenn Sie Ihre Rechte kennen und einfordern. Dabei möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre helfen.

Viele Beraterinnen und Berater in der Deutschen Rheuma-Liga stehen Ihnen bei Fragen zur Seite. Tauschen Sie sich in unseren Selbsthilfegruppen mit anderen Betroffenen aus. Wir sind gerne für Sie da!

Corinna Elling-Audersch
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga
Bundesverband e. V.

1 Ihre Rechte als Patientin/Patient

1.1 Diagnose Rheuma

Geschwollene Gelenke, Steifigkeit am Morgen, Muskelschmerzen, Erschöpfungszustände – die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises haben viele Gesichter. Gemeinsam ist ihnen allen: Je früher sie erkannt und behandelt werden, desto besser sind die Chancen, der Krankheit beizukommen.

Freie Arztwahl

Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung festgestellt worden, dann haben Sie Anspruch auf umfassende Aufklärung über Ihre Erkrankung und auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung bei einer Hausärztin/einem Hausarzt Ihrer Wahl, einer Orthopädin/einem Orthopäden, einer Rheumatologin/einem Rheumatologen oder einer anderen Fachärztin/einem anderen Facharzt.

Das Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, Sie verständlich und angemessen über Diagnose, Folgen, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen zu beraten und Ihre Fragen dazu zu beantworten.

Haben Sie Zweifel an der Diagnose oder an der Behandlung, die Ihr Arzt vorschlägt (zum Beispiel an einer Operation), haben Sie darüber hinaus das Recht, bei einer weiteren Ärztin/einem weiteren Arzt eine Zweitmeinung einzuholen.

Facharzttermin innerhalb eines Monats

Termine bei Fachärztinnen und -ärzten sind nicht immer leicht zu bekommen. Es kommt vor, dass Patientinnen und Patienten monatelang warten. Wer innerhalb einer Vierwochenfrist keinen Termin bekommt, kann sich an eine Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung wenden. Diese ist bundesweit unter der Rufnummer 116117 zu erreichen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, solche Servicestellen einzurichten und innerhalb eines Monats einen Facharzttermin zu vermitteln. Ist dies nicht möglich, müssen sie eine ambulante Weiterbehandlung im Krankenhaus organisieren. Voraussetzung ist, dass man eine Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt mit einem speziellen Dringlichkeitsvermerk hat (Ausnahme Augenarzt, Frauenarzt) und es sich nicht um Bagatellerkrankungen oder Routineuntersuchungen handelt.

Wartezeit

Eine Wartezeit in der Praxis von mehr als einer Stunde gilt nach der Rechtsprechung als unzumutbar, es sei denn die Ärztin/der Arzt hat einen Notfall zu versorgen. Auf alle Fälle dürfen Sie nach einer Stunde Wartezeit die Praxis verlassen und einen neuen Termin ausmachen, wenn Sie das wünschen.

Bei sehr langen Wartezeiten können Sie als Patientin/Patient auf Schadenersatz klagen. Allerdings müssen Sie dann beweisen, dass es in der betroffenen Praxis wegen schlechter Organisation häufiger zu sehr langen Wartezeiten kommt. Außerdem müssen Sie





1.2 Anspruch auf qualifizierte Behandlung

darlegen, dass Ihnen durch die lange Wartezeit ein Schaden entstanden ist.

Auch Ärztinnen und Ärzte können Patientinnen und Patienten auf Schadenersatz verklagen, wenn diese nicht pünktlich erscheinen oder den Termin nicht rechtzeitig absagen. Allerdings besteht ein Schadenersatzanspruch nur dann, wenn Ärztinnen und Ärzte keinen anderen Personen vorziehen oder schnell einbestellen können und ihnen dadurch ein (Verdienstausfall-)Schaden entsteht.

Die Wirksamkeit der Medikamente gegen entzündlich-rheumatische Erkrankungen verbessert sich stetig. Dennoch fürchten sich viele Rheuma-Betroffene zunächst vor Nebenwirkungen und haben einen hohen Informationsbedarf, was die Behandlungsmöglichkeiten anbelangt.

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine qualifizierte Behandlung, also eine umfangreiche Aufklärung über Therapien und Nebenwirkungen und eine Behandlung nach dem anerkannten und aktuellen Stand der Wissenschaft. Außerdem ist vor der Behandlung die Einwilligung des Patienten oder der Patientin einzuholen.

Recht auf Aufklärung

Ob es um einzelne Medikamente und Anwendungen geht oder um eine mögliche Operation: Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, über Erfolgsaussichten und gesundheitliche Risiken der Behandlungsformen aufzuklären.

Auch müssen sie schriftlich informieren, falls zusätzliche Kosten entstehen und in welchem Umfang diese von der Krankenkasse getragen werden oder nicht. Sie selbst bestimmen dann, ob und wie Sie behandelt werden möchten. Natürlich dürfen Sie eine medizinische Versorgung auch ablehnen, selbst wenn sie ärztlich geboten erscheint. Darüber hinaus dürfen Patientinnen und Patienten oder auch eine Vertrauensperson jederzeit die Behandlungsunterlagen einsehen und kopieren. Kosten müssen gegebenenfalls selbst getragen werden. Diesen Anspruch auf Einsicht in die eigenen Krankenunterlagen können Sie auch gerichtlich einklagen.

Behandlungsfehler

Befürchten Sie, dass Sie fehlerhaft behandelt wurden und Ihrer Gesundheit dadurch ein Schaden entstanden ist, können Sie sich an die Landesärztekammern wenden. Dort gibt es Gutachter und Schlichtungsstellen, die kostenlos prüfen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt.

Die Krankenkassen sind laut SGB V verpflichtet, ihre Versicherten beispielsweise durch Beratung oder Gutachten des Medizinischen Dienstes bei dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu unterstützen. Auch der direkte Klageweg ist möglich. Patientinnen und Patienten müssen allerdings beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, und dass dieser einen Gesundheitsschaden verursacht hat.

Nur bei groben Behandlungsfehlern, zum Beispiel einer Operation am falschen Bein, kommt es zu einer Umkehr der Beweislast: Die betroffenen Ärztinnen oder Ärzte müssen dann beweisen, dass kein Behandlungsfehler vorliegt oder dieser nicht die Ursache für den erlittenen Gesundheitsschaden war.

1.3 Was die Versicherung bezahlt

Ob Medikamente, Einlagen, Bandagen oder Physiotherapie: Gesetzlich Versicherte haben Anspruch darauf, dass ihre Versicherung die Behandlungskosten trägt. Allerdings müssen die Leistungen der Krankenversicherung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Das heißt, Versicherte haben nur Anspruch darauf, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (die gemeinsame Vertretung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands) die Leistungen für ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich hält.

Weitere Informationen zum Thema Heilmittel und den Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

 www.rheuma-liga.de/heilmittel

Medikamente

So gut wie immer sind verschreibungspflichtige Medikamente erstattungsfähig. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, beispielsweise gegen Erkältungskrankheiten oder Verdauungsbeschwerden, aber auch Nahrungsergänzungspräparate sind nicht erstattungsfähig.

Es gibt aber eine Ausnahme: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für alle Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Krankheiten als Therapiestandard gelten, etwa für Kalzium- und Vitamin-D-Präparate zur Behandlung von Osteoporose. Auch Folsäure bei MTX-Einnahme und künstliche Tränenflüssigkeit beim Sicca-Syndrom werden bezahlt.

Die Namen dieser Ausnahme-Arzneimittel stehen auf der OTC-Übersicht (aus dem englischen „over the counter“, d. h. „über den Tresen“ der Apotheke), die auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses einsehbar ist.

 www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/otc-uebersicht

Ärztinnen und Ärzte dürfen auch Arzneimittel verordnen, die für den Einsatz im Krankheitsfall nicht zugelassen sind, wenn sie sich davon einen therapeutischen Erfolg erhoffen. Für diese „Off-Label-Nutzung“ kommt die Krankenversicherung aber nur ausnahmsweise auf.

Voraussetzung ist ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Wirkstoff in die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie aufzunehmen. Je nach Ergebnis der Empfehlungen der Expertengruppe wird der Wirkstoff hier als im Off-Label-Use „verordnungsfähig“ (Teil A der Anlage) oder als „nicht verordnungsfähig“ (Teil B) eingestuft.

Heil- und Hilfsmittel

Hilfsmittel wie Gelenkbandagen oder Badewannenlifter bekommen Sie vom Arzt verordnet, um den Behandlungserfolg zu sichern und Gesundheitsschäden

auszugleichen. Sind sie aus medizinischer Sicht erforderlich und im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt, trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten.

👉 www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/hilfsmittel

Das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen finden Sie auf der Internetseite des GKV Spitzenverbandes unter Krankenversicherung/Hilfsmittel..

👉 www.gkv-spitzenverband.de

Zuzahlungen

Grundsätzlich leisten Versicherte Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent der Kosten des Heilmittels, mindestens jedoch 5, höchstens 10 Euro. Kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen als Zuzahlung leisten (Belastungsgrenze).



Für chronisch Kranke gilt: nur ein Prozent der Bruttoeinnahmen sind höchstens als Zuzahlung zu leisten. Chronisch krank ist, wer wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem festgestellten Pflegegrad 3 oder höher
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB nach den Maßstäben des § 152 in Verbindung mit § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), der GdS nach den Maßstäben des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) in Verbindung mit der Versorgungsmedizin-Verordnung und die MdE nach den Maßstäben des § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein müssen.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, weil ansonsten eine Verschlimmerung der Erkrankung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Kinder und Jugendliche unter 18 sind von Zuzahlungen befreit.

Privat versichert

Für Personen, die privat krankenversichert sind, gibt es jenseits des „Basistarifs“ keinen einheitlichen Leistungskatalog. Als Privatversicherter müssen sie jeweils anhand Ihres Versicherungsvertrages im Einzelfall prüfen, ob ein Anspruch auf die gewünschte Leistung besteht.

