



Soziale Leistungen und Hilfen für Menschen mit Rheuma

6. Auflage

Wer 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, die im Wesentlichen im SGB, den Sozialgesetzbüchern I bis XII, geregelt sind. Dieses Merkblatt gibt einen Überblick, welche Hilfen es in besonderen Notlagen und Lebensabschnitten der Erkrankung gibt. Es bietet Betroffenen eine erste Orientierung, kann aber nicht die ausführliche und fachkundige Beratung ersetzen.

Ist die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Krankenkasse Versicherte auffordern, innerhalb von 10 Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beim jeweiligen Rentenversicherungsträger zu stellen. Die gesetzliche Grundlage dazu bietet der § 51 Abs.1 SGB V. Wird aufgrund der durchgeführten medizinischen Rehabilitation festgestellt, dass eine Erwerbsminderung vorliegt und somit ein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente besteht, dann gilt das Datum des Reha-Antrages als Antragsdatum für die Erwerbsminderungsrente. Mit anderen Worten, bereits ab diesem Datum würde rückwirkend die Erwerbsminderungsrente gezahlt werden. Kommen Versicherte der Aufforderung nicht nach, kann die Krankenkasse die Auszahlung des Krankengelds einstellen.

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.

Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes richtet sich nach Ihrem regelmäßigen Einkommen. Im Allgemeinen sind das 70 Prozent vom Brutto-, jedoch höchstens 90 Prozent vom Netto-Einkommen. Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld werden berücksichtigt. Das Krankengeld ist auf einen gesetzlichen Höchstbetrag von 112,88 Euro pro Tag (Wert 2022) begrenzt.

Versicherte haben auch Anspruch auf Krankengeld, wenn sie auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden. Stationäre Behandlung in diesem Sinne erfolgt in einem Krankenhaus, einer Vorsorgeeinrichtung oder einer Rehabilitationseinrichtung. Wenn ein anderer Sozialleistungsträger die Kosten der stationären Behandlung übernimmt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn Versicherte gleichzeitig arbeitsunfähig sind. Ggf. ruht in diesem Fall der Anspruch auf Krankengeld, wenn durch den Träger der Maßnahme eine Entgeltersatzleistung – zum Beispiel Übergangsgeld während einer Reha, wenn die gesetzliche Rentenversicherung zuständig ist – erbracht wird.

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, 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. Neben den Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga beraten auch Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, das Sozialamt sowie Senioren- und Pflegeberatungsstellen. Neben der Information über mögliche ehrenamtliche Unterstützungsdienste erhalten Sie hier auch Adressen professioneller Dienstleisterinnen und Dienstleister. Die Kosten einer professionellen Haushaltshilfe müssen Sie in der Regel selbst 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 keine anderen Haushaltsangehörigen da sind oder den Haushalt führen können.

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, zum Beispiel die Krankenkasse, 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 nicht von dem Gedanken abschrecken, im Bedarfsfall Leistungen der Sozialhilfe zu beantragen. Es handelt sich dabei 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 Sozialhilfeträger 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 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 und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad. Die Kostenbeteiligung für die teilstationäre (Tages- oder Nachtpflege) und stationäre Pflege (Heimpflege) richtet sich ebenfalls nach dem Pflegegrad.

Hilfen für die Pflegepersonen

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, Rentenversicherungsbeiträge in die gesetzliche Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Pflegepersonen, die nach der Pflege Tätigkeit 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.

Siehe Merkblatt 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 arbeitssuchend zu melden. Haben Sie erst innerhalb der letzten drei Kalendermonate davon erfahren, müssen Sie dies innerhalb der nächsten drei Tage tun. Bei verspäteter Meldung 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 Entgeltersatzleistung, die aus den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung finanziert wird. Rechtliche Grundlagen für das Arbeitslosengeld sind die Paragraphen 136 bis 164 sowie 323, 327, 337 des 3. Sozialgesetzbuches (SGB III). Anspruch auf Arbeitslosengeld I haben jedoch nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in den letzten 30 Monaten vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwölf Monate pflichtversichert waren. Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem bisherigen Einkommen. 60 Prozent des regelmäßig erzielten Nettoeinkommens erhalten Arbeitslose ohne Kinder. Das Arbeitslosengeld I erhöht sich auf 67 Prozent, falls Sie oder Ihr Ehe-/Lebenspartner ein oder mehrere Kinder haben. Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem Alter und den Vorversicherungszeiten. Die



