

Soziale Leistungen und Ansprüche

Besser leben mit rheumatischen Erkrankungen –
Überblick gemäß Bundesteilhabegesetz, Stand Februar 2022





Inhalt



| | |
|---|---------------------|
| Ihr Anspruch auf soziale Leistungen bei Rheuma | 4 |
| Damit Sie Ihre Krankheitssituation besser meistern können: Erleichterungen und Unterstützung | 6 |
| Entlastung im Alltag: Anspruch auf Ausgleich und Teilhabe bei Schwerbehinderung | 10 |
| Wieder zurück ins (Arbeits-)Leben – Rehabilitation | 14 |
| Bei Arbeitsunfähigkeit: Rentenansprüche | 19 |
| Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens: Pflegeversorgung | 20 |
| Tipps und Formulierungshilfen: häufige Fragen zur Antragstellung | 27 |
| Ansprechpartner:innen und Adressen | 30 |
| Anhang | |
| | Quellennachweise 31 |
| | Bildquellen 31 |

Ihr Anspruch auf soziale Leistungen bei Rheuma

Bei körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen bietet unser Sozialstaat zahlreiche Ausgleichsleistungen.

Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie der Rheumatoiden Arthritis oder der Psoriasis-Arthritis haben einen Rechtsanspruch auf Ausgleich und Teilhabe. Bürokratische Hürden und Unwissen hindern leider viele Patient:innen daran, diese Ansprüche auch geltend zu machen. Wir wollen in diesem Ratgeber erste Informationen und einen Überblick über mögliche Leistungen und Ansprechpartner:innen geben.

Die Informationen wurden sorgfältig recherchiert, ausgewählt und zusammengestellt. Da die Thematik jedoch sehr komplex ist, kann nicht jeder Einzelfall dargestellt werden. Wir bitten daher um Verständnis, dass Bristol Myers Squibb keine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen in diesem Ratgeber übernehmen kann. Insbesondere kann diese Orientierungshilfe nicht die im Einzelfall notwendige rechtliche Beratung ersetzen.

Aufklärung, Auskunft und Beratung

Das Sozialgesetzbuch I (SGB I)¹ schreibt vor, dass grundsätzlich alle Sozialleistungsträger zur Aufklärung, Auskunft und Beratung über ihre Leistungen der Patientin bzw. dem Patienten gegenüber verpflichtet sind. Sowohl Ihre Krankenkasse als auch Ihre Pflegekasse müssen Sie also umfassend und einzelfallbezogen über Ihre Rechte und Pflichten beraten. Sie müssen Ihnen neben den eigenen Leistungsangeboten auch die Ansprechpartner:innen für weitere Sozialleistungen wie z.B. den Rentenversicherungsträger nennen. Das Gleiche gilt für Gemeinden.

Wenn Krankenkassen ihre Beratungspflicht verletzen und dem bzw. der falsch bzw. schlecht Beratenen dadurch ein Nachteil entsteht, hat der- bzw. diejenige einen sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch: Das bedeutet, dass sein bzw. ihr Nachteil ausgeglichen werden muss!



Fachliche Beratung

Wir danken Frau Prof. Dr. jur. Corinna Grünh von der Hochschule Bremen für die fachliche Beratung.

Sozialleistungen im Überblick

In der Tabelle finden Sie die im Ratgeber dargestellten Sozialleistungen, die jeweils den zuständigen Leistungsträgern zugeordnet sind. Somit wird deutlich, welcher Leistungsträger für welche Sozialleistung der richtige Ansprechpartner bzw. die richtige Ansprechpartnerin ist.

| Art der Leistung | | Leistungsträger |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Unterstützung und Erleichterungen | Heil- und Hilfsmittel, Seite 6 | Krankenkasse |
| | Häusliche Krankenpflege, Seite 8 | |
| | Befreiung von Zuzahlungen, Seite 8 | |
| | Krankengeld, Seite 9 | |
| Ausgleich für Beeinträchtigungen | Schwerbehindertenausweis, Seite 11 | Versorgungsamt/Integrationsamt |
| | Berufliche Integration, Seite 13 | Versorgungsamt/Integrationsamt und Bundesagentur für Arbeit + Arbeitgeber:innen/Betriebsrat |
| Rehabilitation | Medizinische Rehabilitation, Seite 14 | Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger |
| | Berufliche Rehabilitation, Seite 16 | Rentenversicherungsträger oder Bundesagentur für Arbeit + Arbeitgeber:innen/Betriebsrat |
| | Gleichstellung, Seite 16 | Bundesagentur für Arbeit |
| Rente | Teilweise Erwerbsminderung, Seite 19 | Rentenversicherungsträger |
| | Volle Erwerbsminderung, Seite 19 | |
| Pflegeversorgung | Ambulant, Seite 24 | Pflegekasse/Pflegestützpunkte + Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| | Stationär, Seite 24 | |
| | Leistungen für Angehörige, Seite 25 | Pflegekasse/Pflegestützpunkte |

Damit Sie Ihre Krankheitssituation besser meistern können: Erleichterungen und Unterstützung

Naheliegender ist es, dass bei einer Erkrankung die gesetzliche Krankenversicherung die erste Anlaufstelle ist.

Und sicherlich wird Sie Ihr erster Weg auch zur Ärztin oder zum Arzt Ihrer Wahl bzw. zur Rheumatologin oder zum Rheumatologen bzw. zur Dermatologin oder zum Dermatologen geführt haben. Dort wurden umfangreiche Untersuchungen durchgeführt und Sie erhalten möglicherweise Medikamente.

Gerade bei der Psoriasis-Arthritis müssen Patient:innen häufig Medikamente selbst bezahlen, insbesondere die nicht verschreibungspflichtigen (z. B. Salben mit Urea). Fragen Sie dies aber jeweils bei Ihrer Krankenkasse nach. Hier kann es durchaus Unterschiede geben. Darüber hinaus hält die gesetzliche Krankenversicherung jedoch noch weitere Leistungsansprüche für Sie bereit, die Ihnen helfen, Ihre Krankheitssituation besser zu meistern.

DMP – Disease-Management-Programme bei rheumatischen Erkrankungen

Seit dem letzten Jahr sind die strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen (= DMP) auf die Rheumatoide Arthritis erweitert worden. Das bietet für Sie den Vorteil, dass Sie im Rahmen dieser Programme koordiniert nach dem neuesten medizinischen Standard versorgt und betreut werden.

Derartige Programme gibt es seit vielen Jahren, z. B. auch für Menschen, die an Diabetes erkrankt sind. Sie sind für die Rheumatoide Arthritis noch nicht flächendeckend eingerichtet. Fragen Sie bei Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin nach, ob er bzw. sie an einem derartigen Programm teilnimmt. Erkundigen Sie sich auch bei Ihrer Krankenkasse. Für Sie ist die Teilnahme kostenlos.

