



Soziale Leistungen und Hilfen für Rheumakranke

Überarbeitete Fassung 2011

Wer auf Dauer an einer rheumatischen Krankheit leidet, wird mit vielen Problemen und Härten des Lebens konfrontiert. Um dies auszugleichen und Chancengleichheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, gibt es gesetzlich verankerte Ansprüche auf Sozialleistungen. Dieses Merkblatt vermittelt einen Einblick, welche Hilfen es in besonderen Notlagen oder Lebensabschnitten der Erkrankung gibt. Es bietet Betroffenen eine erste Orientierung, kann aber nicht die ausführliche und fachkundige Beratung ersetzen.

»Ich bin krankgeschrieben oder werde stationär in einem Krankenhaus bzw. einer Reha-Einrichtung behandelt. Wie lange bekomme ich Krankengeld und wie geht es danach weiter?«

Das Krankengeld wird von der Krankenversicherung wegen ein und derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren längstens für 78 Wochen bezahlt. Durch einen Krankheitseintritt wird die Leistungsdauer nicht verlängert. In den 78 Wochen ist auch der Zeitraum beinhaltet, in dem der Versicherte Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhält. Das Krankengeld wird in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gewährt, welches der Versicherte zuletzt bezogen hat oder den der Versicherte als Arbeitslosengeld bzw. Unterhaltsgeld erhalten würde, wenn er nicht erkrankt wäre. Bezieher des Krankengeldes müssen außerdem noch Beitragsanteile an die Renten- und Arbeitslosenversicherung leisten. Das Krankengeld darf 90% des täglichen Nettoarbeitsentgelts nicht überschreiten.

Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts aus dem Bruttoarbeitsentgelt sind die gesetzlichen Abzüge, d. h. Lohnsteuer (so wie sie sich aus den Einträgen in der Lohnsteuerkarte unter Berücksichtigung der Freibeträge ergibt) und ggf. Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag und Sozialversicherungsbeiträge, soweit sie der Arbeitnehmer zu tragen hat, zu berücksichtigen.

Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert, kann ihn die Krankenkasse auffordern, innerhalb der nächsten 10 Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinische Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben bei seinem Rentenversicherungsträger zu stellen. Die gesetzliche Grundlage dazu bietet der § 51

Abs.1 SGB V. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz im Ausland, so kann auch eine Frist gesetzt werden, um einen Rentenanspruch zu stellen. Bei ausländischen Versicherten kann später aus dem Reha-Antrag automatisch ein Renten-Antrag werden. Kommt der Versicherte der Aufforderung nicht nach, kann die Krankenkasse die Auszahlung des Krankengeldes einstellen.

»Ich schaffe es nicht mehr, den Haushalt zu bewältigen. Wie finde ich Hilfe?«

Bei den meisten rheumakranken Menschen stellen sich Funktionseinschränkungen nach und nach ein, so dass anfangs lediglich Hilfen in kleinerem Umfang, wie beispielsweise beim Einkaufen oder bei der Hausarbeit, erforderlich sind. Ist private Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde nicht möglich, sollten Sie zunächst einmal klären, ob es in Ihrer Nähe ehrenamtliche Dienste oder Nachbarschaftshilfen gibt.

Ansprechpartner sind neben den Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga auch Wohlfahrtsverbände oder Kirchengemeinden, das Sozialamt sowie Senioren- und Pflegeberatungsstellen. Neben der Information über mögliche ehrenamtliche Unterstützungsdienste erhalten Sie hier auch Adressen professioneller Anbieter von Dienstleistungen.

Die Kosten einer professionellen Haushaltshilfe müssen Sie in der Regel selber finanzieren. Sollten Sie aber nur über ein geringes Einkommen oder Vermögen verfügen, haben Sie die Möglichkeit, »Hilfe zur Weiterführung des Haushalts« zu beantragen.

Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Diese Hilfe umfasst die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen sowie die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung, wie Reinigung der Wohnung, Einkaufen, Kochen, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Beheizen der Wohnung. Sie soll Personen mit einem eigenen Haushalt das Verbleiben in der Wohnung ermöglichen, wenn kein anderer Haushaltsangehöriger da ist oder den Haushalt führen kann.

Die »Hilfe zur Weiterführung des Haushalts« gehört zu den Hilfen in anderen Lebenslagen und ist in Kapitel 9 unter § 70 im Sozialgesetzbuch XII geregelt. Diese

Leistung der Sozialhilfe ist nachrangig, das heißt, dass das Sozialamt sie nur dann erbringt, wenn kein anderer Träger vorrangig dafür zuständig ist. In der Regel soll diese Hilfe nur vorübergehend sein, sie wird aber auch über eine längere Zeit bewilligt, wenn dadurch die Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann. Diese Sozialhilfeleistung gibt es jedoch nur, wenn Sie bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschreiten. Wie hoch diese Grenzen in Ihrem konkreten Fall sind, können Sie bei Ihrem örtlichen Sozialhilfeträger erfragen.

Lassen Sie sich aber nicht von dem Gedanken abschrecken, im Bedarfsfall Leistungen der Sozialhilfe zu beantragen. Es handelt sich hier um Hilfen, die Sie mit Ihren Steuergeldern mitfinanziert haben und die dazu dienen, besondere Belastungen (wie Krankheit oder Behinderung) auszugleichen, wenn dies aus eigenen Mitteln nicht möglich ist. Sollte der Hilfebedarf nicht nur aus hauswirtschaftlichen Verrichtungen bestehen, sondern auch die pflegerische Grundversorgung umfassen, können Sie einen Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen. Solche Leistungen sind zuvorderst bei der gesetzlichen Pflegeversicherung zu stellen. Insofern die Vorversicherungszeiten der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht erfüllt sind, können die Leistungen bei dem Sozialhilfeempfänger abgerufen werden.

Leistungen der Pflegeversicherung

Als pflegebedürftig im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI gilt, wer infolge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung auf Dauer und in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigt für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im

Das Gesetz unterscheidet 3 Pflegestufen:

Stufe I (erheblich pflegebedürftig):

Pflegeaufwand von täglich 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege bei mindestens zwei Verrichtungen täglich als Grundpflege und zusätzliche Hilfen mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Stufe II (schwerpflegebedürftig):

Pflegeaufwand mindestens 3 Stunden täglich, davon mindestens 2 Stunden Grundpflege bei mindestens drei Grundpflege-Hilfen zu verschiedenen Tageszeiten und hauswirtschaftliche Hilfen wie in Stufe I.

Stufe III (schwerstpflegebedürftig):

Pflegeaufwand von mindestens 5 Stunden bei Hilfebedarf für Grundpflege von mindestens 4 Stunden täglich rund um die Uhr, auch nachts und hauswirtschaftliche Hilfen wie in Stufe I.

Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. Sozialgesetzbuch XII)

Reichen die Geld- oder Sachleistungen aus der Pflegeversicherung zusammen mit Ihrem Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Kosten der häuslichen, teilstationären oder stationären Pflege vollständig zu decken, können Sie sich an Ihr örtliches Sozialamt wenden und zusätzlich Hilfe zur Pflege beantragen. Diese Unterstützung erhalten auch rheumakranke Menschen, die zwar Mitglied der Pflegeversicherung sind, deren Pflegebedarf aber unterhalb der Zeitvorgaben für das Erlangen der Pflegestufe I liegt. In Fachkreisen stuft man diese Betroffenen in die so genannte »Pflegestufe 0« oder »g« (geringfügig) ein.

Leistungsberechtigt sind auch Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, weil sie die Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht erfüllt haben (mindestens 2 Jahre in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung). Wenn Ihr Hilfebedarf voraussichtlich weniger als 6 Monate besteht und Sie deshalb keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, sind Sie u. U. ebenfalls antragsberechtigt.