Fahrtkosten

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten nach § 60 SGB V, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind und vom Arzt verordnet wurden.

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen. Diese Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Dazu gehören Fahrten zu Therapien mit hoher Behandlungsfrequenz und Fahrten, die zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist, zum Beispiel Fahrten zu onkologischen Strahlen- oder Chemotherapien. Oder die Fahrt ist aus medizinisch zwingenden Gründen notwendig und es liegt eine dauerhafte Einschränkung der Mobilität vor, so dass Fahrten mit Pkw oder öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich sind. Das trifft auf Versicherte zu, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) oder für Patienten, die eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung haben.

Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Menschen mit Pflegegrad 4 und 5 unterstellt. Bei Pflegegrad 3 muss die Ärztin/der Arzt dies noch einmal bei „neuen Pflegefällen“ gesondert feststellen. Menschen, die bis zum 31. Dezember 2016 in Pflegestufe 2 waren und einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, sind von der Feststellung ausgenommen.

1.4 Kontaktstellen rund um die Patientenrechte

Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können körperliche und kognitive Ursachen haben. Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärztinnen und Ärzte durch Ankreuzen des Feldes „Verordnung einer Krankenfahrt“ auf Ordnungsformular 4. Eine Verordnung ist auch in der Videosprechstunde oder nach einem Telefonkontakt möglich. Voraussetzung: Die/Der Versicherte, der Gesundheitszustand und die Mobilitätsbeeinträchtigung sind der Praxis aus unmittelbar persönlicher Behandlung bekannt. Dabei muss die Ärztin/der Arzt oder Psychotherapeutin/Psychotherapeut bzw. Psychologin/Psychologe sicher beurteilen können, ob die medizinischen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch auf Krankenfahrt gegeben sind.

Versicherte, die keinen Schwerbehindertenausweis haben, aber dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, haben die Möglichkeit sich gleichstellen zu lassen. Dies wird von der Krankenkasse im jeweiligen Einzelfall überprüft:

- Pflegebedürftigkeit mit einem festgestellten Pflegegrad 3 oder höher
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach § 30 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, weil ansonsten eine Verschlimmerung der Erkrankung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Wenn Sie mit Ihrer medizinischen Behandlung nicht zufrieden sind oder das Gefühl haben, Leistungen, die Ihnen zustehen, nicht zu bekommen, können Sie selbstbewusster auftreten, wenn Sie Ihre Rechte kennen. Ein Großteil Ihrer in dieser Broschüre genannten Patientenrechte steht seit 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch. Sie finden sie unter §§ 630 a ff. sowie als **Veröffentlichung des Bundesgesundheitsministeriums**.

👉 www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte

Selbstverständlich können Sie aber auch ohne Paragraphenkenntnisse Ihre Rechte wahrnehmen. Benötigen Sie beispielsweise innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Vierwochenfrist einen Facharzttermin, so kontaktieren Sie die nächstgelegene **Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung**, die Ihnen dann den gewünschten Termin vermittelt.

👉 www.116117-termine.de

Im Falle eines möglichen Behandlungsfehlers wenden Sie sich in erster Linie an Ihre gesetzliche Krankenkasse, die verpflichtet ist, Sie bei der Klärung zu unterstützen, zum Beispiel durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes. Diese Unterstützung ist für Sie kostenfrei. Die Landesärztekammern haben Gutachter und Schlichtungsstellen eingerichtet, die ebenfalls den Vorwurf kostenfrei überprüfen.

👉 www.aerztekammern-schlichten.de/kontakt



2 Ihr Recht auf Teilhabe

2.1 Anspruch auf Teilhabe

Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung haben immer wieder mit Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Erschöpfung zu tun. Umso wichtiger, dass ihnen daraus keine weiteren Nachteile entstehen.

Übersicht der Leistungsarten

Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB IX):

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – früher „Berufliche Rehabilitation“ genannt
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

Sie haben ein gesetzlich verbrieftes **Recht auf Teilhabe** – an der Gesellschaft und am Arbeitsleben. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, Chancengleichheit herzustellen. So steht es im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Der deutsche Gesetzgeber hat unter anderem mit dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) die UN-Konvention umgesetzt.

 www.gemeinsam-einfach-machen.de

Leistungsträger

Leistungsträger sind die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherungsträger, die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger, die Sozialhilfeträger, die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und Versorgungsämter.



2.2 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation, ob ganztags ambulant oder stationär in einer Klinik, trägt ganz wesentlich dazu bei, (Arbeits-)Kraft und Lebensqualität zu erhalten. Denn sie bietet medikamentöse, aktivierende und physikalische Therapien, Informationen, Beratung und psychologische Unterstützung im Umgang mit der Krankheit.

Nicht zuletzt dank wirksamer Rehabilitation, steigt die Zahl derjenigen, die mit einer rheumatischen Erkrankung arbeiten, während die der krankheitsbedingten Fehltage sinkt.

Viele Rheuma-Betroffene, deren Erkrankung erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wurde, durchlaufen schon kurz nach der Diagnose eine stationäre medizinische Reha, oft auch als Anschlussheilbehandlung nach einer Operation.

Andere lernen die Vorteile der medizinischen Rehabilitation kennen, wenn sie nach Jahren der Berufstätigkeit mit ihrer Krankheit eine Reha-Maßnahme beantragen und durchlaufen – was prinzipiell alle vier Jahre möglich ist, bei besonderem Bedarf auch häufiger. Nutzen Sie deshalb diese Möglichkeit und stellen Sie den Antrag.

Die Rehabilitation erhält Ihre Arbeitskraft und ist auch im langfristigen Interesse Ihres Arbeitgebers und Ihrer Kollegen. Dies gilt ganz besonders für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, die sich stärker mit beruflichen Themen auseinandersetzt – vor allem mit dem Erhalt, der Wiederherstellung oder auch der Sicherung der Erwerbsfähigkeit.

Ausführliche Informationen zum Thema Rehabilitation finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

 www.rheuma-liga.de/reha

TIPP

Die Versorgungslandkarte der Deutschen Rheuma-Liga informiert umfassend über Kliniken, Fachärztinnen und -ärzte sowie Reha-Einrichtungen.

 www.versorgungslandkarte.de

Klinik nach Wahl

Bei der Entscheidung über Art und Ausführung der Leistungen muss der Kostenträger nach § 9 SGB IX übrigens auf die persönliche Lebenssituation Rücksicht nehmen, das heißt, auf das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse. Nutzen Sie den Reha-Antrag für einen Vorschlag für eine Klinik Ihrer Wahl.

Achten Sie darauf, dass diese von einer unabhängigen Stelle nach anerkannten Qualitätsstandards überprüft und zertifiziert wurde. Darüber hinaus muss die Klinik über einen Vertrag nach den gesetzlichen Vorschriften des Rehabilitationsträgers verfügen. Zudem muss die Klinik für Ihre Rehabilitation geeignet sein. Ihrem Wunsch dürfen also keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Auskünfte darüber erteilt Ihnen Ihr Rehabilitationsträger, beispielsweise Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung.

2.3 Heilmittel und weitere Angebote

Heilmittel wie Bewegungstherapie, Physikalische Therapie und Ergotherapie sind ein wichtiger Teil der stationären Rehabilitation.

Als ergänzende Leistung zur Rehabilitation ist auch die Verordnung von Funktionstraining und Rehabilitationssport möglich. In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings in der Regel zwölf Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit durch chronisch oder chronisch fortschreitend verlaufende entzündlich-rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrom und Osteoporose 24 Monate. Eine längere Verordnungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistung medizinisch notwendig, geeignet und wirtschaftlich ist. Ausführliche Informationen zum Funktionstraining gibt es auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga. Nutzen Sie auch die Beratungsangebote bei den Mitglieds- und Landesverbänden.

➡ www.rheuma-liga.de/funktionstraining

➡ www.rheuma-liga.de/verbaende

Alltagshilfen

Hilfsmittel wie Orthesen, Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfe werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Voraussetzung ist, dass sie den Behandlungserfolg sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine vorhandene Behinderung ausgleichen. Benötigen Sie ein Hilfsmittel, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, kann auch ein Anspruch im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen.

Weitere Informationen, vor allem zur Zuzahlung bei Heil- und Hilfsmitteln, gibt es in der Broschüre „Gelenkschutz im Alltag – gewusst wie“ und auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

➡ www.rheuma-liga.de/gelenkschutz

Patientenschulung und Selbstmanagement-Kurse

Patientenschulungen bieten die Möglichkeit, für die Gespräch mit Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen sowie Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten mehr Klarheit und Informationen über die eigene Krankheit und Therapiemöglichkeiten zu erhalten.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Rheuma-Liga nach unterstützenden Kursangeboten, zum Beispiel „Herausforderung Rheuma – nimm dein Leben in die Hand“. Erfahrene Trainerinnen und Trainer, die selbst mit einer rheumatischen Erkrankung leben, leiten den Kurs. Das macht die Kurse so besonders: Die Leiterinnen und Leiter wissen aus eigener Erfahrung, wie es ist, mit der Erkrankung umzugehen, und können Wissen aus ihrem Alltag mit einfließen lassen. Alle Kurse werden immer von zwei Personen geleitet.

➡ www.rheuma-liga.de/selbstmanagement



2.4 Schwerbehindertenausweis

Menschen mit Schwerbehinderung stehen unter dem besonderen Schutz des Gesetzes. Als schwerbehindert gilt ein Mensch, wenn seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch körperliche, geistige oder seelische Einschränkungen dauerhaft beeinträchtigt ist. Notwendig ist weiter die förmliche Anerkennung durch das Versorgungsamt.

