

# Ihre Rechte im Sozialsystem

Ein Ratgeber für Rheumabetroffene



Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •





# Ihre Rechte im Sozialsystem

Ein Ratgeber für Rheumabetroffene



**Herausgeber**

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

**Autorin**

Barbara Erbe

**Fachliche Beratung**

Meike Schoeler, Rechtsanwältin

**Projektabwicklung/Redaktion**

Katja Hinnemann

**Gestaltung**

KonzeptQuartier® GmbH, Fürth

**Druck**

Warlich Druck Meckenheim GmbH, Meckenheim

3. Auflage – 20.000 Exemplare, 2020

Drucknummer: A24/BV/05/20

**Bilder**

Adobe Stock: zephyr\_p, Robert Poorten,  
blende11.photo, contrastwerkstatt  
iStock: nd3000, sturti, sunnychicka, Ali Siraj, SDI Productions,  
SARINYAPINNGAM, fizkes, NoSystem images, FredFroese,  
romrodinka, Cecilie\_Arcurs, Anchiy, Tero Vesalainen

**Bei allen Bezeichnungen, die sich auf Personen beziehen, haben wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Mit der gewählten Formulierung sprechen wir aber ausdrücklich alle Geschlechter an.**

Liebe Leserinnen und Leser,

je früher eine rheumatische Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto besser sind die Chancen, der Krankheit beizukommen. 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 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 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.

Die 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!



Rotraut Schmale-Grede  
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga  
Bundesverband e. V.





Vorwort	5
<b>1 Ihre Rechte als Patient</b>	<b>8</b>
1.1 Diagnose Rheuma	9
1.2 Anspruch auf qualifizierte Behandlung	10
1.3 Was die Versicherung bezahlt	10
1.4 Ansprechpartner rund um die Patientenrechte	13
<b>2 Ihr Recht auf Teilhabe</b>	<b>14</b>
2.1 Anspruch auf Teilhabe	15
2.2 Medizinische Rehabilitation	16
2.3 Heilmittel und weitere Angebote	17
2.4 Schwerbehindertenausweis	18
2.5 Persönliches Budget (§ 29 SGB IX)	20
2.6 Berufliche Rehabilitation	21
2.7 Stufenweise Wiedereingliederung	22
2.8 Ansprechpartner	23
<b>3 Ihr Recht auf eine sichere Versorgung</b>	<b>24</b>
3.1 Kranken- und Arbeitslosengeld	25
3.2 Erwerbsminderungsrente	27
3.3 Grundsicherung	28
3.4 Pflegegrade und Leistungen	28
3.5 Beratungsmöglichkeiten	33
<b>4 Ihr Recht sich durchzusetzen</b>	<b>34</b>
4.1 Umgang mit Ämtern: Antrag, Bescheid und Widerspruch	35
4.2 Klage und Gericht	37
Im Einsatz für rheumakranke Menschen	38
Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	40
Informationsmaterial der Deutschen Rheuma-Liga	42

# 1 Ihre Rechte als 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 einem Hausarzt Ihrer Wahl ebenso wie bei einem Orthopäden, Rheumatologen oder anderen Facharzt. Das Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch verpflichtet Ihren Arzt, 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 einem weiteren Arzt eine Zweitmeinung einzuholen.

### Facharzttermin innerhalb eines Monats

Termine beim Facharzt sind nicht immer leicht zu bekommen. Es kommt vor, dass Patienten monatelang darauf warten. Wer innerhalb einer Vierwochenfrist keinen Termin bekommt, kann sich laut Versorgungsverstärkungsgesetz (GKV-VSG) an eine Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung wenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, solche Servicestellen einzurichten und innerhalb eines Monats Facharzttermin zu vermitteln. Ist dies nicht möglich, müssen sie eine ambulante Weiterbehandlung im Krankenhaus organisieren. Voraussetzung ist, dass man eine Überweisung zum Facharzt mit einem speziellen Dringlichkeitsvermerk hat (Ausnahme Augenarzt, Frauenarzt) und es sich nicht um Bagatell-erkrankungen oder Routineuntersuchungen handelt.



### Wartezeit

Eine Wartezeit in der Praxis von mehr als einer Stunde gilt nach der Rechtsprechung als unzumutbar, es sei denn 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 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 darlegen, dass Ihnen durch die lange Wartezeit ein Schaden entstanden ist.

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

## 1.2 Anspruch auf qualifizierte Behandlung

Medikamente gegen entzündlich-rheumatische Erkrankungen wirken intensiver und gezielter als noch vor 20 Jahren, ihre Erfolgschancen sind deutlich höher. Dennoch fürchten sich viele Rheuma-Betroffene zunächst vor Nebenwirkungen und haben einen hohen Informationsbedarf, was die Behandlungsmöglichkeiten anbelangt.

### Recht auf Aufklärung

Ob es um einzelne Medikamente und Anwendungen geht oder um eine mögliche Operation: Ihr Arzt ist gesetzlich verpflichtet, Sie über Erfolgsaussichten und gesundheitliche Risiken der Behandlungsformen aufzuklären. Auch muss er Sie schriftlich informieren, falls zusätzliche Kosten entstehen und in welchem Umfang diese von Ihrer 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 Sie – oder auch eine Person Ihres Vertrauens – jederzeit Ihre Behandlungsunterlagen einsehen und kopieren. Kosten müssen Sie gegebenenfalls selbst bezahlen.

### 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. Auch der direkte Klageweg ist möglich. Die Krankenkassen sind laut SGB V verpflichtet, ihre Versicherten beispielsweise durch Beratung oder Gutachten des Medizinischen Dienstes zu unterstützen. Als Patient müssen Sie 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: Der Arzt muss beweisen, dass der Behandlungsfehler 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, Sie als Patient haben nur Anspruch darauf, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (die gemeinsame Vertretung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands) die Leistungen für ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich hält.