Ablauf des täglichen Lebens. »Auf Dauer« bedeutet voraussichtlich für mindestens sechs Monate. Zu den Leistungen zählen Pflegesachleistung, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, Kombination von Geldleistung und Sachleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, Tagespflege und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (z. B. Angehörige) und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Pflegestufe. Die Kostenbeteiligung für die teilstationäre (Tages- oder Nachtpflege) und stationäre Pflege (Heimpflege) richtet sich ebenfalls nach der Pflegeeinstufung.

Hilfen für die Pflegeperson(en)

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie etwaige sonstige Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung durch die Arbeitsagentur gefördert werden.



Pflegepersonen können sich nach dem Pflegezeitgesetz von ihrer Arbeitsleistung aus ihrem Beschäftigungsverhältnis vollständig freistellen lassen oder ihre Arbeitszeit bis zum Vorliegen einer geringfügigen Beschäftigung reduzieren. Sie erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes versichert gegen Arbeitslosigkeit. → **Merklblatt 6.10 »Pflegeversicherung bei rheumatischen Erkrankungen«**

»Ich verliere meinen Arbeitsplatz – was kann ich tun und was muss ich beachten?«

Zunächst einmal müssen Sie sich bei der Agentur für Arbeit melden. Gemäß § 122 SGB III sind Sie verpflichtet, sich spätestens drei Monate vor Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses dort persönlich als arbeitsuchend zu melden. Haben Sie erst innerhalb der letzten 3 Kalendermonate davon erfahren, müssen Sie dies innerhalb der nächsten 3 Tage tun. Bei verspäteter Arbeitsuchendmeldung droht eine Sperrfrist, in der Sie keine Leistung erhalten. Sind Sie aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen dazu nicht persönlich in der Lage, muss die Arbeitsagentur hierüber informiert und ein neuer Termin zur persönlichen Vorsprache vereinbart werden.

Unterstützung bei Arbeitslosigkeit

Das Arbeitslosengeld I ist, anders als das Arbeitslosengeld II, eine so genannte Entgeltersatzleistung, die aus den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung finanziert wird. Anspruch auf Arbeitslosengeld I hat jedoch nur der Arbeitnehmer, der in den letzten 2 Jahren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate pflichtversichert war. Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem bisherigen Einkommen. 60 % des regelmäßig erzielten Nettoeinkommens erhalten Arbeitslose ohne Kinder, Betroffene mit mindestens einem Kind erhalten 67%. Beide Ehegatten oder Lebenspartner müssen unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sein und nicht dauernd getrennt leben.

Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem Alter und den Vorversicherungszeiten. Die kürzeste Bezugsdauer beträgt 6 Monate für jüngere Arbeitslose, die lediglich 12 Monate Vorversicherungszeit nachweisen können. Seit 2008 sind die Bezugszeiten für ältere Bezugsberechtigte ab 50 Jahren, die über längere Beitragszeiten verfügen, gestaffelt und reichen von 15 Monaten bei 50- bis 54-jährigen Arbeitslosen bis zu 2 Jahren bei über 58-jährigen.

In der Regel erhält man Arbeitslosengeld I nur, wenn man arbeitslos und arbeitsfähig ist. Im Rahmen der so genannten »Nahtlosigkeitsregelung« nach § 125 SGB III erhalten auch diejenigen Arbeitslosengeld I, die aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 6 Monate erheb-

lich leistungsgemindert sind, bei denen der Krankengeldbezug beendet ist und deren Rentenanspruch wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderungsrente noch nicht endgültig entschieden ist. Wichtig ist daher, keine Erklärung gegenüber der Arbeitsagentur abzugeben, dass man dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung steht. Solche – teilweise von der Arbeitsagentur vorgelegten Formularerklärungen – können zum generellen Leistungsausschluss für Arbeitslosengeld I, II und auch Sozialhilfe führen. Sollte dann die Rentenversicherung auch die Erwerbsminderungsrente ablehnen, steht die erkrankte Person gänzlich ohne Sozialeinnahmen da.