Um die Benachteiligungen teilweise auszugleichen, erhalten schwerbehinderte Menschen einige Nachteilsausgleiche. Da rheumatische Erkrankungen vielfältig sind, sind auch die Einschränkungen, mit denen Rheuma-Betroffene in Alltag und Beruf zu kämpfen haben, unterschiedlich. Je nachdem, wie viele Gelenke wie stark betroffen sind, wie häufig Schübe auftreten, wie oft und heftig Schmerzen auftreten und wie die Therapie anschlägt, bestimmt das Versorgungsamt den Grad der Behinderung (GdB). Dabei verlassen sich Sachbearbeitende und Medizinischer Dienst meist auf die Befunde, Gutachten und Arztberichte, die Sie bereits mit dem Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis einreichen können. Unterlagen werden im Rahmen der Sachaufklärung auch von Amts wegen bei den im Antrag angegebenen Ärztin-

nen und Ärzten angefordert. Deshalb ist es wichtig, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aktuelle und aussagekräftige Befunde zu allen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen vorliegen haben.

Denken Sie daran: Was dem Versorgungsamt nicht vorliegt, wird auch nicht berücksichtigt.

Die Einstufungen erfolgen nach der Versorgungsmedizinverordnung und den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen und sind je nach Auswirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Alltagskompetenz, mit einem Grad der Behinderung (GdB) zwischen 10 und 100 möglich. Um einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten, muss ein GdB von mindestens 50 vorliegen. Der GdB wird im Ausweis eingetragen und kann sich je nach Gesundheitslage auch verändern.



Schwerbehindertenausweis
The holder of this card is severely disabled.

Grade der Behinderung

Für **entzündlich-rheumatische Erkrankungen** gilt nach der Versorgungsmedizinverordnung folgende Einteilung:

GdB 10	Keine wesentlichen Funktionseinschränkungen
GdB 20–40	Geringe Auswirkungen leichtgradige Funktionseinschränkungen und Beschwerden je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität
GdB 50–70	Mittelgradige Auswirkungen dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer zu beeinflussende Krankheitsaktivität
GdB 80–100	Schwere Auswirkungen irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Provenienz

Aus dieser Übersicht ist zu erkennen, dass es weniger auf die einzelnen Diagnosen, sondern viel mehr auf die Auswirkungen und Funktionseinschränkungen im Alltagsleben ankommt. Unabdingbar sind daher aktuelle und aussagekräftige Befunde über das Ausmaß etwa der Gelenkbeteiligung und die Bewegungseinschränkungen. Auch bei **nicht-entzündlichen Krankheiten** wie dem Fibromyalgie-Syndrom kommt es auf Art und Ausmaß der Erkrankung und der Schmerzen an und darauf, ob und inwieweit innere Organe betroffen sind, ebenso auf den Allgemeinzustand (vorzeitiges Ermüden, Gelenkkontrakturen oder Deformitäten bis hin zu Geh- und Stehunsfähigkeit).

Durchlaufen Sie eine mehr als **sechs Monate anhaltende aggressive Therapie** (zum Beispiel hochdosierte Kortisonbehandlung in Verbindung mit Immunsuppressiva), ist ein **GdB** von mindestens **50** zu gewähren.

Neben dem Grad der Behinderung werden zusätzlich gewährte Merkmale eingetragen, die weiteren Nachteilsausgleiche ermöglichen:

G	→ erheblich gehbehindert → KFZ-Steuerermäßigung (50%) → Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
aG	→ außergewöhnlich gehbehindert → KFZ-Steuerbefreiung → Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke → Sonderparkgenehmigung für Behindertenparkplatz
H/BI	→ hilflos und/oder blind → Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr → vollständige Befreiung von der KFZ-Steuer
B	→ ständige Begleitung → Begleitperson fährt in Bus und Bahn kostenfrei mit
RF	→ Rundfunk- und Fernsehgebühren frei

2.5 Persönliches Budget (§ 29 SGB IX)

Menschen mit Behinderungen haben einen individuellen Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation und gleichberechtigten Teilhabe. Zudem haben sie ein Recht darauf, über ihr Leben selbst zu bestimmen. Darum geht es beim Persönlichen Budget. Das Persönliche Budget bietet Leistungen zur Teilhabe. Es richtet sich an Menschen mit Behinderungen und an solche, denen eine Behinderung droht. Das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen steht dabei im Vordergrund (§ 8 SGB IX). Niemand soll wegen Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfangs der von ihm benötigten Leistungen ausgegrenzt werden.

Grundsätzlich sieht das Gesetz vor, das Persönliche Budget als Geldleistung auszus zahlen. In der Regel erhalten Budgetnehmerinnen und -nehmer am Monatsanfang ihr Budget für den ganzen Monat. Damit kaufen sie selbst Leistungen ein, die sie brauchen, beispielsweise eine Arbeitsassistenz.

Das Budget soll den individuell festgestellten Bedarf eines Menschen mit Behinderung decken. Bei Untersuchungen lagen das kleinste Budget bei 36 Euro und das höchste bei rund 13.000 Euro. Die Mehrheit der bewilligten Budgetsummen lag zwischen 200 und 800 Euro im Monat. Mehr Geld als bisher sollte aber niemand erwarten: Das Persönliche Budget soll die Höhe der Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten.

Beantragt werden können nach § 5 SGB IX **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**:

Übersicht der Leistungsarten

- Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

Damit ist das Persönliche Budget eine alternative Leistungsform zu den bisherigen Sach- und Dienstleistungen und sichert einen hohen Grad an Selbstbestimmung und Wahlfreiheit. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales stellt umfangreiche Informationen und Broschüren zum persönlichen Budget bereit.

🖱️ www.bmas.de/teilhabe

2.6 Berufliche Rehabilitation

Die Krankheit beeinträchtigt Ihre berufliche Leistungsfähigkeit? Dem entgegenzuwirken ist Aufgabe der beruflichen Rehabilitation. Je nachdem, welche Beschwerden Ihre Krankheit bereitet und wie stark Sie an Ihrem Arbeitsplatz körperlich belastet sind, gibt es Möglichkeiten, Sie zu entlasten und Ihre Arbeitsfähigkeit zu bewahren.

Oft ist es nötig und möglich, den Arbeitsplatz mit technischen Hilfsmitteln, beispielsweise einem orthopädischen Stuhl, Greifhilfen für Werkzeuge, einem höhenverstellbaren Arbeitstisch oder einer besonderen Computertastatur, auszustatten. Brauchen Sie ein Auto, um die Arbeitsstätte zu erreichen, steht Ihnen ein Zuschuss zur Erlangung des Führerscheins, zum Erwerb eines Autos oder für dessen behindertengerechten Umbau zu.

Können Sie Ihre Arbeit gut erledigen, brauchen dafür aber regelmäßige Unterstützung, kann auch eine Arbeitsassistenz in Frage kommen. Voraussetzung ist, dass die Unterstützungstätigkeit zeitlich umfangreich und wiederkehrend ist, wie die einer Bürokraft im Rollstuhl, die Hilfe beim Kopieren und Transportieren von Aktenordnern braucht. Auch betriebs- und standortgebundene Umbauten, wie Auffahrrampen, automatische Türen, Treppenlifte oder barrierefreie Sanitäranlagen, werden von den Leistungsträgern (mit-)finanziert. Was Sie bei Ihrem Arbeitgeber betonen sollten: Die Integrationsämter bewilligen Arbeitgebern bei derlei Investitionen oft Zuschüsse und Darlehen.

Flexible Lösungen

In vielen Fällen helfen schon kleine Veränderungen, um Rheuma-Betroffenen die Erwerbstätigkeit zu erleichtern. Klären Sie mit Ihrem Vorgesetzten, Betriebsärztin oder -arzt und den Beschäftigtenvertretungen, was an Ihrem Arbeitsplatz möglich und sinnvoll erscheint. Dazu eignen sich die gesetzlich vorgeschriebenen **Präventionsgespräche** nach SGB IX § 84.

Können Sie beispielsweise Ihre Arbeit auch in wechselnden Körperhaltungen verrichten, also sitzend, stehend oder gehend? Lassen sich Kälte, Erschütterungen oder einseitige Belastungen wie schweres Heben umgehen? Ist eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen Arbeitsplatz mit geringerer körperlicher Beanspruchung möglich? Lässt sich Ihr Arbeitsbeginn, etwa wenn Sie unter Morgensteifigkeit leiden, zeitlich nach hinten verschieben oder können Sie Stunden reduzieren? § 164 Abs.5 SGB IX fordert derlei Unterstützung ausdrücklich von Arbeitgeberseite und enthält auch einen grundsätzlichen und juristisch einklagbaren Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung.

Studierende können bei entsprechenden Funktionseinschränkungen der Hände mit einem ärztlichen Attest eine angemessene Schreibzeitverlängerung bei Klausuren erwirken und für den Vorlesungsalltag über „Eingliederungshilfen für Behinderte“ beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe einen Laptop beantragen.

Weiterbildung und Umschulung

Nicht alle haben das Glück, mit entsprechenden Hilfen an ihrem Arbeitsplatz bleiben oder betriebsintern wechseln zu können. Zudem spielt es eine entscheidende Rolle, ob die gesundheitlichen Einschränkungen Kernfunktionen Ihrer Arbeit betreffen oder nur einige Nebentätigkeiten.

Eine Weiterbildung vermittelt Fähigkeiten, die an berufliches Wissen anknüpft und qualifiziert für eine Arbeit, die Sie mit Erkrankung bewältigen können. Eine Umschulung kommt in Frage, wenn sich der Betroffene durch eine neue Ausbildung auf einen völlig neuen Tätigkeitsbereich vorbereiten möchte.

Weiterbildung und Umschulung werden als Leistungen zur Teilhabe von der Rentenversicherung (nach einer Mindestversicherungszeit von 15 Jahren in der DRV) bei allen anderen von der Agentur für Arbeit durchgeführt und finanziert.