### Medikamente

So gut wie immer sind verschreibungspflichtige Medikamente erstattungsfähig. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente – beispielsweise gegen Erkältungskrankheiten oder Verdauungsbeschwerden, aber auch Nahrungsergänzungspräparate – dagegen nicht. 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 Sie im Internet einsehen können und die auch bei den Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga erhältlich ist:

 [www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/otc-uebersicht/](http://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/otc-uebersicht/)

Darüber hinaus darf Ihr Arzt Ihnen auch Arzneimittel verordnen, die für den Einsatz in Ihrem Fall nicht zugelassen sind, wenn er sich davon einen therapeutischen Erfolg erhofft. Für diese „Off-Label-Nutzung“ kommt die Krankenversicherung aber nur ausnahmsweise auf.



## 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](http://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/hilfsmittel)

Heilmittel, also ärztlich verordnete Dienstleistungen zum Zweck der Heilung – beispielsweise Physiotherapie, Lymphdrainage oder Ergotherapie – werden von der Krankenversicherung bezahlt, wenn sie als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich gelten. Im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird näher festgelegt, welche Heilmittel bei welchen Erkrankungen verschrieben werden können. Aber auch darüber hinaus ist die Verordnung möglich, wenn die Erkrankung dies erfordert. **Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls** bedürfen einer besonderen Begründung. Die Verordnungsmenge richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls. Eine ärztliche Untersu-

chung innerhalb von zwölf Wochen muss gewährleistet sein. Fragen Sie am besten bei Ihrer Krankenkasse nach, wie sie das Verfahren handhabt. Darüber hinaus können Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß Diagnoseliste Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie (dazu zählen auch Patienten mit rheumatischen Erkrankungen wie cPA und Morbus Bechterew) verordnet werden, ohne dass der Regelfall durchlaufen werden müsste. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren entfällt dann.

Sind Ärzte in ihrer Verschreibungspraxis an das Gebot der Wirtschaftlichkeit gebunden, so kann es passieren, dass sie bei sehr hohen Verordnungszahlen von den Krankenkassen zur Rechenschaft gezogen werden. Dies führt im Alltag oft dazu, dass Ärzte sehr zurückhaltend mit solchen Verordnungen umgehen. Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen muss der Arzt jedoch keine Bedenken haben, Heilmittel zu verordnen, da diese als **Praxisbesonderheiten** durch die KBV und den GKV-Spitzenverband anerkannt sind.

[www.g-ba.de/richtlinien](http://www.g-ba.de/richtlinien)

## 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: ein Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. 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 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.

Kinder und Jugendliche unter 18 sind von Zuzahlungen befreit.

## Privat versichert

Für Personen, die privat krankenversichert sind, gibt es jenseits des „Basistarifs“, der den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar ist, 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 Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 unterstellt. Bei Pflegegrad 3 muss der Arzt dies noch einmal bei „neuen Pflegefällen“ gesondert feststellen. Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in Pflegestufe 2 waren und einen Anspruch auf Fahrtkostenübernahme hatten und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, sind von der Feststellung ausgenommen. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben. Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärzte durch Ankreuzen des Feldes „Verordnung einer Krankenfahrt“ auf Verordnungsformular 4.

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.

## 1.4 Ansprechpartner rund um die Patientenrechte

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.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte](http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte)

Selbstverständlich können Sie aber auch ohne genauere Paragrafenkenntnisse Ihre Rechte wahrnehmen. Benötigen Sie beispielsweise innerhalb der gesetz-

lich nunmehr vorgesehenen Vierwochenfrist einen Facharzttermin, so kontaktieren Sie die nächstgelegene **Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung**, die Ihnen dann den gewünschten Termin vermittelt:

👉 [www.kbv.de](http://www.kbv.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.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)



## 2 Ihr Recht auf Teilhabe



## 2.1 Anspruch auf Teilhabe

Patienten, die unter einer rheumatischen Erkrankung leiden, 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.einfach-teilhabe.de](http://www.einfach-teilhabe.de)

### Leistungsträger

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

## Stufenweise wieder fit

”

Als Lehrerin für Mathematik, Physik und Informatik arbeite ich seit 2000 als gewählte Frauenvertreterin für die Lehrerinnen, Erzieherinnen und Schulsekretärinnen in meinem Berliner Stadtteil. Anfang 2013 erkrankte ich schwer und war ein halbes Jahr krankgeschrieben. Meine Belastbarkeit war stark eingeschränkt. Zu Beginn der Arbeitsaufnahme durchlief ich eine Stufenweise Wiedereingliederung, und das habe ich nicht bereut. Im Rahmen der Wiedereingliederung arbeitete ich täglich sechs Stunden. An drei Tagen war ich dabei im Büro, an zweien dank Telearbeit und einem verständnisvollen Referatsleiter,

der das unterstützte, zu Hause. Ein Vierteljahr später war ich wieder fit und füllte meine volle Stelle aus. Da mein Arbeitgeber, also das Land Berlin, sehr kooperativ war, bin ich zuversichtlich, dass sich auch in Zukunft Wege zur Entlastung und Verlagerung von Arbeit finden, falls es für mich kurzfristig gesundheitsbedingt nötig würde. Wichtig waren in meiner Situation der offene Umgang mit meiner Erkrankung und verständnisvolle Kolleginnen und Kollegen.

Marion R.,  
erkrankte an rheumatoider Arthritis

“

## 2.2 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation – ob ganztags ambulant oder stationär in einer Klinik – trägt ganz wesentlich dazu bei, (Arbeits-)Kraft und Lebensmut zu erhalten. Denn sie bietet Ihnen 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.

 [www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de](http://www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de)

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.

