WEGWEISER SOZIALLEISTUNGEN

FÜR MENSCHEN MIT LUPUS ERYTHEMATODES

INHALT

VORWORT	4
DIE BERATER	5
RUND UM DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG	6
ZURÜCK IN DEN ALLTAG	16
DIE FINANZIELLE ABSICHERUNG	21
EINE KLEINE ERLEICHTERUNG	29
WENN PFLEGE NOTWENDIG WIRD	37
WAS IST ZU TUN, WENN LEISTUNGEN ABGELEHNT WERDEN?	48

VORWORT

Liebe Leserin,
lieber Leser,

mit einer chronischen Erkrankung wie Lupus erythematodes zu leben, kann bedeuten, dass Sie sich im Laufe der Zeit an neue Lebensumstände anpassen müssen.

Das können viele Kleinigkeiten oder auch größere Umstände sein, die Sie aus eigener Kraft ausgleichen können oder mit der Hilfe anderer. Ist dies nicht möglich, hilft glücklicherweise die Krankenkasse, die Pflegekasse, die Rentenversicherungsträger ...

Wer unter welchen Voraussetzungen wie hilft, ist nicht immer leicht zu verstehen. In dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick darüber verschaffen, welche Leistungen Ihnen möglicherweise zustehen und auf welchem Wege Sie diese in Anspruch nehmen können.

Neben zahlreichen sachlichen Informationen sind die Kapitel mit hilfreichen Tipps „gespickt".

Alles Gute für Sie!

DIE BERATER

DR. CAROLIN TILLMANN
PÄDAGOGIN

Diplom-Pädagogin und Heilpädagogin Dr. phil. Carolin Tillmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Sozial- und Rehabilitationspädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft der Philipps-Universität Marburg. In Forschung und Ehrenamt beschäftigt sie sich u. a. mit den psychosozialen Aspekten des Lupus erythematodes und gibt ihre Erkenntnisse in dieser Broschüre mit hilfreichen Tipps an die Leser weiter.

DR. ASTRID VON EINEM
RECHTSANWÄLTIN

Rechtsanwältin Dr. Astrid von Einem ist Fachanwältin für Medizin- und Sozialrecht in Köln. Sie hat sich auf die Beratung und Vertretung von Patienten spezialisiert. In der vorliegenden Broschüre gibt sie hilfreiche Hinweise und Tipps aus ihrer Beratungpraxis.

RUND UM DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG –
DIE LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten von ihrer Krankenkasse nicht nur ambulante und stationäre Behandlung sowie Arzneimittel, es bestehen auch Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege und sogar die Finanzierung einer Haushaltshilfe hinzukommen.

DIE HILFSMITTELVERSORGUNG (§ 33 SGBV)

LEISTUNGEN

Hilfsmittel sind ärztlich verordnete Dinge, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen sollen. Hierzu zählen beispielsweise Gehhilfen oder Rollstühle. Die Hilfsmittel, die die behandelnden Ärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinischer Notwendigkeit verordnen dürfen, sind im sogenannten Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Im Einzelfall kann aber auch ein Anspruch auf eine Versorgung mit solchen Hilfsmitteln bestehen, die nicht ausdrücklich im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind.

Keine Leistungspflicht besteht demgegenüber bei Gegenständen des täglichen Gebrauchs, wie z. B. Sonnenschutzkleidung, Sonnenhüte oder Sonnenschirm. Auch Hilfen, die einen geringen therapeutischen Nutzen haben oder zu einem geringen Abgabepreis erhältlich sind, werden nicht übernommen.

Das Hilfsmittelverzeichnis wird im Bundesanzeiger sowie auf den Seiten des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht (einzusehen hier: www.hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action). Der Gesetzgeber sieht im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eine grundlegende Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses vor. Zudem soll künftig sichergestellt werden, dass die Aktualität des Hilfsmittelverzeichnisses gewährleistet ist.

TIPP ANWÄLTIN

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, über die gesetzlich vorgesehenen Leistungen hinausgehende Leistungen in der Satzung festzulegen. Darunter können beispielsweise Leistungen der Osteopathie oder Homöopathie fallen. Die Krankenkassen können aber auch Verbesserungen bei der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege oder einer Haushaltshilfe gewähren.

Ein Blick in die Satzung der jeweiligen Krankenkasse lohnt sich also immer.