2.7 Stufenweise Wiedereingliederung

Sind Sie innerhalb eines Jahres mehrmals über längere Zeit krankheitsbedingt arbeitsunfähig, kommt für Sie eine Stufenweise Wiedereingliederung in Frage. Diese schließt sich direkt an eine medizinische Rehabilitation oder auch an eine Erkrankung an und soll Sie schrittweise in die Berufstätigkeit zurückbegleiten. Während der Stufenweisen Wiedereingliederung bleiben Sie, anders als beim ganz ähnlich aufgebauten Betrieblichen Eingliederungsmanagement, noch krankgeschrieben.

Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn die Ärztin/der Arzt feststellt, dass Sie Ihre bisherige Arbeit zumindest teilweise wieder aufnehmen können. Zum Antrag an die Renten- oder Krankenversicherung gehört auch ein Wiedereingliederungsplan, aus dem hervorgeht, in welchem Ausmaß Sie Ihre Tätigkeit zunächst wieder aufnehmen und in welchem Zeitraum Sie Umfang und Aufgaben steigern wollen. Außerdem müssen sowohl Arbeitnehmende als auch Arbeitgebende zustimmen.

Laut § 164 Abs. 4 SGB IX sind Arbeitgebende dazu verpflichtet, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Arbeitsunfähigkeit ihrer Mitarbeitenden zu beenden, weiterer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten, unabhängig von der Größe des Betriebs und auch wenn es keinen Betriebsrat und kei-

ne Schwerbehindertenvertretung gibt. Dennoch sollten Sie mit Vorbehalten rechnen und sich mit guten Argumenten wappnen.

Eine Stufenweise Wiedereingliederung beantragen Sie in der Regel bei Ihrer Krankenversicherung. Die Rentenversicherung ist zuständig, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung direkt im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation anschließt.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist gesetzlich verankert in § 167 Abs. 2 SGB IX. Dort ist festgelegt, dass ein Arbeitgeber allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein BEM anzubieten hat. Konkrete Maßnahmen legt das Gesetz nicht fest. Die Stufenweise Wiedereingliederung kann ein Teil des BEM sein.

Ausführliche Informationen zum Thema Arbeit und Rheuma finden Sie in der Broschüre „Im Job mit Rheuma“ und auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

➡ www.rheuma-liga.de/publikationen

➡ www.rheuma-liga.de/arbeit



2.8 Kontaktstellen

Eine **medizinische Rehabilitation** können Sie je nach Situation bei verschiedenen Kostenträgern beantragen. Grundsätzlich ist bei Erwerbsfähigen immer die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Denn die Reha soll der Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dienen. Stehen Sie nicht in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis, zum Beispiel als Studierende oder Hausfrau/-mann, ist es die gesetzliche Krankenkasse, bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit die Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaft. Privatversicherte müssen diese Leistungen in ihrem Tarif extra mitversichern.

Alle Kostenträger halten die nötigen Antragsformulare bereit, die Sie dann mit Ihrer Rheumatologin/Ihrem Rheumatologen oder Hausärztin/Hausarzt ausfüllen sollten.

Wenn Sie, egal ob bei der Rentenversicherung, Arbeitsagentur oder Krankenkasse, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, klären Sie zuvor mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt das Hauptziel der Reha, beispielsweise Erwerbsfähigkeit (ganz wichtig für den Rentenversicherungsträger) oder bessere Mobilität. Außerdem ist es wichtig, Angaben zur Reha-Bedürftigkeit durch Schilderung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu machen. Je detaillierter und persönlicher Sie Bedarf, medizinische Notwendigkeit, Motivation und Ziele begründen, desto besser sind Ihre Chancen, dass die Versicherung die Maßnahme genehmigt. Selbst wenn sie ablehnt, ist ein Widerspruch oft erfolgreich, sofern der Arzt die Rehabilitation befürwortet. Es lohnt sich also, hartnäckig zu sein.

Örtliche Beratung

Wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder die wohnortnahe Ergänzende Unabhängige Teilhabe Beratung.

 www.teilhabeberatung.de

Auch die Rheuma-Liga berät Sie gern zu diesem Thema. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragen Sie beim zuständigen Träger. Stehen Sie bereits in einem Arbeitsverhältnis, ist dafür das Integrationsamt, die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherung zuständig.

 www.integrationsaemter.de

 www.arbeitsagentur.de

 www.deutsche-rentenversicherung.de

Bei den **Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe** erhalten Sie Auskünfte und Informationsangebote unter anderem über Leistungen, Beratungsangebote und das Persönliche Budget. Nach §12 SGB IX ist die Benennung von Ansprechstellen Aufgabe für alle Sozialleistungsträger. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. stellt ein Verzeichnis der Stellen im Internet zur Verfügung.

 www.ansprechstellen.de

TIPP

Ausführliche Informationen für Patienten zum Thema Reha:

 www.arbeitskreis-gesundheit.de

3 Ihr Recht auf eine sichere Versorgung

3.1 Kranken- und Arbeitslosengeld

Lohnfortzahlung

Können Sie wegen Krankheit nicht arbeiten und sind abhängig beschäftigt, haben Sie maximal sechs Wochen im Kalenderjahr lang Anspruch auf den vollen Lohn. Zählen dazu normalerweise auch Provisionen, gilt der Durchschnittsverdienst als Richtschnur, den die Arbeitnehmende während der Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich verdient hätten. Wenn eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen einer anderen Erkrankung eintritt, dann besteht erneut ein Anspruch auf volle Lohnfortzahlung.

Wenn Sie zunächst wieder arbeiten können, später aber aufgrund der gleichen Krankheit noch einmal zu Hause bleiben müssen, steht Ihnen die Lohnfortzahlung nur dann noch einmal zu, wenn die sechs Wochen noch nicht „aufgebraucht“ sind bzw. wenn zwischen den beiden Phasen der Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate liegen.

Krankengeld

Dauert Ihre Erkrankung länger als sechs Wochen oder werden Sie länger als sechs Wochen stationär in einer Klinik oder Reha-Einrichtung behandelt, haben Sie als gesetzlich Versicherte bzw. Versicherter Anspruch auf Krankengeld von Ihrer Krankenkasse. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Bruttolohns, für den Sie zuvor Beiträge an Ihre Krankenkasse entrichtet haben.

Krankengeld wird innerhalb einer Blockfrist von drei Jahren längstens für 78 Wochen wegen derselben Krankheit gezahlt. Kommt in diesem Zeitraum noch eine weitere Krankheit hinzu, verlängert sich die Leistungsdauer nicht. Achtung: Sie brauchen eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, und zwar vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an. Denn eine rückwirkende Krankschreibung ist nicht möglich, und Krankengeld wird erst ab dem Tag der ärztlichen Feststellung ausbezahlt.

Die Krankschreibung sollten Sie unverzüglich, spätestens am dritten Tag der Erkrankung vorlegen. Schauen Sie dazu in Ihren Arbeitsvertrag. Auch die Krankenkasse muss rechtzeitig informiert werden, wenn im Verlauf der Krankheit ein Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen sie geltend gemacht werden soll. Die Vorlagefrist wird in § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V auf eine Woche nach Beginn der Erkrankung festgelegt und ist, um Nachteile bei der Krankengeldzahlung zu vermeiden, unbedingt einzuhalten.

Wenn Sie erwerbstätig sind, und Ihre Erwerbsfähigkeit ist nach ärztlicher Einschätzung erheblich gefährdet, wird die Ärztin/der Arzt Sie auffordern, einen entsprechenden Reha-Antrag auf eine medizinische Reha und/oder weitere Teilhabeleistungen zu stellen. Aber auch alle anderen Menschen haben einen Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation. Ansprechpartnerin ist in erster Linie die gesetzliche Krankenversicherung, die im Falle ihrer Unzuständigkeit verpflichtet ist, den Reha-Antrag an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Dies ist bei Arbeitnehmenden immer die gesetzliche Rentenversicherung. Im Zweifel beauftragt die Krankenkasse den medizinischen Dienst, Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. Rehabilitationsfähigkeit zu prüfen und leitet gegebenenfalls medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen ein.





Arbeitslosengeld und „Nahtlosigkeitsregelung“

Übersteigt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit 78 Wochen, besteht eventuell Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Solange bis die Rentenversicherung endgültig über den Antrag entschieden hat, greift zu Ihren Gunsten die „Nahtlosigkeitsregelung“. Nach § 145 SGB III haben Sie nach Ausschöpfung Ihres Anspruchs auf Krankengeld trotz einer dauerhaften Leistungsminderung bzw. fehlender Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt Anspruch auf Arbeitslosengeld, bis der Rentenversicherungsträger festgestellt hat, ob eine Erwerbsminderung vorliegt.

Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dieser Sonderregelung kann sogar dann bestehen, wenn das Arbeitsverhältnis noch formal fortbesteht.

Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn Sie bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind, innerhalb der letzten 30 Monate vor der Arbeitslosigkeit mindestens zwölf Monate versicherungspflichtig beschäftigt waren, ohne Beschäftigung sind, aber mindestens 15 Stunden pro Woche einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen wollen.

3.2 Erwerbsminderungsrente

eingeschränkt und haben mindestens drei der letzten fünf Jahre Pflichtbeiträge in die Gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt? Dann haben Sie Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente).

Da der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ gilt, müssen, bevor über den Rentenantrag entschieden wird, alle Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 2 und 3) ausgeschöpft werden. Es sei denn eine Rehabilitationsmaßnahme ist von vornherein aussichtslos.

Sollte sich während einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme herausstellen, dass Sie nach Meinung der Ärztinnen und Ärzte in der Erwerbsfähigkeit deutlich eingeschränkt sind und dies durch die Reha nicht gebessert werden kann, wird die Rentenversicherung davon in Kenntnis gesetzt und der Reha-Antrag in einen Rentenantrag umgedeutet.

Die Einsetzbarkeit zählt

Maßgebend für die Erwerbsminderung ist nicht Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern allein Ihre Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

- Wer täglich sechs Stunden oder mehr arbeiten kann, hat keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente.
- Wer täglich drei bis unter sechs Stunden arbeiten kann, erhält eine teilweise Erwerbsminderungsrente.
- Wer weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann, hat Anspruch auf die volle Erwerbsminderungsrente.