 [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

### Klinik nach Wahl

Bei der Entscheidung über Art und Ausführung der Leistungen muss der Kostenträger nach § 9 SGB IX übrigens auf Ihre persönliche Lebenssituation Rücksicht nehmen – das heißt, auf das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse. Nutzen Sie das und machen Sie schon mit Ihrem Reha-Antrag einen Vorschlag für eine Klinik Ihrer Wahl. Achten Sie dabei darauf, dass diese von einer unabhängigen Stelle nach anerkannten Qualitätsstandards überprüft und zertifiziert wurde. Darüber hinaus muss die Klinik Ihrer Wahl über einen Vertrag nach den gesetzlichen Vorschriften Ihres Rehabilitationsträgers verfügen und sie muss für Ihre Rehabilitation geeignet sein. Ihrem Wunsch dürfen also keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Auskünfte darüber erteilt Ihnen Ihr Rehabilitationsträger, beispielsweise Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung.

### TIPP

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

 [www.versorgungslandkarte.de](http://www.versorgungslandkarte.de)

## 2.3 Heilmittel und weitere Angebote

Darüber hinaus sind Heilmittel wie Bewegungstherapie, Physikalische Therapie oder Ergotherapie nicht nur ein wichtiger Teil der stationären Rehabilitation, sondern werden häufig therapiebegleitend vom Hausarzt oder Rheumatologen verordnet – nach dem Grundsatz: „ambulant vor stationär“.

Als ergänzende Leistung zur Rehabilitation ist auch die **Verordnung von Funktionstraining und Rehabilitationssport** durch Ihren Arzt 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-Syndrome 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](http://www.rheuma-liga.de/funktionstraining)

[www.rheuma-liga.de/verbaende](http://www.rheuma-liga.de/verbaende)

### Alltagshilfen

Hilfsmittel wie Orthesen, Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfe werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Voraussetzung ist, dass sie nötig sind, um den Behandlungserfolg zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine vorhandene Behinderung auszugleichen. 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 der Deutschen Rheuma-Liga „Gelenkschutz im Alltag – gewusst wie“ und im Internet:

[www.rheuma-liga.de/gelenkschutz](http://www.rheuma-liga.de/gelenkschutz)

### Patientenschulung und Selbstmanagement-Kurse

Patientenschulungen bieten die einzigartige Möglichkeit, im Gespräch mit Ärzten, Psychologen sowie Physio- und Ergotherapeuten 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“. Das Besondere an den Selbstmanagement-Kursen: Die Trainer sind selbst von einer rheumatischen Erkrankung betroffene Menschen, die eine entsprechende Schulung durchlaufen haben und nun mit ihrem Wissen und als Vorbild andere Betroffene begleiten.



## 2.4 Schwerbehindertenausweis

Schwerbehinderte Menschen 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. Um die Benachteiligungen teilweise auszugleichen, erhalten schwerbehinderte Menschen einige Nachteilsausgleiche.

Da rheumatische Erkrankungen sehr vielfältig sind, sind auch die Einschränkungen, mit denen Rheumabetroffene in Alltag und Beruf zu kämpfen haben, sehr 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 Sachbearbeiter und Medizinischer Dienst meist auf die Befunde, Gutachten und Arztberichte, die Sie zusammen mit dem Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis einreichen. Denken Sie deshalb daran: Was dem Versorgungsamt nicht vorliegt, wird auch nicht berücksichtigt.

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



## Grade der Behinderung

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

<b>GdB 10</b>	<b>Keine wesentlichen Funktionseinschränkungen</b>
<b>GdB 20–40</b>	<b>Geringe Auswirkungen</b> leichtgradige Funktionseinschränkungen und Beschwerden je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität
<b>GdB 50–70</b>	<b>Mittelgradige Auswirkungen</b> dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer zu beeinflussende Krankheitsaktivität
<b>GdB 80–100</b>	<b>Schwere Auswirkungen</b> 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 Stehufähigkeit).

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 Merkzeichen eingetragen, die weiteren Nachteilsausgleiche ermöglichen:

<b>G</b>	→ <b>erheblich gehbehindert</b> → KFZ-Steuerermäßigung (50%) → Vergünstigungen bei Bus und Bahn
<b>aG</b>	→ <b>außergewöhnlich gehbehindert</b> → KFZ-Steuerbefreiung → unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr → Sonderparkgenehmigung für Behindertenparkplatz
<b>H/BI</b>	→ <b>hilflos und/oder blind</b> → Freifahrt mit Bus und Bahn → vollständige Befreiung von der KFZ-Steuer
<b>B</b>	→ <b>ständige Begleitung</b> → Begleitperson fährt in Bus und Bahn kostenfrei mit
<b>RF</b>	→ Rundfunk- und Fernsehgebühren frei → Telefon ermäßigt

## 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 an. Es richtet sich an Menschen mit Behinderungen und an solche, denen eine Behinderung droht. Das Wunsch- und Wahlrecht der behinderten Menschen steht dabei im Vordergrund, siehe § 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 Budgetnehmer am Monatsanfang ihr Budget für den ganzen Monat. Damit kaufen sie sich dann 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/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Persoeliches-Budget/persoeliches-budget](http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Persoeliches-Budget/persoeliches-budget)

## 2.6 Berufliche Rehabilitation

Die Krankheit beeinträchtigt Ihre berufliche Leistungsfähigkeit? Dem entgegenzuwirken ist Aufgabe der beruflichen Rehabilitation. Je nachdem, welche Beschwerden Ihre Krankheit Ihnen 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 Ihre 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 Auffahrampen, 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, Betriebsarzt 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? § 81 Abs.5 SGB IX fordert derlei Unterstützung ausdrücklich von Arbeitgeberseite und enthält auch einen grundsätzlichen und juristisch einklagbaren Anspruch auf Teilzeitarbeit.