TIPP ANWÄLTIN

Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend. Es handelt sich keineswegs um einen Leistungskatalog, sondern lediglich um eine Orientierungshilfe für Ihre verordnenden Ärzte. Im Einzelfall können Ihnen auch Hilfsmittel verordnet werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, um den Erfolg Ihrer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, im Rahmen ihrer jeweiligen Satzung, weitere Hilfsmittel zu gewähren. Im Einzelfall können die behandelnden Ärzte und die Krankenkassen weitere Informationen über solche Satzungsmehrleistungen geben.

Teilweise vereinbaren die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel. Gehen die Kosten im Einzelfall über diese Festbeträge hinaus, so müssten Sie die Differenz selbst tragen. Diese Zusatzkosten können Sie vermeiden: Die Krankenkassen geben Informationen darüber, wo Sie das verordnete Hilfsmittel ohne die sogenannte Aufzahlung erhalten.

Wenn Sie ein Hilfsmittel benötigen, muss dieses grundsätzlich zunächst einmal vom behandelnden Arzt verordnet werden. Hierzu muss sich dieser vorab ein Bild von Ihrem Zustand machen und Sie über den möglichen Einsatz von Hilfsmitteln informieren. Liegt Ihnen eine entsprechende Verordnung vor, können Sie sich das Hilfsmittel teilweise im Sanitätshaus oder in der Apotheke selbst beschaffen oder erhalten das Hilfsmittel direkt von Ihrer Krankenkasse.

Sie haben einen Anspruch auf Versorgung mit einem gebrauchsfertigen Hilfsmittel, also auch dem notwendigen Zubehör (z. B. Akkus und Ladegeräte). Wird Ihnen dieses nicht ausgehändigt, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse, da diese Ihre Hilfsmittelversorgung sicherstellen muss. Soweit erforderlich, muss die Krankenkasse Ihnen auch eine Unterweisung im Gebrauch des Hilfsmittels ermöglichen.

Teilweise werden Patienten von den Leistungserbringern dazu aufgefordert, weitere Gebühren, etwa für den Gebrauch des Hilfsmittels, zu zahlen. Da grundsätzlich nur die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen, und bei Überschreitung der Festbetragsgrenzen die Aufzahlungen, geleistet werden müssen, sollten Sie Verträge, die darüber hinausgehende Gebühren enthalten, immer kritisch prüfen und gegebenenfalls der Krankenkasse vorlegen, bevor Sie diese unterzeichnen.

Ist bei Ihnen ein Hilfsmittel nicht ordnungsgemäß angepasst worden oder erfüllt es aus anderen Gründen seine Funktion nicht, steht Ihr behandelnder Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung. Er überprüft, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt. Soweit erforderlich, muss er seine ursprüngliche Verordnung ändern oder ergänzen. Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung ist zudem vorgesehen, dass auch die Leistungserbringer, also beispielsweise die Sanitätshäuser, die Patienten bezüglich der geeigneten und von den Krankenkassen zu übernehmenden Hilfsmitteln beraten.

Ist Ihr Hilfsmittel defekt, wenden Sie sich zunächst einmal an den Leistungserbringer. Wird hier jedoch keine zeitnahe Abhilfe geschaffen, bitten Sie Ihre Krankenkasse um Klärung.

DIE HEILMITTELVERSORGUNG (§ 32SGB V)

LEISTUNGEN

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf Versorgung mit „Heilmitteln“. Heilmittel sind ärztlich verordnete Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern sollen, also beispielsweise die Physiotherapie oder Ergotherapie.

Im Heilmittelkatalog (abrufbar unter **www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2011-05-19_Heilmittelkatalog.pdf**) wird aufgeführt, welche Heilmittel bei bestimmten Indikationen verordnet werden dürfen. In der Anlage zur Heilmittelrichtlinie (abrufbar unter **www.g-ba.de/downloads/62-492-1399/HeilM-RL_2017-03-16_iK-2017-05-30.pdf**) sind bestimmte Heilmittel von der Verordnungsfähigkeit gänzlich ausgeschlossen.

Im Heilmittelkatalog lässt sich die im Regelfall zu verordnende Anzahl der Behandlungen nachschlagen. Ist bei Ihnen eine Behandlung aus Sicht Ihres Arztes auch nach Ausschöpfung der Regelbehandlung nicht abgeschlossen, so sind weitere Verordnungen möglich. Diese zusätzlichen Verordnungen bedürfen jedoch einer besonderen Begründung mit einer prognostischen Einschätzung Ihres Arztes.

Heilmittelkatalog

Anlage zur Heilmittelrichtlinie

TIPP **ANWÄLTIN**

Der systemische Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen und sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes gelten als schwere und dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigungen, sodass ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Das bedeutet, dass die behandelnden Ärzte bestimmte Heilmittel ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse für mindestens ein Jahr oder länger verordnen dürfen.