Die Höhe Ihrer Erwerbsminderungsrente hängt von drei Faktoren ab:

1. Ob Sie eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente beziehen und was Sie hinzuverdienen.
2. Von der Zahl der Jahre, in denen Sie Versicherungsbeiträge eingezahlt haben.
3. Von Ihrem bisherigen Einkommen.

Grundsätzlich werden Renten wegen Erwerbsminderung nur auf Zeit bewilligt, längstens für drei Jahre. Bessert sich der Gesundheitszustand nicht, wird die Rente verlängert und spätestens nach neun Jahren auf Dauer bewilligt (§ 102 Abs. 2 SGB VI).

Hinzuverdienen ist möglich

Wenn Sie eine Erwerbsminderungsrente bekommen, bedeutet das nicht, dass Sie nicht arbeiten und hinzuverdienen dürfen. Da selbst eine volle Erwerbsminderungsrente erheblich unter dem letzten Nettogehalt liegt und eine teilweise Erwerbsminderungsrente oft nicht ausreicht, können Teilzeit- oder Minijobs sehr sinnvoll sein. Bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die man der letzten Mitteilung der Rentenversicherung entnehmen kann. Die Hinzuverdienstgrenzen sind inzwischen deutlich gestiegen, allerdings ist zu berücksichtigen, dass die tägliche Arbeitszeit (bei voller EM-Rente 3 Stunden und mehr, bei teilweiser 6 Stunden und mehr) nicht überschritten werden darf, um keine Rentenkürzungen oder den völligen Wegfall der Rente zu riskieren. Bei Fragen sollten Sie sich mit dem Rentenversicherungsträger in Verbindung setzen. Weitere Informationen finden Sie auch auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung.

 www.deutsche-rentenversicherung.de

3.3 Grundsicherung

Wenn der Lebensunterhalt wegen einer Erkrankung nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden kann, kommt die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ in Frage. Sie ist als eigenständige Leistung im Sozialgesetzbuch XII festgeschrieben. Anspruch darauf haben über 65-Jährige und aus medizinischen Gründen vom Rentenversicherungsträger als dauerhaft vollwerbsgemindert anerkannte Menschen ab 18 Jahren. Damit gibt es für Rheuma-Betroffene, die zwar dauerhaft erwerbsunfähig sind, aber keine Gelegenheit hatten, ausreichende Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung zu erwerben, einen Anspruch außerhalb der Sozialhilfe.

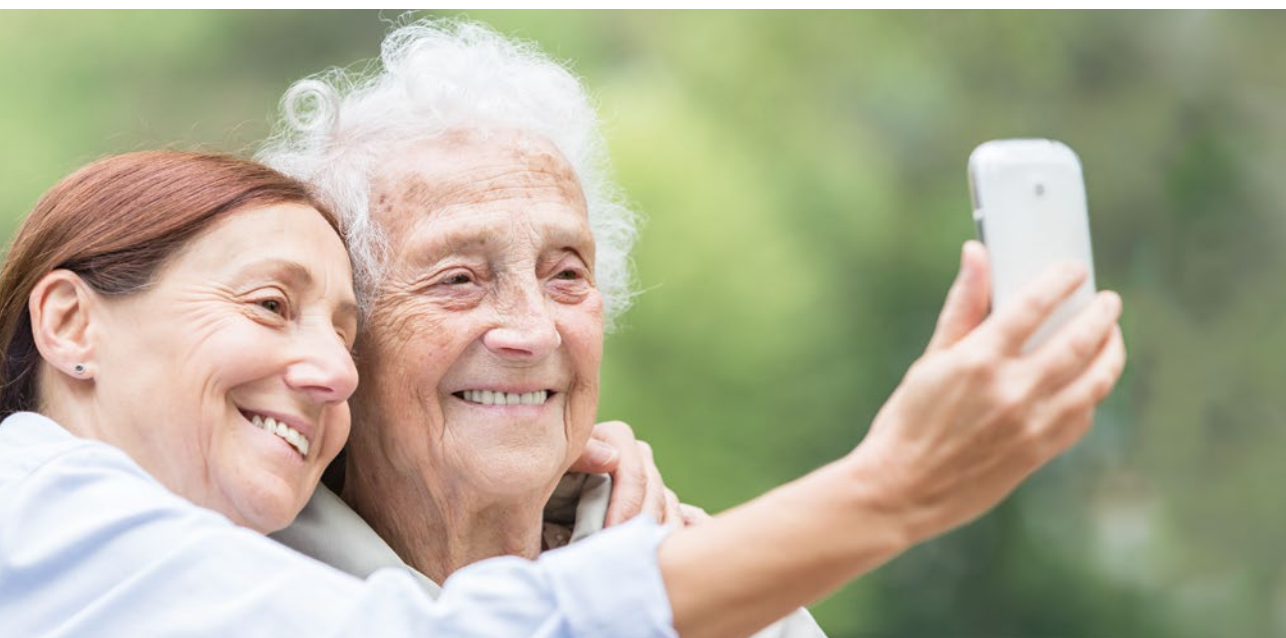
Verwandteinkommen bleibt außen vor

Die Höhe der Grundsicherung orientiert sich zwar an der „Hilfe zum Lebensunterhalt“, sprich Sozialhilfe. Anders als bei der Sozialhilfe greift der Staat bei der Grundsicherung nicht auf das Einkommen der Kinder oder Eltern der Berechtigten zurück, sofern deren Jahreseinkommen unter 100.000 Euro liegt. Sie müssen also nicht befürchten, Ihre Angehörigen zu belasten, wenn Sie Grundsicherung beantragen. Grundsicherung wird jeweils für ein Jahr gewährt und – so lange die Bedürftigkeitsvoraussetzungen vorliegen – Jahr für Jahr neu bewilligt, ohne dass Sie einen erneuten Antrag zu stellen brauchen.

3.4 Pflegegrade und Leistungen

Die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit sind im Gesetz (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – SGB XI) genau definiert: Pflegebedürftig ist, wer körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann und deshalb Unterstützung benötigt.

Das Pflegestärkungsgesetz sieht eine Einstufung in Pflegegraden vor. Bei der Pflegebegutachtung betrachtet der Gutachter die Selbstständigkeit eines Menschen in den Bereichen, die für das tägliche Leben wesentlich sind. Diese Module sind: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Zusätzlich werden die Bereiche „Außerhäusliche Aktivitäten“ (Modul 7) und „Haushaltsführung“ (Modul 8) betrachtet. Sie werden jedoch bei der Ermittlung eines möglichen Pflegegrades nicht berücksichtigt. Auf der Grundlage der durch die Gutachterinnen und Gutachter festgestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten erfolgt die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Je stärker die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten beeinträchtigt sind, und je umfassender der dadurch entstehende Hilfebedarf ist, desto hö-



her ist der Pflegegrad und desto höher sind auch die zur Verfügung stehenden Leistungen der Pflegeversicherung. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Die Punktzahl spiegelt also die Schwere der Pflegebedürftigkeit wider und damit auch den Pflegegrad. Vom Pflegegrad hängt wiederum ab, auf welche Pflegeleistungen der Pflegebedürftige Anspruch hat.

Freie Wahl der Pflegekraft

Wie und von wem Sie gepflegt werden möchten, können Sie selbst entscheiden. Die Pflege zu Hause kann beispielsweise von einem ambulanten Pflegedienst, einem Angehörigen oder einer professionellen Einzelpflegekraft übernommen werden. Wer in ein Pflegeheim geht, kann zwischen vollstationärer, teilstationärer oder Kurzzeitpflege wählen. Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung zahlt die Pflegekasse Zuschüsse bis zu 4.180 Euro je Maßnahme.

TIPP

Dokumentieren Sie Ihren Pflegebedarf zwei Wochen lang in einem Pflegetagebuch. Informationen und Vordrucke zum Ausfüllen erhalten Sie kostenfrei bei der zuständigen Pflegekasse, Pflegestützpunkten oder bei Sozialverbänden.

Weitere hilfreiche Informationen finden Sie auch auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

 www.rheuma-liga.de/pflege

Familienpflegezeit

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf soll pflegende Angehörige in ihren Aufgaben unterstützen. Das Gesetz regelt unter anderem den Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt auf eine teilweise Freistellung von bis zu

24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden.

Die Familienpflegezeit berücksichtigt die Individualität jeder Pflegesituation und besteht aus drei Säulen:

1. Zehntägige Auszeit im Akutfall mit Lohnersatzleistung:

Für die kurzfristige Organisation einer neuen Pflegesituation für einen nahen Angehörigen können Beschäftigte eine zehntägige Auszeit, in der sie eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld, erhalten. Das Pflegeunterstützungsgeld wird bei der Pflegeversicherung der zu pflegenden Person beantragt.

2. Sechs Monate vollständige oder teilweise Freistellung nach der Pflegezeitgesetz mit zinslosem Darlehen:

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung, wenn sie eine pflegebedürftige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Einen Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine bis zu sechs Monate dauernde vollständige oder teilweise Freistellung für die auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung besteht auch für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz freistellen lassen, haben einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen. Dieses Darlehen zur besseren Abfederung des Einkommensverlustes kann direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Beschäftigte können auch einen niedrigen Darlehensbetrag in Anspruch nehmen, wobei die monatliche Rate mindestens 50 Euro betragen muss.

3. Familienpflegezeit mit zinslosem Darlehen und Rechtsanspruch:

Wer sich über einen längeren Zeitraum um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung kümmern muss, kann eine Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch nehmen. Beschäftigte sind für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer verbleibenden Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden hierfür teilweise freizustellen. Diese Freistellungsmöglichkeit gilt auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen. Die Familienpflegezeit können Beschäftigte in Anspruch nehmen, die bei Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten tätig sind. Die Pflegezeit und die Familienpflegezeit können kombiniert werden, müssen aber unmittelbar aneinander anschließen. Die Gesamtdauer der Freistellungen beträgt höchstens 24 Monate.