Heil- und Hilfsmittel

Patient:innen haben Ansprüche auf sogenannte Heilmittel² und Hilfsmittel³. Zu den **Heilmitteln** zählen z. B.:

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Folsäure bei einer MTX-Therapie)

Für Patient:innen mit Rheumatoider Arthritis oder Psoriasis-Arthritis ist ein Anspruch auf Ergotherapie⁴ und Krankengymnastik mit Thermotherapie, z. B. Fango, anerkannt. Diese muss ein Arzt oder eine Ärztin verordnen.



» Hier werden die Leistungsansprüche gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen beschrieben. Anders ist dies bei privaten Krankenversicherungen: Hier ist die Leistung abhängig vom gewählten Tarif und daher nicht einheitlich. «

Bei der Psoriasis-Arthritis ist auch die Balneophototherapie für die mittelschwere bis schwere Schuppenflechte als Leistung der Krankenkasse anerkannt. Die Übernahme von Kosten anderer Kälte- oder Wärmeanwendungen, Therapien am Toten Meer o. Ä. sollten Sie vorab unbedingt mit Ihrer Krankenkasse klären, um zu wissen, ob diese die Kosten dafür überhaupt übernimmt.

Hilfsmittel sind im Gegensatz zu den Heilmitteln meist Gegenstände. Sie sollen dabei helfen, eine Erkrankung zu bekämpfen, den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen. Zu den Hilfsmitteln, die von der Krankenkasse anerkannt sind,⁵ zählen:

- Knöpffhilfen und sonstige Anziehhilfen
- Ess- und Trinkhilfen
- Greifhilfen
- Badehilfen
- orthopädische Hilfsmittel

Für die Gewährung eines Hilfsmittels müssen Sie sich an Ihre Krankenkasse wenden und dieses dort beantragen. Für Heil- und Hilfsmittel sind folgende **Zuzahlungen** zu leisten:

- **Heilmittel**
10 % der Kosten des Heilmittels und 10 € je Verordnung
- **Hilfsmittel**
10 % des Abgabepreises, mindestens 5 €, maximal 10 €

Gut zu wissen

Krankenkassen können Heilmittel wie Ergotherapie auch langfristig genehmigen. Dies ist insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die dauerhaft therapiert werden müssen, möglich.

Ein Beispiel zur Berechnung

Für sechs Massagetermine à 15,40 € muss eine Patientin bzw. ein Patient 19,24 € bezahlen.

| | |
|--|---------|
| 6 Massagetermine à 15,40 € = 92,40 € | |
| 10 % der Kosten des Heilmittels (Massage) | 9,24 € |
| Verordnungsgebühr | 10,00 € |
| Zuzahlung gesamt | 19,24 € |

Welche Hilfsmittel bezahlt meine Krankenkasse?

Anders als für Hilfsmittel übernimmt Ihre Krankenkasse für Gegenstände des täglichen Lebens keine Kosten. Aber welcher Gegenstand ist Gegenstand des täglichen Lebens, welcher ist ein Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung? Diese Abgrenzung ist zum Teil schwierig. Lassen Sie sich dazu am besten im Einzelfall beraten! Anlaufstellen dazu finden Sie unter „Ansprechpartner:innen und Adressen“ auf Seite 30. Auch bei Ihrer Krankenkasse können Sie nachfragen, wer die Kosten übernimmt.

Häusliche Krankenpflege

Wenn Sie aufgrund Ihrer Erkrankung vorübergehend Hilfe bei der täglichen Versorgung benötigen, kann ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege⁶ in Betracht kommen. Das heißt, dass Sie zu Hause versorgt werden. Dazu gehören u. a.

- die sogenannte **Behandlungspflege**. Hierzu zählen z. B. Verbandswechsel und die Verabreichung von Arzneimitteln.
- die sogenannte **grundpflegerische Versorgung**, z. B. Unterstützung bei der Körperpflege, beim Toilettengang und beim An- und Auskleiden. Auch die hauswirtschaftliche Versorgung – also z. B. das Einkaufen, Kochen und das Reinigen der Wohnung – ist hiervon umfasst. Dieser Anspruch besteht jedoch nur, wenn eine in Ihrem Haushalt lebende Person, also z. B. Ihre Ehefrau bzw. Ihr Ehemann oder Ihre Lebenspartnerin bzw. Ihr Lebenspartner, diese Pflege nicht übernehmen kann.

Für die häusliche Krankenpflege ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten und 10 € pro Verordnung zu leisten. Die Zuzahlung ist jedoch auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Befreiung von Zuzahlungen

Sowohl bei Arzneimitteln als auch bei der medizinischen Rehabilitation müssen Sie als Versicherte bzw. Versicherter zum Teil Zuzahlungen leisten. Allerdings gibt es Ausnahmen:

- **Kinder bis zum 18. Lebensjahr** sind von der Zuzahlung befreit.
- Wenn die sogenannte **Belastungsgrenze** überschritten wird, haben Patient:innen die Möglichkeit, sich von Zuzahlungen befreien zu lassen.⁷ Diese Grenze liegt bei 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Chronisch erkrankte Personen, wie Menschen mit Rheumatoider Arthritis oder Psoriasis-Arthritis, müssen höchstens 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen aufbringen. Zu den Bruttoeinnahmen zählen u. a. Gehalt und Renten.
- Menschen, die Leistungen der **Grundsicherung für Arbeitssuchende** (SGB II, sogenanntes Hartz IV) oder **Leistungen der Sozialhilfe** (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII) erhalten, können sich von den Zuzahlungen befreien lassen, wenn sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Im Jahr 2022 beträgt die Belastungsgrenze für diese Personengruppe 107,76 €, bei chronisch Erkrankten 53,88 €.

Ein Beispiel zur Berechnung der Zuzahlungsgrenze

| | |
|--|----------|
| Jährliches Bruttoeinkommen | 48.000 € |
| Freibetrag Kind | 8.388 € |
| Freibetrag Ehegatte bzw. Ehegattin | 5.922 € |
| Zu berücksichtigende Einnahmen nach Abzug der Freibeträge | 33.690 € |
| Zuzahlungsgrenze 1 % | 336,90 € |

Sie müssen die Befreiung von den Zuzahlungen bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Dazu müssen Sie die Belege, die Ihre Zuzahlungen z. B. für Medikamente ausweisen, sammeln und einreichen. Die Befreiung muss jedes Jahr erneut beantragt werden.

Tipp

Nutzen Sie den „Zuzahlungsrechner“, den Sie unter „Ansprechpartner:innen und Adressen“ auf Seite 30 finden, und berechnen Sie damit Ihre persönliche Belastungsgrenze.

Krankengeld

Rheumatoide Arthritis und Psoriasis-Arthritis können dazu führen, dass Sie zeitweise oder auch gänzlich Ihren Beruf nicht ausüben können. Wenn Sie vorübergehend nicht arbeiten können, wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie krankschreiben. In der Regel haben Sie dann einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung von Ihrem Arbeitgeber bzw. Ihrer Arbeitgeberin⁸ bis zu sechs Wochen. Sollten Sie nach diesen sechs Wochen weiter arbeitsunfähig sein, haben Sie einen Anspruch auf Krankengeld von Ihrer Krankenkasse.⁹

Wie hoch ist mein Krankengeld?