**Studierende** können übrigens 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 Ihr berufliches Wissen anknüpfen und Sie für eine Arbeit qualifizieren, die Sie mit Ihrer Erkrankung bewältigen können. So könnte sich ein Elektriker oder ein Kältetechniker im kaufmännischen Bereich weiter qualifizieren, so dass sie in einem Unternehmen ihrer Branche im Büro oder auch in der Kundenbetreuung arbeiten könnten. Eine Umschulung kommt in Frage, wenn sich der Betroffene durch eine neue Ausbildung auf einen völlig neuen Tätigkeitsbereich vorbereiten möchte.

## 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 der behandelnde 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 Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber zustimmen.

Laut § 164 Abs. 4 SGB IX ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Arbeitsunfähigkeit seiner Mitarbeiter zu beenden, weiterer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten – unabhängig von der Größe des Betriebs und auch wenn es keinen Betriebsrat und keine Schwerbehindertenvertretung gibt. Dennoch sollten Sie durchaus mit Vorbehalten rechnen und sich mit guten Argumenten wappnen.

### 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.

 [www.einfach-teilhabe.de](http://www.einfach-teilhabe.de)



## 2.8 Ansprechpartner

Eine **medizinische Rehabilitation** können Sie je nach Situation bei verschiedenen Kostenträgern beantragen. Grundsätzlich ist immer derjenige zuständig, für den im Fall einer gescheiterten Reha Kosten entstehen würden. Dient die Reha der Erhaltung oder Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit, ist die Deutsche Rentenversicherung zuständig. Stehen Sie nicht in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis, ist es die Krankenkasse, bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit die Unfall-Versicherung oder Berufsgenossenschaft. Das Integrationsamt unterstützt die Belange derjenigen, die als Beamte oder als Selbstständige keinen anderen Reha-Träger haben.

Alle Kostenträger halten die nötigen Antragsformulare bereit, die Sie dann zusammen mit Ihrem Rheumatologen oder Hausarzt ausfüllen sollten.

Wenn Sie – egal ob bei der Rentenversicherung, Arbeitsagentur oder Krankenkasse – einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, klären Sie zuvor mit dem behandelnden Arzt das Hauptziel der Reha – beispielsweise Erwerbsfähigkeit (ganz wichtig für den Rentenversicherungsträger!) oder bessere Mobilität. Je detaillierter und persönlicher Sie Bedarf, 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

Die Reha-Träger haben in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet. Wer nach einem Unfall oder einer Krankheit in einer Rehabilitationsklinik wieder fürs Berufsleben fit gemacht werden möchte oder wer aus gesundheitlichen Gründen einen anderen Beruf erlernen muss, bekommt dort Rat und Unterstützung. 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](http://www.integrationsaemter.de)

 [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)

 [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://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](http://www.ansprechstellen.de)

**Weiterbildung und Umschulung** (siehe S. 25) werden als Leistungen zur Teilhabe von der Rentenversicherung oder auch von der Arbeitsagentur genehmigt und finanziert.

Eine **Stufenweise Wiedereingliederung** (siehe Seite 27) beantragen Sie bei Ihrer Renten- oder Krankenversicherung. Dazu brauchen Sie die Feststellung Ihres Arztes, dass Sie Ihre bisherige Arbeit zumindest teilweise wieder aufnehmen können, sowie einen Wiedereingliederungsplan, aus dem hervorgeht, in welchem Ausmaß Sie Ihre Tätigkeit wieder aufnehmen und Umfang und Aufgaben steigern wollen. Außerdem müssen sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber zustimmen.

### TIPP

Ausführliche Informationen für Patienten zum Thema Reha:

 [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://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 lang Anspruch auf den vollen Lohn. Zählen dazu normalerweise auch Provisionen, gilt der Durchschnittsverdienst als Richtschnur.

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/r 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 Kranken-

geld wird erst ab dem Tag der ärztlichen Feststellung ausbezahlt.

Die Krankschreibung sollten Sie unverzüglich, spätestens am dritten Tag der Erkrankung Ihrem Arbeitgeber vorlegen. Auch Ihre 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 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. Ansprechpartner 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 Arbeitnehmern 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 „Nahtloskeitsregelung“

Übersteigt die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit 78 Wochen haben Sie eventuell Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Solange bis die Rentenversicherung endgültig über Ihren Antrag entschieden hat, greift zu Ihren Gunsten die so genannte „Nahtloskeitsregelung“. 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 vergangenen zwei Jahre mindestens zwölf Monate versicherungspflichtig beschäftigt waren, um eine Stelle bemüht sind und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

## 3.2 Erwerbsminderungsrente

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in Ihrer Erwerbsfähigkeit deutlich 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, sollten Sie den Antrag beim Rentenversicherungsträger aber erst dann stellen, wenn Sie alle Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 2 und 3) bereits ausgeschöpft haben.

Sollte sich während einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme herausstellen, dass Sie nach Meinung der dortigen Ärzte in Ihrer Erwerbsfähigkeit deutlich eingeschränkt sind und dies durch die Reha nicht gebessert werden kann, wird die Rentenversicherung davon in Kenntnis gesetzt und der Rehaantrag 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 ein wenig hinzuverdienen dürfen. Da selbst eine volle Erwerbsminderungsrente erheblich unter dem letzten Nettogehalt liegt und eine teilweise Erwerbsminderungsrente oft nicht ausreicht, um allein damit den Lebensunterhalt zu bestreiten, können Neben- oder Minijobs sehr sinnvoll sein.

Bekommen Sie eine volle Erwerbsminderungsrente, dann dürfen Sie auf jeden Fall bis zur Geringverdiengrenze von derzeit 450 Euro hinzuverdienen. Bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die Sie Ihrer letzten Mitteilung der Rentenversicherung entnehmen können. Bei Fragen sollten Sie sich mit Ihrem Rentenversicherungsträger in Verbindung setzen.