Der Anspruch auf ein zinsloses Darlehen besteht auch bei der Familienpflegezeit. Es wird direkt beim BAFzA beantragt. Die zinslosen Darlehen müssen nach Ablauf der Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Raten zurückgezahlt werden. Das BAFzA kann bei Vorliegen einer besonderen Härte die Rückzahlung des Darlehens zum Beispiel auf Antrag stunden und so die Fälligkeit hinausschieben. Kündigungsschutz für Beschäftigte besteht von der Ankündigung, höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn, bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der genannten Freistellungen.

Der Rechtsanspruch auf Fernbleiben von der Arbeit wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und auf alle Freistellungen besteht für „nahe Angehörige“. Dies beinhaltet nicht nur die Pflege von Großeltern, Eltern, Kindern (auch Adoptiv- oder Pflegekindern), Geschwistern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartnern oder Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft, sondern gilt auch für Stiefeltern, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner. Auch die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners sowie Schwieger- und Enkelkinder sind als nahe Angehörige anzusehen.

Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate. Es ist auch möglich, dass sich mehrere Angehörige die Pflege teilen, nacheinander oder parallel. Ausführliche Informationen zum Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz finden Sie im Informationsportal „Wege zur Pflege“.

 www.wege-zur-pflege.de

Pflegegrade und Leistungen

Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte.

Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte.

Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte.

Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 70 bis unter 90 Gesamtpunkte.

Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. 90 bis 100 Gesamtpunkte.

Leistungen: Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen unter anderem vom Pflegegrad und der pflegenden Person ab. Eine genaue Übersicht über die Leistungen finden Sie auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums.

 www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege

Pflegetagebuch

Sobald erkennbar ist, dass ein Pflegefall eintritt, sollten Sie einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse stellen, die Sie über Ihre Krankenkasse kontaktieren können. Anschließend wird sich der Medizinische Dienst (MDK) zu einem Hausbesuch anmelden, um die Höhe der Pflegestufe zu ermitteln. Bereiten Sie diesen Besuch gut vor.

Hilfreich ist es, über zwei Wochen vor dem Besuch ein Pflegetagebuch zu führen, um den Umfang der Pflegeleistungen zu dokumentieren. Dies ist über Ihre Krankenkasse oder im Internet, zum Beispiel über die Seite des VdK Deutschland unter dem Stichwort „Pflegetagebuch“ erhältlich. Danach erstellt die Pflegekasse ein Gutachten und schickt Ihnen den Pflegebescheid. Diesen sollten Sie sorgfältig prüfen und eventuell mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt/Pflegedienst besprechen. Sollte Ihrem Antrag nicht stattgegeben werden, dann sollten auch rechtliche Schritte wie Widerspruch und Klage beim Sozialgericht erwogen werden. Im Widerspruchsverfahren wird in der Regel ein zweites Pflegegutachten von der Pflegekasse eingeholt. Auch das Sozialgericht wird im Falle einer Klage ein weiteres Gutachten anordnen, so dass Sie die Sicherheit und die Chance haben, dass spätestens dann der tatsächliche Pflegebedarf richtig eingeschätzt wird.

Arbeitsunfähigkeit

Sind Arbeitnehmende arbeitsunfähig erkrankt, erhalten Arbeitgebende normalerweise zum Ende der sechswöchigen Lohnfortzahlung von der gesetzlichen Krankenversicherung einen Vordruck, die Verdienstbescheinigung. Diese muss er ausfüllen, damit die Krankenkasse das Krankengeld berechnen kann. Bekommen Sie Arbeitslosengeld I, informiert die Bundesagentur für Arbeit die gesetzliche Krankenversicherung, wann die Fortzahlung endet und wie hoch Ihr Arbeitslosengeld I war. Ab diesem Zeitpunkt können Sie Krankengeld erhalten. Die Krankenkasse schickt Ihnen anschließend einen Vordruck für den Arzt, den Auszahlungsschein. Damit bestätigt Ihr Arzt, dass Sie arbeitsunfähig krank waren und es eventuell

noch weiter sind. Den ausgefüllten Ausfallschein senden Sie dann der Krankenkasse zu, und Sie erhalten Krankengeld.

Im Fall einer Kündigung melden Sie sich sofort arbeitssuchend, ansonsten droht eine Sperrfrist. Spätestens am ersten Tag der Arbeitslosigkeit müssen Sie sich persönlich bei Ihrer Agentur für Arbeit arbeitslos melden. Auch Arbeitslosengeld I müssen Sie umgehend beantragen, und zwar persönlich und spätestens am ersten Tag der Beschäftigungslosigkeit. Arbeitslosengeld wird frühestens von dem Tag an gewährt, an dem Sie der Agentur für Arbeit die Arbeitslosigkeit persönlich mitteilen. Suchen Sie daher im eigenen Interesse sofort Ihre Agentur für Arbeit auf, wenn Sie arbeitslos werden. Die Antragsunterlagen erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit und im Internet. Den Antrag auf Arbeitslosengeld können Sie später dann auch online stellen.

Antragsformulare auch online

Erwerbsminderungsrente beantragen Sie zunächst formlos schriftlich oder telefonisch bei Ihrem Rentenversicherungsträger. Er sendet Ihnen dann die nötigen Formulare zu. Sie können sie aber auch auf den Versicherungsämtern der Kommunen oder online bekommen.

 www.deutsche-rentenversicherung.de

Den Antrag auf Grundsicherungsrente stellen Sie beim Sozialamt, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Das kann das Grundsicherungsamt der Kommune oder der Kreisverwaltung sein. Sie können sich auch an die Rentenversicherungsträger wenden, denn diese sind gesetzlich verpflichtet, Ihnen bei der Antragstellung zu helfen.

3.5 Beratungsmöglichkeiten

Wer seine Rechte kennt, hat bessere Chancen, sie durchzusetzen. Unterstützung bieten zahlreiche kostenfreie Beratungsangebote. Auch die Landes- und Mitgliedsverbände der Deutschen Rheuma-Liga stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums

Bürgertelefon zur Krankenversicherung:

030-34 06 066-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung:

030-40 60 66-02

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe

📞 www.bag-selbsthilfe.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

📞 www.einfach-teilhabe.de

Integrationsämter

📞 www.integrationsaemter.de

Onlineberatung:

📞 forum.integrationsaemter.de

Krankenkassen

Hotlines und örtliche Servicestellen

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Beratungsstellenverzeichnis

📞 www.mdk.de

Termin-Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung

📞 www.116117-termine.de

Servicetelefon rund um Rente und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund

Kostenlose Beratung bieten auch die ehrenamtlichen Versichertenältesten bei der Deutschen Rentenversicherung. Sie geben Auskünfte und Tipps bei Rentenangelegenheiten und helfen bei Anträgen.

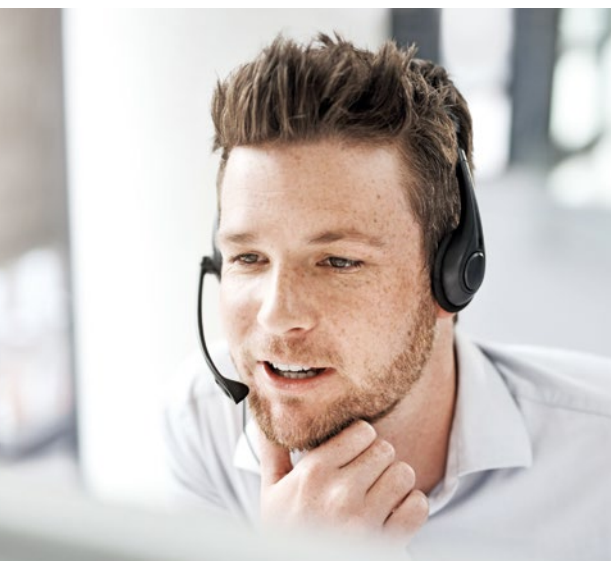
Servicetelefon: **08 00-1000 48 00**

Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Telefon: **08 00-01 17 722**

(Kostenfreie Beratung)

📞 www.patientenberatung.de



4 Ihr Recht sich durchzusetzen

4.1 Umgang mit Ämtern: Antrag, Bescheid und Widerspruch

Ob es um medizinische Rehabilitation, Krankengeld oder Pflegeleistungen geht: Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie zunächst einen Antrag stellen. Sind Sie sich nicht sicher, wer zuständig ist, können Sie sich auch an Ihre Krankenkasse wenden. Sie ist verpflichtet, auf Anfrage die zuständige Stelle zu nennen. Auch wenn Sie einen falschen Leistungsträger einschalten, ist dieser verpflichtet, den Antrag an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Anträge können zwar grundsätzlich formlos, also auch mündlich, gestellt werden. Doch in der Praxis bieten die Leistungsträger Formulare an. Das vereinfacht die Weitergabe wichtiger Informationen. Die Eingangsbestätigung dient als Nachweis, dass und wann Sie den Antrag gestellt haben. Die Anträge sind immer von Ihnen selbst zu stellen. Ärztinnen, Ärzte und Sozialdienste können dabei wichtige Hilfestellung geben, aber den Antrag nicht einreichen. Auch wenn Sie mündlich darauf hingewiesen werden, Ihr Antrag sei aussichtslos: Stellen Sie ihn, und bestehen Sie auf einem schriftlichen Bescheid mit Begründung, denn nur gegen den können Sie sich, wenn nötig, juristisch zur Wehr setzen.

Bescheid

Beantragen Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Leistung, muss sie innerhalb einer Frist von drei Wochen darüber entscheiden (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Ist ein medizinisches Gutachten erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen, bei einem Gutachterverfahren nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärztinnen und Zahnärzte sechs Wochen.