Weitere Informationen zur Feststellung des langfristigen Heilmittelbedarfs geben die behandelnden Ärzte sowie die gesetzlichen Krankenkassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt darüber hinaus eine Patienteninformation zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs heraus (www.g-ba.de/downloads/17-98-3382/2017-04-02_G-BA_Patienteninformation_langfristiger%20Heilmittelbedarf_bf.pdf). Diese enthält auch einen Musterantrag, der von Patienten genutzt werden kann.

LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE (§ 37 SGB V)

LEISTUNGEN

Häusliche Krankenpflege wird einerseits als „Krankenhaus-Ersatzpflege“ gewährt, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Andererseits wird häusliche Krankenpflege in Form der „Behandlungssicherungspflege“ gewährt, um ambulante ärztliche Behandlung durch pflegerische Maßnahmen mit medizinischem Charakter zu unterstützen, was zu einer Verkürzung der Behandlung und einer Verminderung des ärztlichen Aufwands führen soll.

Im Rahmen der Krankenhaus-Ersatzpflege erfassen die Leistungen die „Grund- und Behandlungspflege“ sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Die Leistungen werden jedoch grundsätzlich nur bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gewährt. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auch für einen längeren Zeitraum bewilligen. Voraussetzung ist jedoch, dass keine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen kann. Die Person muss nicht mit dem Versicherten verwandt sein; wesentlich ist, dass sich die Person nicht nur vorübergehend in dem Haushalt des Versicherten aufhält. Der Haushaltsangehörige muss objektiv in der Lage sein, die Pflege und Versorgung zu übernehmen. Darüber hinaus muss die Hilfeleistung aber auch subjektiv zumutbar sein. Dies ist jeweils im Einzelfall im Rahmen einer Interessenabwägung zu überprüfen.

Erforderlich ist in jedem Fall eine Verordnung durch den behandelnden Arzt. Die häusliche Krankenpflege muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Diese muss die Leistung vor deren Erbringung bewilligen. Wird eine Gewährung häuslicher Krankenpflege über einen Zeitraum von vier Wochen hinaus erforderlich, muss die Krankenkasse den MDK einschalten. Dieser führt dann eine Begutachtung durch.

Im Rahmen der Behandlungssicherungspflege werden nur Leistungen der Behandlungspflege erbracht. Es handelt sich hierbei um medizinische Hilfeleistungen nichtärztlicher Hilfspersonen, also beispielsweise das Verabreichen von Medikamenten, Infusionen und Spritzen, das Messen der Körpertemperatur, das Anlegen und Wechseln von Verbänden usw. Diese Leistungen der Behandlungspflege sind anders als die Leistungen der Krankenhaus-Ersatzpflege nicht auf einen Zeitraum von vier Wochen beschränkt.

TIPP ANWÄLTIN

Im Bereich der Behandlungssicherungspflege besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkasse Mehrleistungen in ihrer Satzung einräumt. Demnach kann auch im Rahmen der Behandlungssicherungspflege ein Anspruch auf Grundpflegeleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung bestehen. Wenden Sie sich diesbezüglich an Ihre Krankenkasse und bitten um eine Beratung bzw. Übersendung der Satzung.

Grundsätzlich ist es Ihnen auch möglich, selbstständig eine Ersatzkraft zu beschaffen und hierfür eine Kostenerstattung von der Krankenkasse zu erhalten. In jedem Fall ist auch hier ein vorheriger Antrag bei Ihrer Krankenkasse erforderlich.

DIE HAUSHALTSHILFE (§ 38 SGB V)

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die gesetzliche Krankenkasse sogar die Kosten für eine Haushaltshilfe.

VORAUSSETZUNGEN

Es besteht die Möglichkeit, eine Haushaltshilfe zu erhalten, wenn wegen einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eine Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist grundsätzlich, dass im Haushalt bei Leistungsbeginn ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Hier hat der Gesetzgeber eine weitere Verbesserung vorgesehen: Mittlerweile haben Versicherte, auch unabhängig von der Versorgung von Kindern, einen Anspruch auf eine Haushaltshilfe soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt und ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist.