Für Versicherte, die vor 1961 geboren sind, gilt im Rahmen einer Vertrauensschutzregelung noch das alte Rentenrecht, wonach unter Umständen auch ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht, wenn der Versicherte nicht mehr im erlernten oder ausgeübten Beruf mehr als 4 Stunden täglich arbeiten kann.



### 3.3 Grundsicherung

Wenn Sie Ihren Lebensunterhalt wegen Ihrer Erkrankung nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können, kommt für Sie 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 voll erwerbsgemindert 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.

#### Verwandteneinkommen 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.

Seit 1. Januar 2017 gilt das neue Pflegestärkungsgesetz, das nicht mehr wie bisher eine Einstufung in Pflegestufen vorsieht, sondern in Pflegegraden. Im Rahmen der Pflegebegutachtung wird dabei durch die Gutachter die Selbstständigkeit eines Menschen in den Bereichen betrachtet, die für die Bewältigung des täglichen Lebens wesentlich sind. Diese Bereiche (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. Dabei gilt: Je stärker

die Selbstständigkeit bzw. die Fähigkeiten beeinträchtigt sind, und je umfassender der dadurch entstehende Hilfebedarf ist, desto höher 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 4.000 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 im Merkblatt „**Pflegeversicherung bei rheumatischen Erkrankungen**“ der Deutschen Rheuma-Liga.

### Familienpflegezeit

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden die bestehenden Regelungen im Pflegezeit- und im Familienpflegezeitgesetz miteinander verzahnt und weiterentwickelt. Neu ist insbesondere die Einführung eines Rechtsanspruchs 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:

Schon zuvor konnten Beschäftigte eine zehntägige Auszeit von der Arbeit nehmen, wenn sie kurzfristig eine neue Pflegesituation für einen nahen Angehörigen organisieren müssen. Seit 1. Januar 2015 wird die zehntägige Auszeit mit einer Lohnersatzleistung – dem Pflegeunterstützungsgeld – verknüpft. Das Pflegeunterstützungsgeld wird bei der Pflegeversicherung der zu pflegenden Person beantragt und gibt Familien die Möglichkeit, sich im Akutfall um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern, ohne sich um den Lohnausfall sorgen zu müssen.

#### 2. Sechs Monate vollständige oder teilweise Freistellung nach dem 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 ausbezahlt 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 miteinander 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 ebenfalls 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 zu den Neuregelungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz finden Sie auf dem Informationsportal:

 [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)

## Pflegegrade und Leistungen

### Pflegegrad 1

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte. Diese niedrigste Stufe der Pflegebedürftigkeit kommt für Menschen in Frage, die die Grundbedingungen für die bis 2016 gültige Pflegestufe 0 nicht erfüllt haben. Mit dem Pflegestärkungsgesetz haben auch sie die Chance auf eine Unterstützung der Pflegeversicherung.

#### → Leistungen der Pflegekasse:

Zusätzliche ambulante Betreuung: 125 Euro, stationäre Pflege: 125 Euro

### Pflegegrad 2

Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte. Der Pflegegrad 2 entspricht der bis 2016 gültigen Pflegestufe 0 und der Pflegestufe 1 ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

#### → Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld: 316 Euro, Pflegesachleistung: 689 Euro,  
zusätzliche ambulante Betreuung: 125 Euro, stationäre Pflege: 770 Euro

### Pflegegrad 3

Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte. Dem Pflegegrad 3 entsprechen die bis Ende 2016 gültigen Pflegestufen 1 (mit eingeschränkter Alltagskompetenz) und 2 (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz).

#### → Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld: 545 Euro, Pflegesachleistung: 1.298 Euro,  
zusätzliche ambulante Betreuung: 125 Euro, stationäre Pflege: 1.262 Euro

### Pflegegrad 4

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. 70 bis unter 90 Gesamtpunkte. Wer bis Ende 2016 die Pflegeleistungen der Pflegestufe 2 (mit eingeschränkter Alltagskompetenz) und 3 in Anspruch genommen hatte, erhält nun die Einstufung in Pflegegrad 4.

#### → Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld: 728 Euro, Pflegesachleistung: 1.612 Euro,  
zusätzliche ambulante Betreuung: 125 Euro, stationäre Pflege: 1.775 Euro

### Pflegegrad 5

Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. 90 bis 100 Gesamtpunkte. Dem Pflegegrad 5 werden Menschen zugeordnet, die bis 2016 in die Pflegestufe 3 bzw. als „Härtefall“ eingestuft waren.

#### → Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld: 901 Euro, Pflegesachleistung: 1.995 Euro,  
zusätzliche ambulante Betreuung: 125 Euro, stationäre Pflege: 2.005 Euro

## 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. Vordrucke dazu können Sie in der Regel telefonisch anfordern. 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 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 Sie als Arbeitnehmer arbeitsunfähig erkrankt, erhält Ihr Arbeitgeber normalerweise zum Ende der sechswöchigen Lohnfortzahlung von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung einen Vordruck, die Verdienstbescheinigung. Diese muss er ausfüllen, damit Ihre Krankenkasse Ihr 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, dass Ihnen gekündigt wurde, melden Sie sich sofort arbeitssuchend, ansonsten droht Ihnen eine Sperrfrist. Spätestens am ersten Tag Ihrer 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 Ihrer 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 Ihrer 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 Versicherungssämtern der Kommunen oder online bekommen.