Falls eine umfangreichere Prüfung erforderlich ist, eine Gutachterin/ein Gutachter schlicht länger braucht oder weitere Nachfragen nötig sind, ist die Versicherung verpflichtet, Sie rechtzeitig schriftlich und mit Begründung über die Verzögerung zu infor-

mieren. Tut sie das nicht, gilt die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt. Kümmern Sie sich dann selbst um die Leistung, ist die Krankenversicherung verpflichtet, Ihnen die dafür entstandenen Kosten zu erstatten.

Hat der Leistungsträger Ihren Antrag geprüft, bekommen Sie einen schriftlichen Bescheid. Ist dieser positiv, erhalten Sie die gewünschte Leistung. Ist er negativ, können Sie Rechtsmittel einlegen: gegen einen Bescheid das Rechtsmittel des Widerspruchs, gegen einen Widerspruchsbescheid das Rechtsmittel der Klage. Enthält der Bescheid wie vorgeschrieben eine Rechtsmittelbelehrung, können Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt Widerspruch einlegen. Fehlt die Rechtsmittelbelehrung, verlängert sich Ihre Widerspruchsfrist auf ein Jahr.

! HINWEIS

Die meisten Sachverhalte, um die es in den Antragsverfahren geht, können sich mit Ihren Gesundheits- und Lebensumständen ändern. Deshalb können Sie jederzeit einen neuen Antrag stellen, auch wenn bereits einmal über die betreffende Leistung entschieden wurde.

Widerspruch

Ein Widerspruch muss nicht zwingend begründet werden, aber eine schriftliche Begründung steigert Ihre Erfolgschancen. Außerdem sollten Sie von ihrem Recht auf Akteneinsicht Gebrauch machen, um die Entscheidung nachvollziehen und Schwachstellen entdecken zu können. Formal reicht ein kurzer Schriftsatz wie etwa:

”

Gegen Ihren Bescheid AZ ... lege ich Widerspruch ein. Schriftliche Begründung folgt. Gleichzeitig beantrage ich, mir alle ärztlichen Zeugnisse und Gutachten, die Grundlage für Ihren Bescheid waren, in Fotokopie zu übersenden (einschließlich der abschließenden Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes).

“

Sie können Ihren Widerspruch auch direkt beim Leistungsträger zu Protokoll geben. Das Rechtsmittel kann auch per Fax versandt werden, eine einfache E-Mail reicht allerdings nicht aus. Um im Streitfall den rechtzeitigen Zugang des Rechtsmittels nachzuweisen, wäre eine Bestätigung des Zugangs durch Einschreiben mit Rückschein oder das Sendeprotokoll bzw. die Eingangsbestätigung des Gerichts/der Behörde hilfreich. Eine schriftliche Begründung Ihres Widerspruchs könnte in etwa so aussehen:

”

Meinen Widerspruch begründe ich wie folgt: Sowohl meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt als auch ich sind der Meinung, dass bei der Bewertung die Schwere und die Auswirkungen meiner Erkrankung nicht angemessen berücksichtigt worden sind, weil ...

“

An dieser Stelle müssten Ausführungen zu den einzelnen Erkrankungen, Funktionseinschränkungen, Schmerzen und vergeblichen Therapieversuchen gemacht werden:

”

Ich beantrage daher, den angefochtenen Bescheid aufzuheben und erneut über ...zu entscheiden. Ich beantrage die fachärztliche Entscheidung durch einen anderen Gutachter.

“

Der Leistungsträger prüft aufgrund des Widerspruchs die Sachlage und Ihre Argumente noch einmal neu. Auch haben Sie Gelegenheit, Ihren Vortrag durch weitere ärztliche Befunde zu untermauern. War Ihr Widerspruch erfolgreich, bekommen Sie die Leistung. Der Leistungsträger muss Ihnen darüber hinaus die Ihnen entstandenen Kosten, dazu zählen insbesondere die Kosten eines von Ihnen eingeschalteten Anwalts, erstatten. Fällt auch der Widerspruchsbescheid negativ aus, können Sie innerhalb eines Monats dagegen klagen. Sollte der Leistungsträger die Rechtsmittelbelehrung vergessen haben, verlängert sich die Klagefrist auf bis zu einem Jahr nach Erhalt des Bescheides.

4.2 Klage und Gericht

Wird Ihr Widerspruch abgelehnt, können Sie dagegen innerhalb eines Monats nach Zustellung des Widerspruchsbescheids (an dessen Ende auch hier wieder eine Rechtsmittelbelehrung stehen muss) vor dem Sozialgericht klagen. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist „bürgerfreundlich“, so dass auch Menschen, die wenig rechtskundig oder schriftgewandt sind, das Mittel der Klage nutzen können. Die Klage kann schriftlich oder auch mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle des jeweiligen Gerichts erhoben werden. Wichtig ist, dass sie Absender, Adressat und Aktenzeichen des Bescheides enthält und persönlich unterschrieben ist.

Beratungs- und Prozesskostenhilfe

Vor Sozial- oder Landessozialgerichten herrscht kein Anwaltszwang. Allerdings kann es von Nutzen sein, sich professioneller Hilfe zu holen, sei es über eine Anwältin/einen Anwalt, einen Sozialverband oder eine Gewerkschaft. Wenn Sie eine Rechtsanwältin/einen Rechtsanwalt einschalten möchten, aber nicht über die finanziellen Mittel dazu verfügen, können Sie außerdem einen Antrag auf Beratungs- und Prozesskostenhilfe stellen.

Hierzu gibt es Formulare, die zusammen mit Einkommens- und Vermögensnachweisen bei Gericht eingereicht werden können. Das Gericht muss Prozesskostenhilfe bewilligen, wenn Sie selbst nicht die finanziellen Mittel für einen Prozess aufbringen können und Ihr Antrag nach oberflächlicher Prüfung hinreichende Aussichten auf Erfolg hat.

Akteneinsicht

Wie im Widerspruchsverfahren, haben Sie auch im Rechtsstreit vor den Sozialgerichten in allen Instanzen das Recht auf Akteneinsicht. So können Sie prüfen, ob alle Ärztinnen und Ärzte befragt wurden und ausreichend Auskunft über alles gegeben haben, was für die Entscheidung wichtig war. Außerdem enthält jede Akte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes, aus der sich eigentlich erst die Gründe für

die Ablehnung entnehmen lassen. Am Ende eines Verfahrens vor dem Sozialgericht steht entweder eine Rücknahme der Klage, ein Vergleich oder ein Urteil. Das Gericht kann ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, wenn die Sache keine besonderen Schwierigkeiten aufweist und der Sachverhalt klar ist. Die Beteiligten sind aber vorher zu hören. Gegen Entscheidungen des Sozialgerichts ist die Berufung zum Landessozialgericht und gegen dessen Entscheidung die Revision zum Bundessozialgericht möglich.

Kosten

In allen Instanzen besteht Gerichtskostenfreiheit. Das heißt, auf Sie als Privatperson kommen, wenn Sie unterliegen, „nur“ Ihre eigenen außergerichtlichen Kosten zu, beispielsweise Anwaltskosten oder Kosten für ein von Ihnen selbst in Auftrag gegebenes Gutachten. Darüber hinaus haben Betroffene unterhalb gewisser Einkommensgrenzen Anspruch auf kostenlose Beratung und Prozessvertretung durch Rechtsanwälte im Rahmen der Beratungshilfe bzw. Prozesskostenhilfe. Es lohnt sich also, die Sozialgerichte bei Bedarf einzuschalten.



Im Einsatz für rheumakranke Menschen



Gemeinsam stark

Mehr als 250.000 Mitglieder machen die Deutsche Rheuma-Liga zum größten deutschen Selbsthilfeverband im Gesundheitswesen. Die Mitglieder legen mit ihrem Engagement das Fundament für das breite Spektrum der Leistungen der Deutschen Rheuma-Liga. Mehr als zehntausend Ehrenamtliche informieren bundesweit neu Erkrankte, schaffen Beratungs- und Betreuungsangebote und organisieren zahlreiche Angebote für Betroffene.

Offen für alle

Es gibt viele rheumatische Erkrankungen: Arthrose, entzündliche Erkrankungen, Fibromyalgie, Rheuma bei Kindern und eher seltene Krankheitsformen. Die Deutsche Rheuma-Liga ist für alle da. Morbus-Bechterew-, Lupus-Erythematodes- und Sklerodermie-Betroffene organisieren sich in eigenen Verbänden unter dem Dach der Deutschen Rheuma-Liga.

An der Seite der Betroffenen

Rund 17 Millionen junge und alte Menschen in Deutschland leben mit einer rheumatischen Erkrankung. Manche Erkrankungen entwickeln sich schleichend über viele Jahre. Andere sind akut lebensbedrohlich und greifen die Organe an. Immer beeinflussen sie die Lebensperspektive der Betroffenen. Das Leben mit Rheuma bringt viele Herausforderungen mit sich: Die Unterstützung der Deutschen Rheuma-Liga kann dabei viel bewirken.

Überall in Deutschland

Das Netz der örtlichen Gruppen und Verbände der Deutschen Rheuma-Liga erstreckt sich von Ost nach West und von Nord nach Süd über ganz Deutschland. So bestehen vor Ort viele Möglichkeiten der Begegnung und Unterstützung im Umgang mit der Krankheit: Bewegungstherapie, ergotherapeutische Behandlung, Schmerzbewältigungskurse, sozialrechtliche Beratung, Betreuung von Schwerstbetroffenen, Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen, Elternkreise, Treffen junger Rheumatiker und viele Freizeitangebote.

Umfassende Aufklärung, aktuelle Information

Die Deutsche Rheuma-Liga bietet Betroffenen und Angehörigen wissenschaftlich, politisch und gesellschaftlich aktuelle Antworten auf ihre Fragen bei Alltagshürden aller Art. Es liegt eine große Auswahl an verständlichen und fachlich geprüften Ratgebern zu verschiedenen Krankheitsformen vor. Die Broschüren und weiteres Informationsmaterial können bei den Landes- und Mitgliedsverbänden und über den Publikationsshop auf der Internetseite bestellt werden.