Es handelt sich also um eine Maßnahme ergänzend zur Krankenhausbehandlung, die sicherstellen soll, dass vor allem stationäre Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden können und nicht aus Gründen scheitern, die speziell in der Haushaltssituation des Versicherten liegen. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor der Inanspruchnahme der Haushaltshilfe den Haushalt selbst geführt hat. Mithilfe Dritter – wie z. B. einer Reinigungskraft – in geringem Umfang ist für die Gewährung einer Haushaltshilfe keine Einschränkung.

Der Anspruch ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Die Weiterführung des Haushalts muss dem Haushaltsangehörigen zumutbar sein. Es kann einerseits nicht verlangt werden, dass sich der Haushaltsangehörige von einer Berufs- und Ausbildungstätigkeit beurlauben lässt, um den Haushalt zu führen; andererseits kann an arbeitsfreien Wochenenden und Feiertagen im Normalfall erwartet werden, dass ein Ehegatte unter Zurückstellung von Freizeitinteressen den Haushalt führt.

Grundsätzlich wird die Haushaltshilfe im Wege einer sogenannten Sachleistung gewährt, also dadurch, dass die Krankenkasse eine Haushaltshilfe stellt.

Im Einzelfall besteht auch die Möglichkeit, eine Erstattung der Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe zu erlangen. Dies ist beispielsweise möglich, wenn Kinder durch eine ihnen vertraute Person versorgt werden sollen oder die Haushaltshilfe geringere Kosten verursacht. Nicht erstattungsfähig sind jedoch die Kosten einer Ersatzkraft, die bis zum zweiten Grade mit dem Versicherten verwandt oder verschwägert ist. Der Gesetzgeber unterstellt bei diesen Angehörigen, dass die Hilfe wegen der familiären Bindungen unentgeltlich erfolgt. Verwandt bis zum zweiten Grad sind Eltern und Kinder, Großeltern, Geschwister und Enkel des Versicherten, verschwägert bis zum zweiten Grad sind die Eltern des Ehegatten und dessen nicht vom Versicherten stammenden Kinder, die Geschwister, Großeltern und nicht mit dem Versicherten verwandten Enkel des Ehegatten.

TIPP ANWÄLTIN

Möchten Sie Ihre Haushaltshilfe selbst beschaffen, ist eine vorherige (!) Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich. Nur so kann Ihre Krankenkasse prüfen, ob berechtigte Gründe für eine Selbstbeschaffung vorliegen. Sie laufen sonst Gefahr, die Kosten der Haushaltshilfe selbst tragen zu müssen.

Führt eine nicht in Ihrem Haushalt lebende Person, die weder mit Ihnen verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad ist, Ihren Haushalt weiter, so kann die Krankenkasse die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausfall ganz oder teilweise erstatten. Eine Kostenübernahme kommt aber nur bis zur Höhe der Kosten in Betracht, die bei Einstellung einer nicht verwandten oder verschwägerten Ersatzkraft entstanden wären. Da es sich um eine sogenannte Ermessensleistung Ihrer Krankenkasse handelt, sollten Sie die Kostenübernahme auch in diesem Fall zuvor mit der Krankenkasse klären.

Auch bei der Versorgung mit einer Haushaltshilfe können die Krankenkassen in ihren Satzungen verbesserte Leistungen vorsehen. Es lohnt sich also möglicherweise der Blick in die Satzung der Krankenkasse.

ZUZAHLUNGEN AUF EINEN BLICK (§ 61 FF. SGB V)

Welche Kosten müssen die Versicherten selbst tragen?

Krankenkassenleistungen	Zahlung
nicht zuzahlungsbefreite Arzneimittel und Verbandsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5 € höchstens 10 €
Hilfsmittel (nicht zum Verbrauch bestimmt, z. B. Unterarmgehstütze, Bandage, Rollstuhl)	10 % vom Abgabepreis, mind. 5 € höchstens 10 €
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt, z. B. Einmalwindeln)	10 % je Packung, maximal 10 € im Monat
Heilmittel (z. B. Atem- und Bewegungstherapie, Massagen, Krankengymnastik)	10 % der Kosten und zusätzlich 10 € je Verordnung
vollstationäre Krankenhausbehandlung, ambulante und stationäre Reha, Anschlussheilbehandlung	10 € je Kalendertag für maximal 28 Tage je Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 % der Kosten, mind. 5 € höchstens 10 €
häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten und zusätzlich 10 € je Verordnung für höchstens 28 Tage je Verordnung

ZURÜCK IN DEN ALLTAG – REHABILITATIONSLEISTUNGEN

LEISTUNGEN

Hinter dem Begriff der Rehabilitation steht immer der Gedanke, den Erkrankten zurück in den Alltag zu führen. Hier lassen sich zum einen verschiedene Arten der Rehabilitation unterscheiden, zum anderen kommen jeweils unterschiedliche Rehabilitationsträger in Betracht, unter anderem:

Rehabilitationsträger	Rehabilitationsleistungen
Krankenkassen	medizinische Rehabilitation unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
Agentur für Arbeit	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
gesetzliche Rentenversicherung	medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
Träger der Eingliederungshilfe	medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Leistungen zur Teilhabe an Bildung Leistungen zur sozialen Teilhabe

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden bzw. zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt der Maßnahmen ist also medizinisch ausgerichtet. Die medizinische Rehabilitation wird von einem aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammengesetzten Team unter ärztlicher Leitung auf Basis eines ganzheitlichen Ansatzes erbracht. Die Maßnahme wird entweder ambulant wohnortnah oder stationär in einer Rehaeinrichtung erbracht. Dabei ist eine ambulante Leistungserbringung der stationären Durchführung grundsätzlich vorrangig (Grundsatz: „ambulant vor stationär“).

Unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation kann spätestens zwei Wochen nach der Entlassung eine Anschlussrehabilitation stattfinden. Diese wird in besonderen Nachsorgeeinrichtungen ambulant oder stationär erbracht. Informationen zur Stellung des Antrages auf eine Anschlussrehabilitation geben die sozialen Dienste des Krankenhauses.

Die stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben (auch bekannt als „Hamburger Modell“) soll Langzeitkranken und Rehabilitanden ermöglichen, trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise weiterhin verrichten zu können. Dabei beginnt die wöchentliche Arbeitszeit – je nach Krankheitsbild und therapeutischer Notwendigkeit – erst mit wenigen Stunden und steigert sich allmählich auf die volle Arbeitszeit. Hierzu wird von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung in Abstimmung mit dem Versicherten, dem Arbeitgeber und dem behandelnden Hausarzt ein Wiedereingliederungsplan erarbeitet. In der Regel beträgt die stufenweise Wiedereingliederung vier bis acht Wochen. Während der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung erhält der Betroffene vom Rehabilitationsträger ein Übergangsgeld.

LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Mit der Rehabilitation in Form der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird versucht, die Betroffenen wieder in den beruflichen Alltag zu integrieren. Damit soll dem Grundsatz „Reha vor Rente“ Ausdruck verliehen werden. Die einzelnen Maßnahmen sind äußerst vielfältig. Angefangen von Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, über die Berufsvorbereitung, die berufliche Anpassung und Weiterbildung, die Gewährung von Gründungszuschüssen, hin zu medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen. Arbeitgeber können unter bestimmten Voraussetzungen Eingliederungszuschüsse u. Ä. von den Rehabilitationsträgern erhalten.

Integrationsämter

TIPP **PÄDAGOGIN**

Eine Ergänzung zu den Leistungen der Rehabilitationsträger stellen für schwerbehinderte Menschen die Leistungen der Integrationsämter dar. Auftrag der Integrationsämter ist es, die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu sichern und zu fördern. Was bedeutet dies nun für Sie? Wenn Sie schwerbehindert sind, können Sie Leistungen des für Sie zuständigen Integrationsamtes auf verschiedenen Ebenen in Anspruch nehmen. Zu den finanziellen Leistungen an schwerbehinderte Arbeitnehmer zählen etwa die Ausstattung mit technischen Arbeitshilfen, die Finanzierung einer Arbeitsassistenz, Zuschüsse bei der Anschaffung eines Kraftfahrzeugs und Geldleistungen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten.

Zudem bieten die Integrationsämter einen technischen Beratungsdienst, der Sie an Ihrem Arbeitsplatz zu einer behindertengerechten Gestaltung beraten kann. Die beratenden Ingenieure kennen sich mit Auswirkungen unterschiedlicher Behinderungen sehr gut aus, dennoch ist es aufgrund der Seltenheit Ihrer Erkrankung möglich, dass Sie sehr genau schildern müssen, wie bestimmte Symptome des Lupus erythematodes sich bei Ihnen auswirken. So können in Zusammenarbeit mit Ihnen Lösungsvorschläge zu Ihrer behindertengerechten und optimalen Arbeitsplatzausstattung erarbeitet und umgesetzt werden. Informationen zu allen Leistungen und Beratungsangeboten der Integrationsämter finden Sie auf folgender Homepage: **www.integrationsaemter.de**

UNTERHALTSSICHERNDE UND ANDERE ERGÄNZENDE LEISTUNGEN

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden ergänzt durch Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld usw.). Ferner werden Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung gewährt. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch die Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport oder einem ärztlich verordneten Funktionstraining erfasst. Auch Reisekosten sowie Betriebs-, Haushaltshilfe- und Kinderbetreuungskosten können hierunter fallen.