Das Krankengeld ist eine Lohnersatzleistung. Die Höhe ist daher davon abhängig, wie viel Sie vorher verdient haben, und beträgt grundsätzlich 70 % des Brutto-Arbeitsentgelts.¹⁰ Das Krankengeld wird wegen derselben Krankheit für maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gewährt.¹¹

Wichtig

Wenn Sie privat krankenversichert sind, ist Ihr Anspruch auf Krankengeld abhängig davon, ob Ihr privater Versicherungsvertrag dies mitumfasst, z. B. eine Krankentagegeldversicherung.

Gut zu wissen

Nicht alle Krankenkassen weisen darauf hin, dass Patient:innen sich von den Zuzahlungen befreien lassen können. Fragen Sie daher bei Ihrer Krankenkasse nach und lassen Sie sich das entsprechende Antragsformular aushändigen oder zuschicken! Viele Krankenkassen stellen das Formular zur Zuzahlungsbefreiung auch auf ihrer Internetseite zum Herunterladen zur Verfügung.

Tipp

Sie waren länger krank und haben Sorge, nicht gleich wieder 100%ig in den Job einsteigen zu können? Dafür gibt es das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Hier wird nach und nach die Arbeitszeit erhöht, bis Sie wieder Vollzeit arbeiten können. Dies kann sich über mehrere Wochen bzw. Monate ziehen.¹²

Entlastung im Alltag: Anspruch auf Ausgleich und Teilhabe bei Schwerbehinderung

Als „behindert“ oder „schwerbehindert“ bezeichnet sich kaum jemand gerne – denn nach wie vor sind damit viele negative Vorstellungen verbunden.

Doch Sie sollten sich dadurch nicht abschrecken lassen: Wenn Sie durch Ihre Rheumatoide Arthritis oder Psoriasis-Arthritis stark beeinträchtigt werden, kann dadurch ein Anspruch auf einen gewissen Ausgleich entstehen. Nutzen Sie diese Vorteile und Entlastungen!

Ansprechpartner:innen sind insbesondere die **Versorgungs- oder Integrationsämter**. Sie sind auch für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises zuständig. Sogenannte Ansprechstellen sollen u. a. zu einer entsprechenden Antragstellung und möglichen Leistungen beraten.¹³ Auch die sogenannte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung stellt ein weiteres wichtiges Informations- und Beratungsangebot für Betroffene dar.¹⁴ Sehen Sie dazu auch die „Ansprechpartner:innen und Adressen“ auf Seite 30.

Nicht überall in der Bundesrepublik wird die Bezeichnung „Versorgungsamt“ oder „Integrationsamt“ verwendet. In Niedersachsen beispielsweise werden diese Aufgaben unter dem Dach des „Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie“ wahrgenommen. In Bremen heißt die zuständige Behörde „AVIB – Amt für Versorgung und Integration Bremen“, in Bayern ZBFS-Inklusionsamt.

Gut zu wissen

2019 lebten in Deutschland 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen. Damit sind 9,5% der gesamten Bevölkerung in der Bundesrepublik schwerbehindert.

Wie wird „behindert sein“ definiert?

Nach dem SGB IX sind Menschen mit Behinderungen „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“¹⁵

Kennzeichen des Schwerbehindertenausweises

Ein Schwerbehindertenausweis soll nicht ausgrenzen – ganz im Gegenteil: Er soll dazu beitragen, dass Sie weiterhin am (Arbeits-)Leben teilhaben können. Bedenken Sie auch: Sie allein entscheiden, wem Sie mitteilen, dass Sie schwerbehindert sind – Familie, Freund:innen oder auch Kolleg:innen.

Ob eine Schwerbehinderung vorliegt, überprüft das zuständige **Versorgungsamt** (s. linke Seite). Dazu müssen Sie einen Antrag stellen. Am besten senden Sie mit Ihrem Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft auch gleich alle Ihnen vorliegenden Berichte der Ärzt:innen, Befunde etc. in Kopie an das Versorgungsamt. Dies kann die Bearbeitung beschleunigen.

» Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) darf niemand wegen seiner oder ihrer Behinderung benachteiligt werden, z. B. beim Zugang zur Erwerbstätigkeit. «

Die Schwere der Behinderung wird als Grad der Behinderung (GdB) in Zahlen ausgedrückt. Der GdB wird in 10er-Schritten gestaffelt und kann zwischen 20 und 100 liegen. Ab einem GdB von 50 gilt man als schwerbehindert¹⁶ und erhält einen Schwerbehindertenausweis.



Tipp

Liegt der GdB unter 50, aber bei mindestens 30, können Sie bei der Agentur für Arbeit einen Antrag auf sogenannte Gleichstellung stellen. Mehr dazu auf Seite 16.

Der **Grad der Behinderung** (GdB) wird ermittelt aufgrund

- der Berichte der Ärzt:innen, die Sie ambulant oder stationär behandelt haben,
- der Unterlagen von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
- der Befunde von Integrations- oder Gesundheitsämtern und anderen ärztlichen Diensten, z. B. dem Medizinischen Dienst Ihres Bundeslandes (früher Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) oder der Amtsärztin bzw. dem Amtsarzt.

Um dem Versorgungsamt ein komplettes Bild Ihrer Beeinträchtigungen zu geben, können Sie auch auf einem Extrablatt Ihre Beschwerden und Einschränkungen im Alltag benennen. Z. B.: Können Sie Ihren Haushalt noch selber führen? Können Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen?





Welche Merkzeichen sind wichtig?

Es gibt verschiedene sogenannte Merkzeichen, die in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können. Für Patient:innen mit Rheumatoider Arthritis oder Psoriasis-Arthritis sind die folgenden Merkzeichen am wichtigsten:

- **Merkzeichen „G“**
Dies bedeutet, dass jemand erheblich in seiner bzw. ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt (gehbehindert) ist. Dies ist der Fall, wenn man nicht mehr in der Lage ist, eine Gehstrecke von zwei Kilometern innerhalb einer Gehzeit von einer halben Stunde zu bewältigen.
- **Merkzeichen „aG“**
Dies liegt vor, wenn Sie sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb Ihres Kraftfahrzeuges bewegen können, wenn Sie z. B. auf einen Rollstuhl angewiesen sind („außergewöhnlich gehbehindert“).

Vorteile des Schwerbehindertenausweises

Ein Schwerbehindertenausweis bringt für Inhaber:innen zahlreiche Vorteile und Vergünstigungen, sogenannte Nachteilsausgleiche. Dazu gehören:

- **besonderer Kündigungsschutz**
Schwerbehinderte Menschen haben einen besonderen Kündigungsschutz. Besteht das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate, dann muss bei der Kündigung das Integrationsamt zustimmen.
- **zusätzliche Urlaubstage**
Schwerbehinderten Menschen steht eine zusätzliche Urlaubswoche (in der Regel fünf Tage) zu.
- **besondere Einstellungs-/Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber:innen**
Arbeitgeber:innen können für die Einstellung von schwerbehinderten Menschen z.B. Lohnkostenzuschüsse erhalten.