Informationen zu rheumatischen Erkrankungen und zum Leben mit Rheuma stellt die Deutsche Rheuma-Liga auf ihrer Internetseite bereit. Die „Versorgungslandkarte“ hilft Betroffenen Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie Kliniken zu finden. Die Landes- und Mitgliedsverbände informieren über ihre Angebote vor Ort. Die Mitgliederzeitschrift „mobil“ hält Leserinnen und Leser auf dem neuesten Stand der Forschung und gibt viele Anregungen sowie praktische Tipps. Betroffene arbeiten ehrenamtlich an der Mitgliederzeitschrift mit. Alle Informationen werden von ärztlichen Beratern geprüft.

Dialog und Bildung

Die Deutsche Rheuma-Liga und die Verbände unter ihrem Dach setzen auf den Dialog mit Mitgliedern, Betroffenen und Angehörigen. Sie organisieren die Informationsveranstaltungen und Schulungen. Ein Schwerpunkt liegt hier auch auf der Fortbildung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden und im Gesundheitswesen Tätigen. Ebenso hat die Deutsche Rheuma-Liga Patientenschulungsprogramme entwickelt und bietet diese an.

Unterstützung der Forschung

„Rheuma heilbar machen“ ist das Ziel der Rheumastiftung. Auch die Deutsche Rheuma-Liga fördert gezielt die Forschung und vergibt Promotionsstipendien für Forschungsprojekte im Bereich der Selbsthilfe und der Versorgung. Patientenvertreterinnen und -vertreter bringen ihre Anliegen in den entsprechenden Gremien der medizinischen Forschung ein.

Unabhängig, aber parteiisch

Die Deutsche Rheuma-Liga wird von ihren Mitgliedern getragen und ist in ihren Zielen und Handlungen unabhängig und überparteilich. Aber sie ergreift überall da Partei, wo es um die Belange rheumakrank Menschen geht. Deshalb setzt sich die Deutsche Rheuma-Liga auf kommunaler, Landes-, Bundes- und europäischer Ebene für deren bestmögliche medizinische Versorgung und soziale Unterstützung ein.

Vorteile für Mitglieder

Alle Angebote der Deutschen Rheuma-Liga sind speziell auf rheumabetroffene Menschen zugeschnitten. Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich für die Belange ihrer Mitglieder ein, etwa durch gesundheitspolitisches Engagement. Sie bringt ihre Mitglieder zusammen: in Gesprächsgruppen, Elternkreisen und bei Treffen für junge Rheumatiker. Und sie versorgt rheumakranke Menschen mit allen wichtigen Informationen. Eine Jahresmitgliedschaft beinhaltet bei fast allen Landesverbänden den Bezug der Zeitschrift mobil, persönliche Beratung und umfangreiches Informationsmaterial.

**Wir freuen uns auf Sie!
Wir helfen weiter –
die Deutsche Rheuma-Liga**

Tel. 08 00-600 25 25
E-Mail bv@rheuma-liga.de
Internet www.rheuma-liga.de

Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn
Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn
Tel. 02 28-766 06-0
bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Rheuma-Liga Baden-Württemberg e. V.
76646 Bruchsal, Tel. 072 51-91 62-0
kontakt@rheuma-liga-bw.de
www.rheuma-liga-bw.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Bayern e. V.**
80686 München, Tel. 089-58 98 85 68-0
info@rheuma-liga-bayern.de
www.rheuma-liga-bayern.de

Deutsche Rheuma-Liga Berlin e. V.
Therapie-, Selbsthilfe- und Begegnungszentrum
12107 Berlin, Tel. 030-3 22 90 29-0
zirp@rheuma-liga-berlin.de
www.rheuma-liga-berlin.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Brandenburg e. V.**
03044 Cottbus, Tel. 03 55-49 48-6 51 oder -6 52
info@rheuma-liga-brandenburg.de
www.rheuma-liga-brandenburg.de

Rheuma-Liga Bremen e. V.
28195 Bremen, Tel.: 04 21-16 89 52 00
info@rheuma-liga-bremen.de
www.rheuma-liga-bremen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Hamburg e. V.**
22081 Hamburg, Tel. 040-6 69 07 65-0
info@rheuma-liga-hamburg.de
www.rheuma-liga-hamburg.de

Rheuma-Liga Hessen e. V.
63263 Neu-Isenburg, Tel. 061 02-883 66-0
info@rheuma-liga-hessen.de
www.rheuma-liga-hessen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**
18057 Rostock, Tel. 03 81-26 05 60-0
lv@rheumaligamv.de
www.rheumaligamv.de

Rheuma-Liga Niedersachsen e. V.
30165 Hannover, Tel. 05 11-1 33 74
info@rheuma-liga-nds.de
www.rheuma-liga-nds.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Nordrhein-Westfalen e. V.**
45127 Essen, Tel. 02 01-8 27 97-0
info@rheuma-liga-nrw.de
www.rheuma-liga-nrw.de

**Deutsche Rheuma-Liga Landesverband
Rheinland-Pfalz e. V.**
55543 Bad Kreuznach, Tel. 06 71-83 404-50
info@rheuma-liga-rlp.de
www.rheuma-liga-rlp.de

Deutsche Rheuma-Liga Saar e. V.
66111 Saarbrücken, Tel. 06 81-3 32-71
info@rheuma-liga-saar.de
www.rheuma-liga-saar.de

Rheuma-Liga Sachsen e. V.
04205 Leipzig, Tel. 03 41-3 55 40-17
info@rheumaliga-sachsen.de
www.rheumaliga-sachsen.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.**
06126 Halle/Saale, Tel. 03 45-68 29 60 66
info@rheumaliga-sachsen-anhalt.de
www.rheuma-liga-sachsen-anhalt.de

Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e. V.
24103 Kiel, Tel. 04 31-5 35 49-0
info@rlsh.de
www.rlsh.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Landesverband Thüringen e. V.**
07407 Rudolstadt, Tel. 0 36 72-4 80 25 55
info@rheumaliga-thueringen.de
www.rheumaliga-thueringen.de

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
97421 Schweinfurt, Tel. 097 21-7 55 08 0
DVMB@bechterew.de
www.bechterew.de

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V.
10117 Berlin Mitte, Tel. 02 02-4 96 87 97
leshg@lupus-rheumanet.org
www.lupus-rheumanet.org

Sklerodermie Selbsthilfe e. V.
74072 Heilbronn, Tel. 0 71 31-3 90 24 25
info@sklerodermie-sh.de
www.sklerodermie-sh.de

**Arbeitskreis Lupus Erythematodes
Ansprechpartner für Fibromyalgiebetroffene
Arbeitskreis Vaskulitis
Osteoporosegruppen
Elternkreise rheumakranker Kinder und Jugendliche
Clubs Junger Rheumatiker**
Auskünfte: beim Bundesverband und
den Landesverbänden

Stand: 04/2026

Besuchen Sie uns auch auf
Facebook, YouTube, Instagram
und LinkedIn:



Sechs hilfreiche Angebote auf einen Blick

Diese Services der Rheuma-Liga machen den Alltag mit einer rheumatischen Erkrankung leichter.

Zusammenhalten

Gemeinsam statt einsam: Lernen Sie andere Betroffene in unseren Selbsthilfegruppen vor Ort kennen. Wir freuen uns auf Sie!
rheuma-liga.de/verbaende

Austauschen

Tauschen Sie sich mit Betroffenen in der App „Team Rheuma“ aus. Profitieren Sie von den Erfahrungen anderer und helfen Sie selbst mit Ihren eigenen Erfahrungen weiter.
team-rheuma.de



Mitmachen

Mit der App „Rheuma Auszeit“ haben Sie Entspannungs- und Bewegungsübungen mit genauen Anleitungen immer auf Ihrem Smartphone dabei.
rheuma-liga.de/app

Informieren

Erfahren Sie mehr über Ihre rheumatische Erkrankung in unseren Broschüren. Unsere Ratgeber helfen auch bei Themen wie Ernährung, Gelenkschutz und Fragen zum Sozialsystem.
rheuma-liga.de/publikationen

Finden

Sie suchen eine Rheumatologin, einen Physiotherapeuten, eine Klinik oder Praxis? Dann nutzen Sie die umfassende Datenbank der Versorgungslandkarte.
versorgungslandkarte.de



Nachlesen

Sechsmal im Jahr erhalten Mitglieder die Zeitschrift „mobil“: Neues aus der Rheumaforschung, Aktuelles aus der Rheuma-Liga, Erfahrungsberichte und vieles mehr.
rheuma-liga.de/mobil

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn;

Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn

Fachliche Beratung: Meike Schoeler, Rechtsanwältin; Sabine Eis, Referentin für Gesundheits- und Sozialpolitik Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband **Projektmanagement/Redaktion:** Katja Hinnemann **Gestaltung:** studio-petrol.de **Druck:** Warlich Druck Meckenheim **Bilder:** Deutsche Rheuma-Liga: Bettina Staub; AdobeStock.com: zephyr_p, Robert Poorten, blende11.photo, contrastwerkstatt; iStock.com: sturti, sunnychicka, Ali Siraj, SDI Productions, fizkes, NoSystem images, FredFroese, Cecilie_Arcurs, Tero Vesalainen

4. Auflage – 20.000 Exemplare, 2026 Drucknummer A24/BV/06/26

Mit freundlicher Unterstützung



Wieder voll im Leben!

Trotz Rheuma kann Anna wieder mit zehn Fingern malen.

 IHRE
SPENDE
HILFT!

Spendenkonto
Dt. Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE 33 3006 0601 0005 9991 11

Deutsche | RHEUMA-LIGA
• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •





Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Welschnonnenstr. 7

53111 Bonn

Ab August 2026: Haydnstr. 36, 53115 Bonn

Telefon 02 28-766 06-0

E-Mail bv@rheuma-liga.de

Internet www.rheuma-liga.de

Spendenkonto

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Köln

IBAN: DE33 3006 0601 0005 9991 11

BIC: DAAEDED