LEISTUNGEN ZUR SOZIALEN TEILHABE

Als Leistungen zur sozialen Teilhabe werden Leistungen erbracht, die die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder sichern oder die Betroffenen so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen. Hierzu zählen u. a. die Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen im weiteren Sinn (nicht medizinisch und nicht beruflich), insbesondere Kommunikations- und Mobilitätshilfen, aber auch Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der Betroffenen entspricht, Assistenzleistungen beispielsweise im Bereich der Haushaltsführung oder Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

WIE ERHÄLT MAN DIE LEISTUNGEN?

Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen ist ein Antrag der betroffenen Person. Oftmals erhalten Sie einen Antragsvordruck vom jeweiligen Rehabilitationsträger; teilweise können Anträge auch online gestellt werden.

Aufgrund der vielfältigen Zuständigkeiten verschiedener Leistungsträger ist es aber häufig nicht möglich, eigenständig den zuständigen Träger herauszufinden. Der Gesetzgeber sieht daher in §§ 14 SGB IX besondere Regelungen zur Zuständigkeitsklärung innerhalb bestimmter Fristen vor, die gewährleisten sollen, dass Betroffene die erforderlichen Leistungen auch dann zeitnah erhalten, wenn die endgültige Zuständigkeit zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern geklärt werden muss.

TIPP ANWÄLTIN

Teilweise kommt es dennoch zu Problemen bei der Klärung der Zuständigkeit der Rehabilitationsträger oder bezüglich des Umfangs der Leistungen im konkreten Einzelfall.

Grundsätzlich haben die Sozialleistungsträger nach § 14 SGB I die Verpflichtung, die Betroffenen über die ihnen zustehenden Sozialleistungen zu beraten. Die gesetzlichen Krankenkassen haben zudem gemäß § 15 SGB I eine Auskunftspflicht und müssen insbesondere die für die jeweilige Sozialleistung zuständigen Leistungsträger benennen.

Seit dem 01.01.2018 sind im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) aber auch grundlegende Änderungen und Verbesserungen bei der Teilhabeplanung vorgesehen. So besteht neben der Beratung durch den zuständigen Sozialleistungsträger nun auch die Möglichkeit, eine ergänzende und unabhängige Teilhabeberatung in Anspruch zu nehmen.

TIPP PÄDAGOGIN

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung steht ab 01.01.2018 allen Menschen mit (drohender) Behinderung und ihren Angehörigen offen. Es handelt sich um ein kostenloses Angebot zur Beratung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, das nur dem Ratsuchenden verpflichtet ist und in dem häufig die Beratungsmethode des Peer Counseling genutzt wird. Der Beratungsansatz des Peer Counseling ist insofern bedeutsam, weil die geschulten und qualifizierten Berater ebenfalls selbst von einer Behinderung oder Erkrankung betroffen sind. Hier findet Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung statt. Weitere Informationen und eine Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden Sie unter: **www.teilhabeberatung.de**

Sie als Patient genießen das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten (§8 SGB IX). Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen wird Ihren berechtigten Wünschen entsprochen. Bitte beachten Sie, dass Sie vonseiten der Leistungsträger während einer Beratung eventuell nicht explizit auf Ihr Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen werden, sodass Sie dies bei Bedarf selbst ansprechen sollten.

Teilhabeberatung

DIE FINANZIELLE ABSICHERUNG

Aufgrund der Erkrankung und der damit verbundenen Therapien können Lupus-Patienten ihrer Erwerbstätigkeit oft ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr nachgehen. Teilweise entstehen aufgrund des Erkrankungsverlaufs längere Ausfallzeiten oder es häufen sich viele kurzfristige Fehlzeiten an. Besteht kein Anspruch (mehr) gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, ist es für die Betroffenen von besonderer Relevanz, wie die finanzielle Situation gesichert werden kann.

KRANKENGELD

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig erkrankt sind. Der Anspruch richtet sich gegen die jeweilige Krankenkasse. Es handelt sich um eine sogenannte Lohnersatzleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes infolge von Krankheit.