 [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://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](http://www.bag-selbsthilfe.de)

#### **Bundesministerium für Arbeit und Soziales**

[www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de)

#### **Integrationsämter**

[www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

Onlineberatung:

[forum.integrationsaemter.de](http://forum.integrationsaemter.de)

#### **Krankenkassen**

Hotlines und örtliche Servicestellen

#### **MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

Beratungsstellenverzeichnis

[www.mdk.de](http://www.mdk.de)

#### **Rechtsberatung beim örtlichen (Amts-)Gericht**

[www.justiz.de](http://www.justiz.de)

#### **Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung**

[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

#### **Servicetelefon rund um Rente und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund**

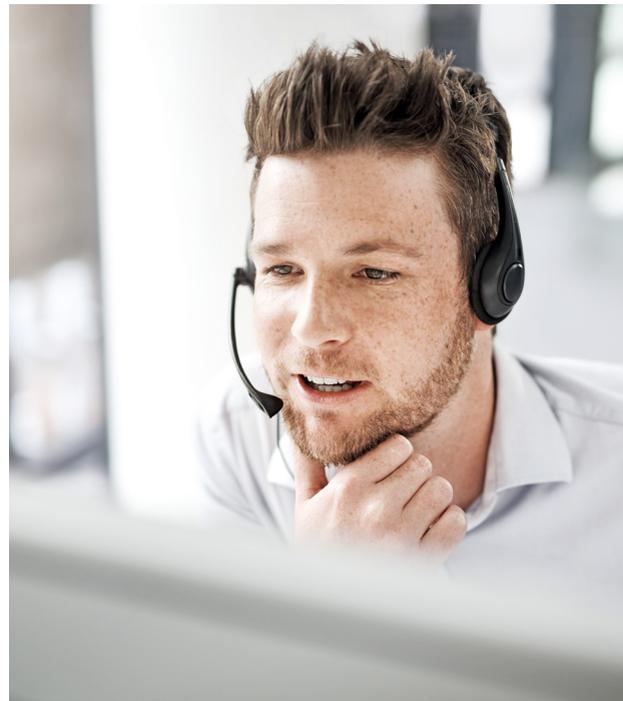
Kostenlose Beratung bieten auch die ehrenamtlichen Versichertenältesten bei der Deutschen Rentenversicherung. Sie geben Auskünfte und Tipps bei Rentenangelegenheiten und helfen auch bei Anträgen.  
Servicetelefon: **08 00-10 00 48 00**

#### **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)**

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

(Kostenfreie Beratung)

[www.patientenberatung.de](http://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, die Ihnen zustehen, 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, Ihnen auf Anfrage die zuständige Stelle zu nennen. Auch wenn Sie einen falschen Leistungsträger einschalten, ist dieser verpflichtet, Ihren Antrag an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Anträge können zwar grundsätzlich formlos, also auch mündlich, gestellt werden. Doch in der Praxis bieten die Leistungsträger vorbereitete Formulare zum Ausfüllen an. Das vereinfacht die Weitergabe wichtiger Informationen, und die Eingangsbestätigung dient Ihnen als Nachweis, dass und wann Sie den Antrag gestellt haben.

Die Anträge sind im Übrigen immer von Ihnen als Patient selbst zu stellen. 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 Satz SGB V). Ist ein medizinisches Gutachten erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen, bei einem Gutachterverfahren nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte sechs Wochen.

Falls eine umfangreichere Prüfung erforderlich ist, ein Gutachter schlicht länger braucht oder weitere Nachfragen nötig sind, ist die Versicherung verpflichtet, Sie rechtzeitig schriftlich und mit Begründung über die Verzögerung zu informieren. 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 Erfolgchancen. 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/ Behörde hilfreich. Eine schriftliche Begründung Ihres Widerspruchs könnte in etwa so aussehen:

”

Meinen Widerspruch begründe ich wie folgt: Sowohl 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 Ihres Widerspruchs die Sachlage sowie 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 vergleichsweise „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 versichern, sei es über einen Anwalt, über einen Sozialverband oder eine Gewerkschaft. Wenn Sie 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 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 – Sie können nur profitieren.



# Im Einsatz für rheumakranke Menschen



## Gemeinsam stark

Über 300.000 Mitglieder machen die Deutsche Rheuma-Liga zum größten deutschen Selbsthilfeverband im Gesundheitsbereich. Die Mitglieder legen mit ihrem Engagement das Fundament für das breite Spektrum der Leistungen der Deutschen Rheuma-Liga. Über zehntausend Ehrenamtliche informieren Betroffene, schaffen Beratungs- und Betreuungsangebote und organisieren unterschiedliche Angebote.

## Offen für alle

Es gibt eine Vielzahl rheumatischer Erkrankungen. Ob Menschen mit Arthrose, entzündlichen Erkrankungen, Fibromyalgie, Rheuma bei Kindern oder eher seltene Krankheitsformen, die Deutsche Rheuma-Liga ist für alle da. Morbus Bechterew-, Lupus Erythematoses und Sklerodermie-Betroffene organisieren sich in eigenen Verbänden unter dem Dach der Deutschen Rheuma-Liga.

## An der Seite der Betroffenen

Millionen junge wie alte Menschen in Deutschland leiden an Rheuma. Manche Krankheiten entwickeln sich schleichend über viele Jahre. Andere

sind akut lebensbedrohlich und greifen die Organe an. Immer beeinflussen sie die Lebensperspektive der Betroffenen. Wer mit Rheuma lebt, der braucht deshalb Hilfe.