» Welches Integrationsamt für Sie zuständig ist und welche Leistungen im Detail möglich sind, erfahren Sie unter: www.integrationsaemter.de. «

- **Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung**
Ist z. B. ein ergonomischer Bürostuhl oder ein höhenverstellbarer Schreibtisch notwendig, kann dieser bezuschusst werden.
- **vorgezogene Altersrente ohne Abzug**
Wenn Sie nach 1964 geboren sind, können Sie mit 65 Jahren ohne Abschläge oder ab 62 Jahren mit Abschlägen in Rente gehen. Für die Jahrgänge 1952 bis 1963 erhöht sich die Altersgrenze schrittweise von 63 auf 65 Jahre bzw. für Renten mit Abschlägen von 60 auf 62 Jahre. Hier müssen allerdings weitere Voraussetzungen, wie die Erfüllung der sogenannten Wartezeit, d. h., Sie müssen Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt haben, vorliegen. Lassen Sie sich hierzu unbedingt von der Rentenversicherung beraten!

- **Steuerfreibetrag bzw. Pauschbeträge bei Einkommens- und Lohnsteuer**
 - Zum Beispiel können bereits ab einem GdB von 20 Steuerfreibeträge bzw. Pauschbeträge geltend gemacht werden.
 - Zum Beispiel können beim Vorliegen des **Merkzeichens „G“** eine Kfz-Steuer-Ermäßigung von 50 % bzw. Vergünstigungen bei Bus und Bahn geltend gemacht werden.
 - Zum Beispiel können beim Vorliegen des **Merkzeichens „aG“** eine Steuerermäßigung bzw. -wegfall insbesondere bei der Kfz-Steuer bzw. Vergünstigungen bei der Nutzung von Bus und Bahn und besondere Parkgenehmigungen, z. B. für Behindertenparkplätze, in Betracht kommen.

Berufliche Integration

Viele schwerbehinderte Menschen können und möchten weiterhin im Berufsleben stehen. Dafür gibt es Unterstützung. Die Integrationsämter beraten dazu sowohl Arbeitnehmer:innen als auch Arbeitgeber:innen. Sie geben z.B. Tipps, wie sich ein behindertengerechter Arbeitsplatz einrichten lässt und welche Bezuschussungen möglich sind.

Sie können sich auch direkt an Ihren Arbeitgeber oder Ihre Arbeitgeberin, Ihre Vorgesetzten bzw. die Personalabteilung wenden. Wenn Sie in einem größeren Unternehmen beschäftigt sind, gibt es dort weitere Beratungsstellen, wie Betriebsrat, Betriebsärztin oder Betriebsarzt, und eventuell eine Schwerbehindertenvertretung. Diese sind verpflichtet, Ihre berufliche Eingliederung zu fördern, z.B. durch Beratung bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels, zu möglicher Teilzeitarbeit oder zur Gestaltung behindertengerechter Arbeitsprozesse und Arbeitsplätze.

Wieder zurück ins (Arbeits-)Leben – Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB IX¹⁷ sollen die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen fördern und Benachteiligungen vermeiden.



Patient:innen werden auf ein möglichst unabhängiges Leben in Arbeit und Gesellschaft vorbereitet, damit sie in ihrer Lebensgestaltung so frei wie möglich werden können bzw. bleiben.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation soll die Erkrankung bessern oder verhindern, dass die Symptome weiter fortschreiten. Sowohl körperliche als auch seelische Beeinträchtigungen, die mit einer chronischen Erkrankung einhergehen können, werden dabei intensiv behandelt.

Bei Rheumatoider Arthritis und Psoriasis-Arthritis werden zur **Krankheits- und Schmerzbewältigung** u.a. eingesetzt:

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Patientenschulungen
- psychologische Hilfen
- Physiotherapie
- physikalische Behandlung
- Gangschulung
- medikamentöse Behandlung einschließlich Ein- und Umstellung
- begleitende Gruppenangebote zur Schmerzbewältigung oder Entspannung

Auch die arbeits- und sozialrechtliche Beratung kann Gegenstand der medizinischen Rehabilitation sein.

Die medizinische Rehabilitation übernimmt entweder die gesetzliche Krankenversicherung oder die gesetzliche Rentenversicherung. Ggf. kommen hier auch die Träger der Eingliederungshilfe in Betracht.

Ihre Krankenkasse ist dann Ihr Ansprechpartner, wenn Sie bereits in Rente sind. Die gesetzliche Rentenversicherung ist in der Regel die richtige Anlaufstelle, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden soll¹⁸ und dies durch eine medizinische Rehabilitation grundsätzlich auch zu erreichen ist. Außerdem müssen Sie eine sogenannte Wartezeit erfüllen, also insbesondere Versicherungsbeiträge geleistet haben.¹⁹ Da die Anforderungen von Fall zu Fall unterschiedlich sind, sollten Sie sich hierzu individuell von Ihrem Rentenversicherungsträger beraten lassen.

Was ist besser: ambulant oder stationär?

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen. Eine ambulante Erbringung hat Vorrang und wird auch mit dem Begriff „teilstationär“ bezeichnet. Beide Modelle haben Vor- und Nachteile. Während Sie bei der ambulanten/teilstationären Rehabilitation zu Hause bei der Familie bleiben können, haben Sie bei der stationären Rehabilitation die Möglichkeit, sich voll und ganz auf Ihre Genesung zu konzentrieren.

Überlegen Sie, welche Form für Sie und Ihre Gesundheit besser passt. Beachten Sie auch, dass Sie ein Mitspracherecht bei der Wahl der Einrichtung haben – Ihren berechtigten Wünschen muss der Kranken- bzw. Rentenversicherungsträger entsprechen!

Die Leistungen zur stationären Rehabilitation werden in der Regel höchstens für drei Wochen erbracht. Sie können aber verlängert werden, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Grundsätzlich kann die Rehabilitationsmaßnahme nur **alle vier Jahre** in Anspruch genommen werden, aber auch hier sind Ausnahmen möglich. Bei der stationären Rehabilitation ist zudem eine Zuzahlung zu leisten.

Tipp

Sie sind nicht im System der gesetzlichen Rentenversicherung, weil Sie selbstständig oder verbeamtet sind oder einem Versorgungswerk angehören, z.B. weil Sie Rechtsanwalt oder Rechtsanwältin sind? Dann sollten Sie sich wegen Rehabilitations- und Rentenleistungen an Ihre private Renten- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung, Ihre Dienstherrin bzw. Ihren Dienstherrn oder Ihr Versorgungswerk wenden.