VORAUSSETZUNGEN, DAUER, HÖHE

Voraussetzung ist, dass eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Krankengeldanspruch besteht. Darüber hinaus muss eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit vorliegen, die durch Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen ist. Das Krankengeld wird längstens für die Dauer von 78 Wochen gezahlt. Tritt während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Ein erneuter Anspruch auf Krankengeld entsteht erst nach Ablauf einer Blockfrist von drei Jahren, wenn der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig und erwerbstätig war bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Das Krankengeld wird regelmäßig in Höhe von 70 % des zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielten beitragspflichtigen Entgelts gezahlt. Das Gesetz sieht allerdings detaillierte Berechnungsregelungen zur Ermittlung der konkreten Höhe des Krankengeldes vor. Im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflicht geben die Krankenkassen nähere Informationen zur Berechnung des Krankengeldes.

TIPP **ANWÄLTIN**

Da eine rückwirkende Krankschreibung nicht möglich ist, sollte auf eine Krankschreibung ohne zeitliche Unterbrechung geachtet werden. Dies ist nicht nur für den Beginn der Krankengeldzahlung wichtig, sondern auch erforderlich, um den laufenden Krankengeldanspruch sicherzustellen.

ARBEITSLOSENGELD

Nachdem die Krankenkasse den Krankengeldbezug eingestellt hat, besteht häufig ein Anspruch auf Arbeitslosengeld.

VORAUSSETZUNGEN, DAUER, HÖHE

Einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat grundsätzlich, wer arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und die sogenannte Anwartschaftszeit erfüllt hat. Arbeitslos ist, wer nicht beschäftigt ist (Beschäftigungslosigkeit), sich bemüht, die Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und den Vermittlungen der Arbeitsagentur zur Verfügung steht (Verfügbarkeit). Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten zwei Jahre (sog. Rahmenfrist) für mindestens zwölf Monate ein Versicherungspflichtverhältnis bestand. Ein Versicherungspflichtverhältnis besteht beispielsweise für abhängig Beschäftigte und Auszubildende. Aber auch der Bezug von Krankengeld gilt als Versicherungspflichtverhältnis, wenn unmittelbar davor eine Versicherungspflicht (z. B. eine abhängige Beschäftigung) bestand. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Rahmenfrist möglich. Hier sollten sich Betroffene gezielt von der Agentur für Arbeit beraten lassen.

Die Arbeitslosenmeldung muss bei der Agentur für Arbeit durch eine persönliche Vorsprache erfolgen. Nur im Ausnahmefall kann die Arbeitslosmeldung durch einen Vertreter erfolgen, wenn sich der Arbeitslose alleine wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden kann. Achtung: Der Arbeitslose hat sich unverzüglich bei der zuständigen Arbeitsagentur zu melden, sobald er selbst dazu wieder in der Lage ist!

Die Dauer der Arbeitslosengeldzahlung ist abhängig vom Lebensalter und davon, wie lange in den letzten fünf Jahren eine Arbeitslosenversicherungspflicht bestand.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem Bemessungsentgelt, das im Einzelfall ermittelt werden muss. Die Agentur für Arbeit gibt weitere Auskünfte zur konkreten Dauer und der Höhe der Arbeitslosengeldzahlung.

Was viele nicht wissen: Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld kommt nach der sogenannten Nahtlosigkeitsregelung sogar dann in Betracht, wenn ein noch ungekündigtes Arbeitsverhältnis besteht.

Diese Sonderform des Arbeitslosengeldes nach § 145 SGB III wird gezahlt, wenn eine Minderung der Leistungsfähigkeit auf unter 15 Stunden wöchentlich für mehr als sechs Monate besteht. Darüber hinaus muss die Anwartschaftszeit erfüllt sein und es muss eine Arbeitslosmeldung bei der Agentur für Arbeit erfolgen.

Mit dieser Sonderform des Arbeitslosengeldes soll der Zeitraum überbrückt werden, bis geklärt ist, ob eine andere Leistung, beispielsweise eine Erwerbsminderungsrente, gezahlt wird. Im Zweifelsfall sollte die Agentur für Arbeit gezielt auf die Vorschrift des § 145 SGB III angesprochen werden.

Der Antragsteller wird von der Agentur für Arbeit aufgefordert, einen Antrag auf Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Unterlässt der Antragsteller dies, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld, bis der Antrag gestellt wird.

DIE ERWERBSMINDERUNGSRENTE

VORAUSSETZUNGEN, DAUER, HÖHE

Soweit die Erkrankung dazu führt, dass eine teilweise oder sogar volle Erwerbsminderung vorliegt, kann auch ein Anspruch auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (§ 43 SGB VI) gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen.