## Überall in Deutschland

Das Netz der örtlichen Gruppen und Verbände der Deutschen Rheuma-Liga überzieht ganz Deutschland von Osten nach Westen, von Norden nach Süden. So besteht vor Ort eine Vielzahl von 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 stets die wissenschaftlich, politisch und gesellschaftlich aktuellsten Antworten auf ihre Fragen bei Alltagshürden aller Art. Es liegt eine große Auswahl an verständlichen, kompetenten und umfassenden Ratgebern zu verschiedenen Krankheitsformen vor. Die Broschüren, Merkblätter und weiteres

Informationsmaterial können bei den Landes- und Mitgliedsverbänden und über das Internet bestellt werden. Unter  [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de) finden sich auch viele weitere Serviceangebote wie eine „Versorgungslandkarte“ und ein Forum zum Austausch. Die Mitgliederzeitschrift „mobil“ hält ihre Leser immer auf dem neuesten Stand der Forschung und gibt viele Anregungen und praktische Tipps mit wechselnden Schwerpunkten. In der Redaktion arbeiten vor allem Betroffene und ärztliche Berater. Das Heft steckt voller Fachwissen.

### Dialog und Bildung

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

### Unterstützung der Forschung

„Rheuma heilbar machen“ ist das Ziel der 2008 gegründeten Rheumastiftung. Auch die Deutsche Rheuma-Liga fördert gezielt die Forschung und vergibt Promo-

tionsstipendien für Forschungsprojekte im Bereich der Selbsthilfe und der Versorgung. Patientenvertreter 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 rheumakranker 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 rheumakranke 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  
Fax            02 28-766 06-20  
E-Mail        [bv@rheuma-liga.de](mailto:bv@rheuma-liga.de)  
Internet      [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)

# Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga

## Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn

Telefon 02 28-766 06-0

Fax 02 28-766 06-20

E-Mail [bv@rheuma-liga.de](mailto:bv@rheuma-liga.de)

Internet [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)

## Redaktion mobil

Deutsche Rheuma-Liga

Welschnonnenstr. 7, 53111 Bonn

Telefon 02 28-766 06-23

E-Mail [bidder@rheuma-liga.de](mailto:bidder@rheuma-liga.de)

[wendel@rheuma-liga.de](mailto:wendel@rheuma-liga.de)

## Rheuma-Liga Baden-Württemberg e. V.

Kaiserstr. 20, 76646 Bruchsal

Telefon 072 51-91 62-0

Fax 072 51-91 62-62

E-Mail [kontakt@rheuma-liga-bw.de](mailto:kontakt@rheuma-liga-bw.de)

Internet [www.rheuma-liga-bw.de](http://www.rheuma-liga-bw.de)

## Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Bayern e. V.

Fürstenrieder Str. 90, 80686 München

Telefon 089-58 98 85 68-0

Fax 089-58 98 85 68-99

E-Mail [info@rheuma-liga-bayern.de](mailto:info@rheuma-liga-bayern.de)

Internet [www.rheuma-liga-bayern.de](http://www.rheuma-liga-bayern.de)

## Deutsche Rheuma-Liga Berlin e. V.

Therapie-, Selbsthilfe- und Begegnungszentrum

Mariendorfer Damm 161 a, 12107 Berlin

Telefon 030-322 90 29-0

Fax 030-322 90 29-39

E-Mail [zirp@rheuma-liga-berlin.de](mailto:zirp@rheuma-liga-berlin.de)

Internet [www.rheuma-liga-berlin.de](http://www.rheuma-liga-berlin.de)

## Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Brandenburg e. V.

Friedrich-Ludwig-Jahn-Str. 19, 03044 Cottbus

Telefon 08 00-26 50 80 39 151/152

Fax 08 00-26 50 80 39 190

E-Mail [info@rheuma-liga-brandenburg.de](mailto:info@rheuma-liga-brandenburg.de)

Internet [www.rheuma-liga-brandenburg.de](http://www.rheuma-liga-brandenburg.de)

## Rheuma-Liga Bremen e. V.

Jakobistraße 22, 28195 Bremen

Telefon 04 21-16 89 52 00

Fax 04 21-95 79 85 91

E-Mail [info@rheuma-liga-bremen.de](mailto:info@rheuma-liga-bremen.de)

Internet [www.rheuma-liga-bremen.de](http://www.rheuma-liga-bremen.de)

## Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e. V.

Schön Klinik Eilbek, Haus 8, Dehnhaide 120,  
22081 Hamburg

Telefon 040-669 07 65-0

Fax 040-669 07 65-25

E-Mail [info@rheuma-liga-hamburg.de](mailto:info@rheuma-liga-hamburg.de)

Internet [www.rheuma-liga-hamburg.de](http://www.rheuma-liga-hamburg.de)

## Rheuma-Liga Hessen e. V.

Dornhofstraße 18, 63263 Neu-Isenburg

Telefon 061 02-88 36 60

Fax 061 02-88 36 620

E-Mail [info@rheuma-liga-hessen.de](mailto:info@rheuma-liga-hessen.de)

Internet [www.rheuma-liga-hessen.de](http://www.rheuma-liga-hessen.de)

## Deutsche Rheuma-Liga Mecklenburg- Vorpommern e. V.

Im Hause der AOK Nordost

Warnowufer 23, 18057 Rostock

Telefon 03 81-769 68 07

Fax 03 81-769 68 08

E-Mail [lv@rheumaligamv.de](mailto:lv@rheumaligamv.de)

Internet [www.rheumaligamv.de](http://www.rheumaligamv.de)

**Rheuma-Liga Niedersachsen e. V.**  
Rotermundstr. 11, 30165 Hannover  
Telefon 05 11-133 74  
Fax 05 11-159 84  
E-Mail [info@rheuma-liga-nds.de](mailto:info@rheuma-liga-nds.de)  
Internet [www.rheuma-liga-nds.de](http://www.rheuma-liga-nds.de)

**Deutsche Rheuma-Liga Nordrhein-Westfalen e. V.**  
III. Hagen 37, 45127 Essen  
Telefon 02 01-827 97-0  
Fax 02 01-827 97-500  
E-Mail [info@rheuma-liga-nrw.de](mailto:info@rheuma-liga-nrw.de)  
Internet [www.rheuma-liga-nrw.de](http://www.rheuma-liga-nrw.de)

**Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.**  
Schloßstr. 1, 55543 Bad Kreuznach  
Telefon 06 71-83 40-44  
Fax 06 71-83 40-460  
E-Mail [info@rheuma-liga-rlp.de](mailto:info@rheuma-liga-rlp.de)  
Internet [www.rheuma-liga-rlp.de](http://www.rheuma-liga-rlp.de)

**Deutsche Rheuma-Liga Saar e. V.**  
Schmollerstr. 2 b, 66111 Saarbrücken  
Telefon 06 81-332 71  
Fax 06 81-332 84  
E-Mail [DRL.SAAR@t-online.de](mailto:DRL.SAAR@t-online.de)  
Internet [www.rheuma-liga-saar.de](http://www.rheuma-liga-saar.de)

**Rheuma-Liga Sachsen e. V.**  
Angerstr. 17 B, 04177 Leipzig  
Telefon 03 41-355 40 17  
Fax 03 41-355 40 19  
E-Mail [info@rheumaliga-sachsen.de](mailto:info@rheumaliga-sachsen.de)  
Internet [www.rheumaliga-sachsen.de](http://www.rheumaliga-sachsen.de)

**Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.**  
Weststr. 3, 06126 Halle/Saale  
Telefon 03 45-68 29 60 66  
Fax 03 45-68 30 97 33  
E-Mail [info@rheumaliga-sachsen-anhalt.de](mailto:info@rheumaliga-sachsen-anhalt.de)  
Internet [www.rheuma-liga-sachsen-anhalt.de](http://www.rheuma-liga-sachsen-anhalt.de)

**Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e. V.**  
Holstenstr. 88-90, 24103 Kiel  
Telefon 04 31-535 49-0  
Fax 04 31-535 49-10  
E-Mail [info@rlsh.de](mailto:info@rlsh.de)  
Internet [www.rlsh.de](http://www.rlsh.de)

**Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Thüringen e. V.**  
Weißen 1, 07407 Uhlstädt-Kirchhasel  
Telefon 03 67 42-673-61 oder -62  
Fax 03 67 42-673-63  
E-Mail [info@rheumaliga-thueringen.de](mailto:info@rheumaliga-thueringen.de)  
Internet [www.rheumaliga-thueringen.de](http://www.rheumaliga-thueringen.de)

**Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.**  
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt  
Telefon 097 21-220 33  
Fax 097 21-229 55  
E-Mail [DVMB@bechterew.de](mailto:DVMB@bechterew.de)  
Internet [www.bechterew.de](http://www.bechterew.de)

**Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V.**  
Döppersberg 20, 42103 Wuppertal  
Telefon 02 02-496 87 97  
Fax 02 02-496 87 98  
E-Mail [lupus@rheumanet.org](mailto:lupus@rheumanet.org)  
Internet [www.lupus.rheumanet.org](http://www.lupus.rheumanet.org)

**Sklerodermie Selbsthilfe e. V.**  
Am Wollhaus 2, 74072 Heilbronn  
Telefon 071 31-390 24 25  
Fax 071 31-390 24 26  
E-Mail [sklerodermie@t-online.de](mailto:sklerodermie@t-online.de)  
Internet [www.sklerodermie-sh.de](http://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: 05/2020

# Informationsmaterial der Deutschen Rheuma-Liga



Die Deutsche Rheuma-Liga gibt eine Vielzahl von Publikationen heraus. Einige haben wir für Sie nachfolgend aufgeführt. Alle Publikationen können bei Ihrem Landesverband oder einem der Mitgliedsverbände (siehe Adressen Seite 40/41) bezogen

werden. Im Publikationsshop auf der Internetseite der Rheuma-Liga haben Sie die Möglichkeiten, die Ratgeber herunterzuladen und zu bestellen.

[www.rheuma-liga.de/publikationen](http://www.rheuma-liga.de/publikationen)

## Broschüren

- A 2** Rheuma – rechtzeitig reagieren

---

- A 19** Mit Rheuma gut arbeiten – Informationen für Arbeitgeber

---

- A 20** Im Job mit Rheuma

---

- A 23** Gelenkschutz im Alltag – gewusst wie

---

- A 27** Rücken stärken – Schmerzen lindern

---

## Bewegungsposter/Faltblätter

- A 4** Bewegungsübungen bei Osteoporose

---

- A 5** Bewegungsübungen bei Fibromyalgie

---

- A 6** Bewegungsübungen bei rheumatoider Arthritis

---

- A 7** Bewegungsübungen bei Arthrose

---

- A 8** Bewegungsübungen bei Rückenbeschwerden

---

- C 176** Was kommt nach der Rehabilitation

---

**Ansichtsexemplar „mobil“** – Zeitschrift der Deutschen Rheuma-Liga

# Die Autorin

**Barbara Erbe** ist freie Journalistin mit den Schwerpunkten Medizin, Pharmazie und Familie. Sie lebt und arbeitet in Frankfurt am Main

Besuchen Sie uns auch auf Facebook, YouTube und Twitter:

[www.facebook.com/DeutscheRheumaLiga](http://www.facebook.com/DeutscheRheumaLiga)

[www.youtube.com/RheumaLiga](http://www.youtube.com/RheumaLiga)

[www.twitter.com/DtRheumaLiga](http://www.twitter.com/DtRheumaLiga)

[www.instagram.com/deutsche\\_rheuma\\_liga](http://www.instagram.com/deutsche_rheuma_liga)



# 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

Telefon 02 28-766 06-0

Fax 02 28-766 06-20

E-Mail [bv@rheuma-liga.de](mailto:bv@rheuma-liga.de)

Internet [www.rheuma-liga.de](http://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