»Ich bin zu krank, um voll zu arbeiten. Wie kann ich Erwerbsminderungsrente beantragen?«

Für die Antragstellung reicht es zunächst aus, wenn Sie ein formloses Anschreiben an Ihre Rentenversicherung richten, in dem Sie mitteilen, dass Sie eine Erwerbsminderungsrente beantragen und um die Zusendung der entsprechenden Antragsformulare bitten. Am einfachsten ist es jedoch, wenn Sie sich an einen der vielen Versichertenberater (früher: Versichertenälteste) wenden. Wo diese in Ihrer Nähe anzutreffen sind, erfahren Sie in Ihrem Rathaus oder bei Ihrer Rentenversicherung. Die Versichertenberater nehmen die Anträge mit Ihnen auf und achten darauf, dass alle Informationen und Unterlagen für die Antragstellung vorliegen. Dieser Service ist kostenlos und unbedingt zu empfehlen.

Nach Eingang Ihres Rentenanspruchs werden zunächst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft. Dabei wird geklärt, ob Sie überhaupt Anspruch auf Rentenleistungen haben. Im weiteren Verlauf werden aktuelle medizinische Befundberichte Ihrer behandelnden Ärzte angefordert, aus denen die Art, Dauer und Schwere Ihrer rheumatischen Erkrankung sowie anderer Krankheiten hervorgehen sollte. Es empfiehlt sich, vor der Antragstellung mit den Ärzten über Ihre Absicht zu sprechen, damit sie auch attestieren können, welche beruflichen Leistungsdefizite aus den Erkrankungen resultieren.

Das SGB VI sieht eine zweistufige Erwerbsminderungsrente vor. Eine volle Erwerbsminderungsrente wird gewährt, wenn Sie aufgrund Ihrer Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Für eine halbe Erwerbsminderungsrente darf das Restleistungsvermögen nur noch 3 bis weniger als 6 Stunden betragen. Keine Rente erhält, wer noch 6 Stunden und mehr erwerbstätig sein kann. Bei der Prüfung des Leistungsvermögens ist darauf abzustellen, ob Sie solche Arbeiten verrichten können, wie sie im Arbeitsleben üblicherweise vorkommen, d. h. bei üblicher Pausengestaltung.

Wenn der Rentenversicherungsträger Ihren Antrag ablehnt, weil er der Meinung ist, dass die Voraussetzungen bei Ihnen nicht gegeben sind, haben Sie das Recht

auf Widerspruch. Er muss innerhalb eines Monats, von der Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides gerechnet, eingelegt werden. Verläuft auch das Widerspruchsverfahren negativ, können Sie Ihre Ansprüche vor dem Sozialgericht einklagen. ➔ **Merkblatt 6.8 »Rentenansprüche bei rheumatischen Erkrankungen«**

»Wie erhalte ich einen Schwerbehindertenausweis?«

Wenn Sie als schwerbehindert anerkannt werden wollen, müssen Sie einen Antrag an das für Sie zuständige Versorgungsamt richten. Kostenlose Antragsformulare erhalten Sie bei den Versorgungsämtern (zum Teil auch im Internet zum Herunterladen), kommunalen Bürgerbüros, Beratungsstellen der Wohlfahrts- oder Behindertenverbände sowie den Sozialämtern. Wichtig ist, dass Ihre Angaben, insbesondere zu den körperlichen Funktionseinbußen, möglichst vollständig sind. Wenn Sie Unterlagen haben, die Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen medizinisch belegen, fügen Sie diese dem Antrag hinzu. Solche Unterlagen können beispielsweise Krankenhausentlassungs- oder Kurberichte sowie ärztliche Bescheinigungen sein. Reichen die mitgeschickten Unterlagen nicht aus, fordert das Versorgungsamt von sich aus weitere Unterlagen an. Die anfallenden Kosten trägt das Versorgungsamt.

Anschließend werden alle medizinischen Unterlagen vom ärztlichen Dienst ausgewertet. Das Ergebnis der Beurteilung erfahren Sie im Feststellungsbescheid. Wenn der bei Ihnen festgestellte Grad der Behinderung 50 oder höher ist, erhalten Sie neben dem Feststellungsbescheid einen Schwerbehindertenausweis. In ihm sind der Grad der Behinderung (GdB) und eventuelle Merkzeichen eingetragen.