Berufliche Rehabilitation

Sie machen sich Sorgen, weil Sie Ihren Beruf nicht mehr wie gewohnt ausführen können, oder sind sich nicht sicher, ob Sie den Wiedereinstieg in das Berufsleben ohne Unterstützung schaffen? Dann sind die berufliche Rehabilitation oder die sogenannten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sie interessant.²⁰ Kostenträger für eine berufliche Rehabilitation können die gesetzliche Rentenversicherung oder die Agentur für Arbeit sein. Ggf. kommen hier auch die Träger der Eingliederungshilfe in Betracht.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** ist zuständig,²¹ wenn

- Sie die sogenannte Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben,
- Sie bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder diese durch die berufliche Rehabilitation verhindert würde,
- die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erforderlich sind.

Die **Bundesagentur für Arbeit** ist zuständig, wenn

- hierfür kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist;²² z. B., wenn der Rentenversicherungsträger nicht zuständig ist, weil Sie nicht gesetzlich rentenversichert sind,
- Sie Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, sogenanntes Hartz IV, durch ein Jobcenter erhalten.

Damit Sie im Berufsleben einen aktiven Beitrag leisten können, stehen verschiedene Möglichkeiten bereit. Als Unterstützung werden u. a. angeboten:

- Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes, wie z. B. eine entsprechende Ausstattung und Ausrüstung,
- berufliche Weiterbildung und Anpassung,
- die berufliche Erstausbildung,
- finanzielle Hilfen wie die Übernahme der Kosten für den Lebensunterhalt, für Lernmittel, für Unterbringungskosten oder Arbeitsbekleidung oder -geräte, z. B. bei Weiterbildung.

Damit Sie die für Sie passende Maßnahme finden, sollten Sie sich beraten lassen. Sehen Sie dazu Seite 30 mit den Ansprechstellen und der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung.

Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen

Menschen, die einen Grad der Behinderung von 30 haben, aber keine anerkannte Schwerbehinderung, können bei der **Agentur für Arbeit** einen Antrag auf Gleichstellung stellen.²³ Dies ist dann möglich, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erhalten oder behalten könnten. Gleichgestellte behinderte Menschen genießen dann grundsätzlich denselben Schutz wie schwerbehinderte Menschen, insbesondere den **Kündigungsschutz**. Sie erhalten auch Hilfe bei der Arbeitsplatzausstattung, haben jedoch z. B. keinen Anspruch auf die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, Zusatzurlaub oder unentgeltliche Beförderung.

Gut zu wissen

Der Antrag auf Gleichstellung kann auch online gestellt werden: <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/gleichstellung>

Gut zu wissen

Zum Themenkreis der beruflichen Rehabilitation beraten die Beratungsfachkräfte der Agenturen für Arbeit. Hilfreich ist auch das „Merkblatt 12 – Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“ der Bundesagentur für Arbeit. Dieses und weitere Merkblätter zur Frage Behinderung und Berufstätigkeit finden Sie hier: <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/downloads-menschen-behinderungen>





Bei Arbeitsunfähigkeit: Rentenansprüche

Für den Fall, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr oder nur teilweise arbeiten können, besteht die Möglichkeit, eine sogenannte Erwerbsminderungsrente zu erhalten.

Dazu müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, das heißt, insbesondere die Wartezeit von fünf Jahren muss erfüllt sein und Sie dürfen das für Sie geltende Renteneintrittsalter noch nicht erreicht haben. Außerdem müssen zuerst die Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft werden.²⁴ Schwerbehinderte Menschen können zudem vorzeitig in Altersrente gehen.²⁵ Unterschieden wird zwischen einer teilweisen und einer vollen Erwerbsminderung:

- **Teilweise Erwerbsminderung** liegt vor, wenn Sie zwischen drei und sechs Stunden täglich arbeiten können.²⁶ Die Rentenhöhe beläuft sich dann auf 50% jener Rente, die Sie bei voller Erwerbsminderung oder als Altersrente erhalten werden. Hier wird davon ausgegangen, dass diese Rente und eine Teilzeitbeschäftigung ausreichen, um den Lebensunterhalt zu sichern.

- **Volle Erwerbsunfähigkeit** liegt vor, wenn Sie wegen Krankheit oder Behinderung weniger als drei Stunden täglich arbeiten können.²⁶ In diesen Fällen erhalten Sie die volle Rente bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, die abhängig vom Geburtsdatum zwischen 65 und 67 Jahren liegt.

Für Personen, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gibt es zudem noch die „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit“ nach SGB VI.²⁷ Falls Sie zu diesem Personenkreis gehören, lassen Sie sich hierzu beim Rentenversicherungsträger beraten!

Wichtig

Es gilt der Grundsatz: „Reha vor Rente“. Das heißt, dass zunächst die Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft sein müssen. Erst dann kommen Rentenleistungen in Betracht.

Wie hoch ist meine Rente?

Die tatsächliche Höhe Ihrer Rente richtet sich nach den Jahren, in denen Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, und insbesondere nach der Höhe der Beiträge, die Sie eingezahlt haben. Daher ist die Rentenhöhe individuell. Der gesetzliche Rentenversicherungsträger verschickt jährlich eine Renteninformation an jeden Versicherten bzw. jede Versicherte. Darin ist Ihre Rentenhöhe aufgeführt.

Tipp

Weitere Informationen zur Erwerbsminderungsrente finden Sie unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html.

Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens: Pflegeversorgung



Im Verlauf der Rheumatoiden Arthritis bzw. der Psoriasis-Arthritis kann es dazu kommen, dass Sie auf Pflegeleistungen angewiesen sind.

Insbesondere in den Bereichen der Mobilität, z. B. des Gehens oder Treppensteigens, der Selbstversorgung, z. B. der Körperhygiene, oder auch der hauswirtschaftlichen Versorgung, z. B. des Einkaufens, kann eine Unterstützung notwendig werden. Diesen Bedarf soll die Pflegeversicherung decken. Wenn Sie also dauerhaft Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen, dann haben Sie Ansprüche auf pflegerische Versorgungsleistungen.

Zuständig für die Leistungen der Pflegeversicherung sind die **Pflegekassen**. Diese sind bei Ihrer Krankenkasse angesiedelt. Pflegeleistungen beantragen Sie direkt bei der Pflegekasse.

Pflegestützpunkte

Die Pflegekassen sind laut Gesetz verpflichtet,²⁸ Sie über Ihre Ansprüche zu beraten. Darüber hinaus bieten die sogenannten Pflegestützpunkte wohnortnah eine individuelle Beratung und Hilfestellung an.²⁹ Eine Pflegeberaterin oder ein Pflegeberater klärt Sie dort auf, welche Sozialleistungen und Hilfsangebote für Sie in Frage kommen. Besonders praktisch: Die Beratung erfolgt unabhängig und neutral. So können Sie sich einen guten Überblick verschaffen, welche Leistungen es gibt und wie Sie diese erhalten. Nutzen Sie diese wertvollen Tipps!

Tipp

Welcher Pflegestützpunkt für Sie am besten erreichbar ist, erfahren Sie unter www.zqp.de/beratung-pflege, der Seite des Zentrums für Qualität in der Pflege.