kürzeste Bezugsdauer beträgt sechs Monate für jüngere Arbeitslose, die lediglich zwölf 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 „Nahtlosigkeitsregelung“ nach § 125 SGB III erhalten auch diejenigen Arbeitslosengeld I, die aus gesundheitlichen Gründen für mehr als sechs Monate erheblich leistungsgemindert sind, bei denen der Krankengeldbezug beendet ist und deren Rentenantrag 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 der 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. Sie können die Formulare auch auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung herunterladen. Am einfachsten ist es jedoch, wenn Sie sich an einen der vielen Versichererberater (früher: Versichertenälteste) oder eine Beratungsstelle Ihrer Rentenversicherung wenden. Wo diese in Ihrer Nähe anzutreffen sind, erfahren Sie bei Ihrer Gemeinde oder bei Ihrer Rentenversicherung. Die Versichererberater 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 Rentenantrags 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 drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Für eine teilweise Erwerbsminderungsrente darf das Restleistungsvermögen nur noch drei bis weniger als sechs Stunden betragen. Keine Rente erhält, wer noch sechs Stunden und mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 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. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats ab Zustellung des Ablehnungsbescheides eingelegt werden. Es ist daher sehr zu empfehlen, den Eingang des Bescheides bei Ihnen zu notieren, um die Frist berechnen zu können. Wegen des teilweise verzögerten Postweges ist das Datum des Bescheides und der Poststempel lediglich eine Orientierung und entsprechen nicht unbedingt der tatsächlichen Zustellung.

Verläuft auch das Widerspruchsverfahren negativ, können Sie Ihre Ansprüche vor dem Sozialgericht einklagen. Siehe 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. Die bloße Aufzählung der Diagnosen reicht für die Bewertung nicht aus, sondern es müssen die Auswirkungen (Funktionseinschränkungen) geschildert werden. Solche Unterlagen können beispielsweise Krankenhausentlassungs- oder Reha-Berichte und ärztliche Befunde sein. Reichen die mitgeschickten Unterlagen nicht aus, fordert das Versorgungsamt weitere Unterlagen an. Die anfallenden Kosten trägt das Versorgungsamt.

Anschließend werden alle medizinischen Unterlagen vom ärztlichen Dienst nach Aktenlage ausgewertet. Das Ergebnis der Beurteilung erfahren Sie im Feststellungsbescheid. Wenn der bei Ihnen festgestellte Grad der Behinderung 50 oder höher ist, sind Sie schwerbehindert und erhalten 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.

Siehe 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 bis 46 im 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches 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 (unter anderem Schonvermögen von 5.000 Euro pro Person und 500 für jede weitere Person, die unterhalten wird) nicht den Bedarf übersteigen. Der Bedarf setzt sich zusammen aus dem Regelsatz (zurzeit 449 Euro für Alleinstehende und jeweils 404 Euro für jeden Ehepartner) und den angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung. Dazu zählen auch Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung sowie ein Mehrbedarf für Personen, die gehbehindert sind und zum Beispiel einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ haben. Dieser Mehrbedarf beträgt für Alleinstehende 17 Prozent des Regelsatzes. 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, ALG II

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 für Alleinstehende 449 Euro, für Paare je Partner 404 Euro. Kranken- und Pflegeversicherung werden gezahlt, aber seit 2011 keine Rentenversicherungsbeiträge mehr.

www.rheuma-liga.de

Autorin: Heike Liedholz, Diplom-Sozialpädagogin
Fachliche Beratung: Rechtsanwältin Meike Schoeler
Sabine Eis, Referentin für Gesundheits- und Sozialpolitik
bei der Deutschen Rheuma-Liga

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.

Mit freundlicher Unterstützung von



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

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 0800 6002525

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 22033

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 4968797

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 3902425

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • E-Mail: bv@rheuma-liga.de

6. Auflage 2022

Drucknummer: MB 6.5/BV/04/2022