Deckt sich der Bescheid nicht mit Ihren Erwartungen, haben Sie auch hier ein Recht auf Widerspruch und ggf. Klage beim Sozialgericht. ➔ **Merkblatt 6.9 »Der Schwerbehindertenausweis bei rheumatischen Erkrankungen«**

Welche finanziellen Hilfen stehen mir zu, wenn das Einkommen / die Alters- oder Erwerbsminderungsrente nicht ausreichen?

Die Grundsicherung im Alter und bei Behinderung ist in den §§ 41 – 46 im 4. Kapitel des Sozialgesetzbuch XII geregelt. Rheumakranke Menschen können sie beantragen, wenn sie das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht haben oder volljährig und unabhängig von der

jeweiligen Arbeitsmarktlage voll und dauerhaft erwerbsgemindert sind.

Anspruchsvoraussetzung ist, dass Ihr Einkommen und Vermögen nicht den Bedarf und den Vermögensfreibetrag (zurzeit 1.600 Euro für Einzelpersonen unter 60 Jahren; 2.600 Euro für Einzelpersonen über 60 Jahren sowie für voll Erwerbsgeminderte) überschreitet. Der Bedarf setzt sich zusammen aus dem Regelsatz (zurzeit 359 Euro für Alleinstehende) und den angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung. Dazu zählen auch Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung sowie ein Mehrbedarf für Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen »G« haben. Dieser Mehrbedarf beträgt für Alleinstehende 17% des Regelsatzes, nämlich momentan 61,03 Euro. Auch für kostenaufwändige Ernährung bei bestimmten Erkrankungen gibt es unterschiedliche Zuschläge. Ist Ihr Einkommen geringer als Ihr Bedarf und der Vermögensfreibetrag nicht überschritten, erhalten Sie den Differenzbetrag. Im Vergleich zu anderen Sozialhilfeleistungen bleiben Unterhaltsansprüche gegenüber Eltern oder Kindern unberücksichtigt, soweit Ihr Gesamteinkommen 100.000 Euro jährlich nicht übersteigt.

Grundsicherung für Arbeitssuchende

Wenn Sie noch erwerbsfähig oder nur vorübergehend erwerbsgemindert sind, haben Sie Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende, wenn Ihr Einkommen Ihren Bedarf nicht deckt und eine bestimmte Vermögensgrenze nicht überschritten wird. Wer keine Arbeit, keine Ansprüche auf Arbeitslosengeld I hat, nur ein geringes Arbeitsentgelt oder eine zu niedrige befristete Erwerbsminderungsrente bezieht, kann diese Grundsicherung (auch Arbeitslosengeld II genannt) beantragen. Der Bedarf setzt sich, ähnlich wie bei der zuvor genannten Grundsicherung im Alter und bei Behinderung, aus einem festgelegten Regelbedarf sowie den angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Der einheitliche Regelsatz beträgt seit dem 01.01.2011 für Alleinstehende 364 Euro. Außerdem besteht ein Anspruch auf Beiträge für die Renten- und Pflegeversicherung. Wer Arbeitseinkommen hat, erhält zusätzlich einen Freibetrag.

*Autorin: Heike Liedholz, Diplom-Sozialpädagogin
Fachliche Beratung: J. W. Theunert, Rechtsanwalt
und Fachanwalt für Sozialrecht, Hannover*

Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 01804 – 60 00 00

(20 ct. pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,
max. 42 ct. pro Anruf aus den Mobilfunknetzen)

Deutscher Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 – 2 20 33

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 – 4 96 87 97

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 – 3 90 24 25

Herausgeber:

Deutscher Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • eMail: bv@rheuma-liga.de

Überarbeitete Auflage 2011 – 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 6.5/BV/07/2011

Mit finanzieller Unterstützung der
Deutschen Rentenversicherung Bund