Gut zu wissen

Sie sind nicht in der Pflegeversicherung versichert, Sie erreichen die Vorversicherungszeit nicht? Dann könnte für Sie die Hilfe zur Pflege nach SGB XII³⁰ in Betracht kommen. Diese Leistung ist als Sozialhilfeleistung abhängig davon, ob Sie Einkommen oder Vermögen haben. Hierzu beraten Sie die Kommunen, z. B. die Gesundheits- oder Sozialämter.





Tipp

Wie ein Pflegetagebuch aussehen kann, finden Sie hier: <https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/pflege/SoVD-Pflegetagebuch-barrierefrei.pdf>

Pflegegrade, Begutachtungsverfahren und Hausbesuch

Welche Leistungen Sie erhalten, ist davon abhängig, in welchem Umfang Sie Unterstützung benötigen. Darüber gibt der Pflegegrad Auskunft. Für die Feststellung des Pflegegrades ist entscheidend, wie selbstständig eine Person ihren Alltag bewältigen kann und wobei sie auf Hilfe angewiesen ist.

Ihre Pflegekasse beauftragt den **Medizinischen Dienst (MD, früher: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)** damit, zu beurteilen, ob Sie im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig sind bzw. welcher Pflegegrad bei Ihnen vorliegt. Dazu kommt ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des MD – eine Pflegefachkraft oder ein Arzt bzw. eine Ärztin – in der Regel zu Ihnen nach Hause. Das Gutachten des MD ist dann Grundlage für die Entscheidung der Kasse über Ihre Pflegeleistungen. Den Leistungsbescheid erhalten Sie direkt von Ihrer Pflegekasse.

» Ein Pflegetagebuch kann einen guten Eindruck Ihrer tatsächlichen Pflegebedürftigkeit geben. «

Welche Bereiche betrachten die MD-Gutachter:innen?

Die Gutachter:innen bewerten die Selbstständigkeit und Fähigkeiten in folgenden sechs Bereichen:

- **Mobilität**
Wie selbstständig können Sie z. B. aus dem Bett bzw. von einem Stuhl aufstehen, Treppen steigen oder sich in Ihrer Wohnung bewegen?
- **kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Wie gut können Sie sich orientieren, Dinge merken oder Risiken und Gefahren erkennen?
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Hier geht es darum, inwieweit Sie Ihr Verhalten und Handeln aktiv steuern können.
- **Selbstversorgung**
Wie selbstständig können Sie sich waschen, essen und sich anziehen?

- **Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen**
Die Gutachter:innen möchten wissen, wie selbstständig Sie die Krankheit und die damit einhergehende Therapie bewältigen können und ob Sie dabei wegen körperlicher oder geistiger Einschränkungen Unterstützung benötigen.
- **Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte**
Hier geht es darum, wie selbstständig Sie Ihren Tagesablauf gestalten können und ob Sie dabei wegen körperlicher oder geistiger Einschränkungen Unterstützung benötigen.

Anhand eines Punktesystems erfolgt dann die Zuordnung zu einem von insgesamt fünf Pflegegraden.

Wie bereite ich mich am besten auf die Begutachtung durch den MD vor?

Die wenigsten Menschen geben gerne zu, dass sie alltägliche Dinge, wie das eigenständige Waschen oder Zähneputzen, Kartoffelschälen oder den Gang zur Toilette, nicht mehr oder nicht mehr gut eigenständig bewerkstelligen können. Doch der MD möchte beim Hausbesuch Ihren tatsächlichen Unterstützungsbedarf ermitteln. Übertriebene Tapferkeit ist daher fehl am Platz! Scheuen Sie sich nicht, Ihren Hilfebedarf einzuräumen! Denn gerade hierfür soll die Pflegeversicherung Unterstützung bieten.

Hilfreich ist, wenn die Person oder die Personen, die Sie bislang unterstützt oder versorgt haben, beim Besuch des MD anwesend sein können. Legen Sie auch Ihre Medikamente und von Ihnen genutzte Hilfsmittel sowie Berichte von Ärzt:innen und dem Krankenhaus bereit. Auch das Führen eines Pflegetagebuches, z. B. über die vergangenen zwei bis vier Wochen vor der Begutachtung, kann sehr hilfreich sein.

» Die Pflege von Angehörigen bringt oft viele Fragen mit sich: Lassen Sie sich von den Pflegestützpunkten beraten! «

Ambulante und stationäre pflegerische Versorgung

Wenn Sie sich zu Hause versorgen lassen möchten, haben Sie die Wahl zwischen der sogenannten Pflegesachleistung und dem Pflegegeld.

Bei der **Pflegesachleistung**³¹ werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut, der durch die Pflegekasse vergütet wird. Der Umfang der Leistung ist abhängig von Ihrem festgestellten Pflegegrad – je höher der Pflegegrad, desto mehr Leistungen erhalten Sie pro Monat.

Wählen Sie das **Pflegegeld**³² als Leistung, wird die Pflegekasse Ihnen einen Geldbetrag überweisen, von dem Sie Ihre Pflegeleistungen selber „einkaufen“ können. Vielleicht werden Sie durch einen Angehörigen bzw. eine Angehörige oder einen Nachbarn bzw. eine Nachbarin unterstützt? Dann können Sie dieses Pflegegeld z.B. an diesen bzw. diese weitergeben. Auch hier richtet sich die Höhe der Leistung nach dem Pflegegrad.

Pflegebedürftige haben auch einen Anspruch auf einen sogenannten **Entlastungsbetrag** in Höhe von 125 €. Diesen können auch Personen mit **Pflegegrad 1** erhalten. Dieser Betrag ist zweckgebunden für Leistungen zur Unterstützung im Alltag, z. B. bei der Haushaltsführung.

Die Pflegeversicherung bietet auch Leistungen bei **stationärer Versorgung** in einer Einrichtung. Diese kann teil- oder vollstationär erfolgen. Die Höhe der Leistung ist auch hier abhängig vom Pflegegrad.

| Pflegegrad | monatliche Leistung | | |
|------------|---------------------|------------|-----------------------|
| | Pflegesachleistung | Pflegegeld | vollstationäre Pflege |
| 2 | 724 € | 316 € | 770 € |
| 3 | 1.363 € | 545 € | 1.262 € |
| 4 | 1.693 € | 728 € | 1.775 € |
| 5 | 2.095 € | 901 € | 2.005 € |

Gut zu wissen

Die Pflegeversicherung kann auch die Verbesserung des Wohnumfeldes fördern, wenn Sie z. B. das Bad pflegegerecht umgestalten. Hier können Zuschüsse bis zu 4.000 € gewährt werden.

Kann ich Pflegesachleistung und Pflegegeld kombinieren?

Wenn der Betrag, den der Pflegedienst im Monat abrechnen kann, also die Pflegesachleistung, noch nicht ausgeschöpft ist, können Sie das übrige Budget als Pflegegeld für Ihre Pflegeperson verwenden. Dieser Mix wird Kombinationsleistung genannt. Sie können sich also z. B. morgens bei der Grundpflege, wie Waschen und Anziehen, durch einen professionellen Pflegedienst unterstützen lassen und abends zum Zu-Bett-Gehen oder für die hauswirtschaftliche Versorgung eine Angehörige oder einen Angehörigen um sich haben. Wenn z. B. für die Sachleistung 60% des Budgets verbraucht werden, können die restlichen 40% als Pflegegeld ausbezahlt werden.³³

Leistungen für pflegende Angehörige³⁴

Häufig übernehmen Angehörige die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld. Auch diese können verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, die es leichter machen, diese Aufgabe zu bewältigen. Dazu gehören:

- Möglichkeit der Versicherung in der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung,
- Pflegekurse,
- Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz.





Tipps und Formulierungshilfen: häufige Fragen zur Antragstellung

Lassen Sie sich von Gesetzestexten, Behördendeutsch und Papierkram nicht abschrecken – in vielen Fällen können Sie Ihre Leistungen recht unkompliziert beantragen oder erhalten dabei Hilfe.

Gerade das Sozialrecht ist sehr bürgerfreundlich und soll Sie dabei unterstützen, Ihre Ansprüche durchzusetzen. Um Ihnen die Arbeit zu erleichtern, haben wir in diesem Kapitel häufige Fragen rund um die Antragstellung zusammengestellt und geben Ihnen Tipps und Beispiele für Formulierungen.

Lohnt es sich für mich überhaupt, einen Antrag zu stellen?

Auch wenn Sie bei einem Leistungsträger mündlich die Auskunft erhalten, dass Ihnen eine Leistung wahrscheinlich nicht zusteht, sollten Sie einen Antrag stellen. Dieser kostet Sie etwas Zeit, die sich aber sehr bezahlt machen kann. Insbesondere bekommen Sie in diesem Fall einen schriftlichen und begründeten Bescheid, der Ihnen die Entscheidung der Behörde erläutert.

Wie stelle ich einen Antrag?

Damit Sie eine sozialrechtliche Leistung erhalten, müssen Sie in aller Regel einen Antrag stellen. Oft gibt es dazu Formblätter. Für den „Erstantrag“ reicht aber häufig ein kurzes formloses Schreiben. Ein zusätzlicher Vorteil dabei: In manchen Fällen ist der Beginn der Leistung abhängig vom Antragsdatum. Daher sollten Sie diesen zunächst formlosen schriftlichen Antrag in Erwägung ziehen und auch um eine Eingangsbestätigung bitten.

Beispiel

„Hiermit beantrage ich die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.“ Die Behörde – im Beispielfall das zuständige Versorgungsamt – wird Ihnen dann die entsprechenden Formulare zusenden.

Wie finde ich die richtigen Ansprechpartner:innen für meinen Antrag?

Ist für die Reha-Maßnahme nun die Krankenkasse oder die Rentenversicherung zuständig? Manchmal ist es schwierig herauszufinden, wer der richtige Leistungsträger ist. Aber lassen Sie sich davon nicht entmutigen! Selbst wenn Sie Ihren Antrag bei der falschen Stelle abgeben, macht das nichts. Denn laut Gesetz³⁵ muss dieser Leistungsträger, also z. B. die Krankenkasse, Ihren Antrag an die zuständige Stelle, also z. B. die Rentenversicherung, weiterleiten.



Wie soll ich meinen Antrag am besten begründen?

Welche Informationen verlangt werden, geben die Formulare meist sehr deutlich vor. Weitere Erklärungen darüber hinaus müssen Sie nicht unbedingt einfügen. Denn Sie müssen Ihren Antrag auf Sozialleistungen gar nicht begründen: Im Sozialrecht gilt der sogenannte Amtsermittlungsgrundsatz, auch als Untersuchungsgrundsatz³⁶ bezeichnet. Dies bedeutet, dass die Behörde den Sachverhalt „von Amts wegen“ ermitteln muss. Der Leistungsträger muss also auch alle für Sie günstigen Umstände und Fakten ermitteln und bei seiner Entscheidung berücksichtigen. Dies gilt übrigens auch für die Sozialgerichte.

Aber natürlich sollten Sie versuchen, alle Informationen, die Ihren Antrag stützen, auch mitzuteilen. Das können Sie einfach in Ihren eigenen Worten tun. Es hilft, sich dabei in die Lage der Sachbearbeiterin bzw. des Sachbearbeiters oder der RichterIn bzw. des Richters zu versetzen und zu überprüfen, ob diese Person damit alle Informationen hat, die für Ihren Fall wichtig sind.

Ich habe meinen Antrag gestellt. Wie geht es jetzt weiter?

Der Leistungsträger wird jetzt Ihren Antrag prüfen. Möglicherweise wird er noch weitere Unterlagen von Ihnen verlangen. Es kann auch sein, dass er für den Antrag nicht zuständig ist und diesen daher an den zuständigen Leistungsträger weiterleitet. Wenn der Leistungsträger eine Entscheidung gefällt hat, wird er Ihnen einen schriftlichen Verwaltungsakt – einen Leistungsbescheid – zukommen lassen. Durch diesen Bescheid wird die Leistung gewährt, in Teilen gewährt oder abgelehnt. Wenn die Leistung abgelehnt oder in Teilen abgelehnt wird, haben Sie Möglichkeiten, sich gegen diese Entscheidung zu wehren und einen sogenannten Widerspruch zu erheben.

Für die Bearbeitung gibt es bestimmte Fristen. Sollte der Leistungsträger Ihren Antrag nicht innerhalb von sechs Monaten entscheiden, haben Sie die Möglichkeit, eine sogenannte Untätigkeitsklage zu erheben³⁷ und sich damit direkt an das Sozialgericht zu wenden. Manchmal kann es bereits hilfreich sein, dem Leistungsträger eine Frist zur Entscheidung des Antrages zu setzen und auf die Möglichkeit der Untätigkeitsklage hinzuweisen.

Wie kann ich gegen eine Entscheidung Widerspruch einlegen?

Dazu müssen Sie einige formale Voraussetzungen beachten. Der Widerspruch muss schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle erhoben werden, die den Verwaltungsakt erlassen hat – also in der Regel die Behörde, von der Sie Ihren Bescheid erhalten haben.³⁸ Zur Niederschrift bedeutet, dass Sie bei dem Leistungsträger persönlich erscheinen und dem dortigen Sachbearbeiter bzw. der dortigen Sachbearbeiterin Ihren Widerspruch mitteilen können. Er oder sie ist verpflichtet, ihn aufzunehmen. Versichern Sie sich in diesem Fall, dass der Widerspruch schriftlich festgehalten wird, und unterschreiben Sie diesen. Sie können einen Widerspruch aber sehr einfach selbst formulieren und der zuständigen Stelle zukommen lassen.

Wie lange kann ich Widerspruch einlegen?

Unbedingt beachten müssen Sie, dass der Widerspruch nur binnen einer Frist von **einem Monat** erhoben werden darf. Ist dieser Monat verstrichen, gibt es kaum eine Möglichkeit, gegen eine Entscheidung vorzugehen. Sie können aber natürlich jederzeit eine Leistung abermals beantragen!

Muss ich meinen Widerspruch begründen?

Sie müssen Ihren Widerspruch nicht begründen. Wenn Sie das aber tun möchten, dann können Sie vorher von Ihrem Akteneinsichtsrecht³⁹ Gebrauch machen. Vielleicht fehlen bestimmte ärztliche Begutachtungen? Vielleicht haben die Ärzt:innen keine hinreichenden Auskünfte gegeben? Dies erfahren Sie, wenn Sie Einblick in die Akte nehmen. So wissen Sie, welche Grundlagen die Behörde für ihre Entscheidung herangezogen hat, und können Ihren Widerspruch sinnvoll begründen.

Ich habe gegen eine Entscheidung Widerspruch eingelegt. Was passiert jetzt?

Die Behörde prüft Ihren Widerspruch und Ihren Anspruch erneut. Wenn sie feststellt, dass Sie einen Anspruch auf die Leistung haben, dann wird Sie Ihrem Antrag stattgeben und Ihrem Widerspruch abhelfen (sogenannter Abhilfebescheid). Wenn der Leistungsträger nach wie vor der Auffassung ist, dass Ihnen die Leistung nicht zusteht, wird er die Leistung in einem Widerspruchsbescheid erneut ablehnen. Gegen diesen können Sie gegebenenfalls mit einer Klage vor dem Sozialgericht vorgehen.

Beispiel für einen Widerspruch

Absender:in
Vorname Name
Straße Nummer
PLZ Ort

Adresse
Versorgungsamt Ort
Vorname Name
Straße Nummer
PLZ Ort

Ort, Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum eintragen]
Aktenzeichen [Aktenzeichen hier eintragen]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum eintragen] bzgl. der Feststellung des Grades der Behinderung nach dem SGB IX.

Entgegen Ihrem Bescheid bin ich der Auffassung, dass hier ein höherer GdB festzustellen ist.
[Begründung angeben, falls formulierbar]

Mit freundlichen Grüßen
[Name eintragen]

Unterschrift

Ansprechpartner:innen und Adressen

**Ansprechstellen für
Rehabilitation und Teilhabe**
www.ansprechstellen.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Integrationsämter und
Hauptfürsorgestellen (BIH)**
https://www.bih.de/integrationsaemter/

Bundesagentur für Arbeit
Kostenloses Service-Telefon:
0800 4555500
www.arbeitsagentur.de

Deutsche Rentenversicherung
Kostenloses Service-Telefon:
0800 10004800
www.deutsche-rentenversicherung.de

**Deutsche Rheuma-Liga
Bundesverband e. V.**
Welschnonnenstraße 7
53111 Bonn
Tel.: 0228 766060
www.rheuma-liga.de

**Ergänzende unabhängige
Teilhabeberatung (EUTB)
zum Bundesteilhabegesetz**
www.teilhabeberatung.de

Krankengeldrechner – Seite der TK
https://www.tk.de/techniker/leistungen-
und-mitgliedschaft/informationen-ver-
sicherte/leistungen/weitere-leistungen/
krankengeld-arbeitnehmer/hoehe-krank-
engeld-arbeitnehmer-2006214

**Pflegestützpunkte in Deutschland –
Seite des Zentrums für Qualität in
der Pflege**
www.zqp.de/beratung-pflege

**Zuzahlungsrechner – Seite des ApoNet –
offizielles Gesundheitsportal der
deutschen Apotheker/-innen**
https://www.aponet.de/service/kranken-
kasse/zuzahlungsrechner



Quellennachweise

1. Vgl. §§ 13–15 SGB I.
2. § 32 SGB V.
3. § 33 SGB V.
4. Vgl. insoweit die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2. Teil – Heilmittel, in Kraft getreten am 22.1.2022, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2717/HeilM-RL_2021-10-21_iK-2022-01-22.pdf; Abrufdatum: 11.2.2022.
5. Vgl. die Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 1.4.2021, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/Hilfsm-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf, Abrufdatum: 11.2.2022, und insbesondere das Hilfsmittelverzeichnis, zu finden unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp>; Abrufdatum: 11.2.2022.
6. Vgl. § 37 SGB V.
7. Vgl. § 62 SGB V.
8. § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz.
9. § 44 SGB V.
10. Vgl. § 47 SGB V.
11. Vgl. § 48 SGB V.
12. § 167 Abs. 2 SGB IX.
13. § 12 SGB IX.
14. § 32 SGB IX.
15. § 2 Abs. 1 SGB IX.
16. § 2 Abs. 2 SGB IX.
17. Vgl. § 1 SGB IX.
18. KassKomm/Kater, § 15 SGB VI, Rn. 5.
19. Vgl. § 11 SGB VI.
20. Vgl. § 16 SGB VI.
21. Vgl. im Einzelnen § 11 SGB VI.
22. Brand/Karmanski, § 112 SGB III, Rn. 11.
23. Vgl. § 151 SGB IX.
24. Vgl. § 9 SGB VI.
25. Vgl. § 37 SGB VI.
26. Vgl. § 43 SGB VI.
27. § 240 Abs. 2 SGB VI.
28. § 7 SGB XI.
29. § 7c SGB XI.; siehe auch §§ 7a und b SGB XI.
30. §§ 61 ff. SGB XII.
31. § 36 SGB XI.
32. § 37 SGB XI.
33. § 38 SGB XI.

34. § 44 SGB XI.
35. Vgl. § 16 SGB I.
36. Vgl. § 20 SGB IX.
37. Vgl. § 88 SGG (Sozialgerichtsgesetz).
38. Vgl. § 84 SGG.
39. § 25 SGB X.

Bildquellen

Adobe Stock
Seite 12: 234490327 (schulzie)

iStock
Titelseite: 1007121872 (seb_ra)
Seite 2: 889031464 (PeopleImages)
Seite 15: 805089584 (gradyreese)
Seite 17: 658902958 (Wavebreakmedia)
Seite 18: 1239191433 (baona)
Seite 21: 1279019206 (Drazen Zigic)
Seite 22: 1333916370 (Paperkites)
Seite 25: 1206364841 (vorDa)
Seite 26: 1209334796 (filadendron)
Seite 30: 1214216104 (PeopleImages)

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Arnulfstraße 29

80636 München

www.bms.com/de

Patient:innen-Hotline: 0800 0752002

Weiterführende Informationen finden Sie auf den Patient:innenportalen

Rheumatoide Arthritis

<https://link.b-ms.de/Patientenportal-Rheuma>



Psoriasis-Arthritis

<https://link.b-ms.de/Patientenportal-PsA>



Bitte den passenden QR-Code einfach mit Ihrer Smartphone-Kamera scannen