Voraussetzung für den Erhalt einer Rente wegen Erwerbsminderung ist zunächst die Stellung eines Antrags. Darüber hinaus müssen die „versicherungsrechtlichen Voraussetzungen" erfüllt werden, d. h. die „Regelaltersgrenze" (wird derzeit schrittweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr erhöht) darf noch nicht erreicht worden sein. In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt worden sein (Vorversicherungszeit) und der Versicherte muss darüber hinaus vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

TIPP **ANWÄLTIN**

Wenn Sie vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, gibt es eine Sonderregelung (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit): Liegen gesundheitliche Einschränkungen in dem von Ihnen bisher ausgeübten Beruf vor, kommt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit für Sie in Betracht. Diese Rente wird Personen gewährt, die ihren erlernten Beruf nicht mehr oder nur noch weniger als sechs Stunden täglich ausüben können, in einem anderen Beruf aber noch mindestens sechs Stunden täglich einsetzbar sind. Es wird vom Rentenversicherungsträger allerdings geprüft, ob eine Verweisung auf eine andere zumutbare Tätigkeit möglich ist.

Weiterhin muss eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegen:

- Teilweise erwerbsgemindert ist nach der gesetzlichen Definition der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich tätig zu sein.
- Voll erwerbsgemindert ist derjenige, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Maßgebend ist hier nicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Eine Besonderheit gilt bei Arbeitslosigkeit: Versicherte, die zwar noch mindestens drei, aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten können, also eigentlich die Voraussetzungen einer teilweisen Erwerbsminderung erfüllen, erhalten dennoch eine volle Erwerbsminderungsrente, wenn sie das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit tatsächlich nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können.

Die Entscheidung über das Vorliegen einer Erwerbsminderung wird durch die Rentenversicherungsträger getroffen. Hierzu werden in der Regel Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt und medizinische Gutachten erstellt.

Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich für drei Jahre befristet bewilligt. Hat sich der Gesundheitszustand nicht verbessert, wird die Rente verlängert. Ist nach insgesamt neun Jahren keine Besserung eingetreten, wird grundsätzlich eine unbefristete Rente bewilligt. Wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann, wird die Erwerbsminderungsrente von Beginn an unbefristet geleistet. Die Erwerbsminderungsrente wird längstens bis zum Erreichen der sogenannten Regelaltersgrenze gewährt.

Die Höhe der Rente richtet sich nach der Berechnung der Altersrenten. Auskünfte zur konkreten Höhe einer Erwerbsminderungsrente geben die Rentenversicherungsträger.

TIPP ANWÄLTIN

Die Inanspruchnahme einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente hindert Sie nicht generell daran, einen Hinzuverdienst zu erzielen. Die Erwerbsminderungsrente soll jedoch einen finanziellen Ausgleich für die fehlende Erwerbsfähigkeit schaffen. Damit ist ein unbegrenzter Hinzuverdienst neben der Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente natürlich nicht vereinbar. Im Einzelfall besteht sogar die Gefahr, dass der Anspruch auf Rente durch den Hinzuverdienst entfällt. Informieren Sie sich zu den in Ihrem Fall konkret bestehenden Hinzuverdienstgrenzen bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass ein Hinzuverdienst nur im Rahmen des bestehenden Restleistungsvermögens erzielt werden darf, also bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung unter drei Stunden pro Tag und bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung unter sechs Stunden pro Tag. Lassen Sie sich vor Aufnahme einer Tätigkeit vom Rentenversicherungsträger ausführlich beraten.

Erwerbsminderungsrente

GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSSUCHENDE/SOZIALHILFE

Lässt sich der Lebensunterhalt nicht mehr decken, etwa weil die Erwerbsminderungsrente nicht gewährt wird oder die gewährte Rente, das Krankengeld oder das Arbeitslosengeld zu niedrig sind, bleibt die Möglichkeit, Grundsicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Zu unterscheiden ist dabei zwischen der Grundsicherung für Arbeitssuchende („Hartz IV“) und der Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung („Sozialhilfe“).

Führt die Erkrankung zu einer vollen Erwerbsminderung, so besteht in der Regel ein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den Regelungen des SGB XII. Bei Vorliegen einer zumindest teilweisen Erwerbsfähigkeit kommen demgegenüber grundsätzlich Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II in Betracht.

Voraussetzung für die Gewährung von Grundsicherungsleistungen ist neben der Stellung des erforderlichen Antrages das Vorliegen einer Hilfsbedürftigkeit. Diese liegt vor, wenn der Lebensunterhalt nicht mehr aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden kann. Nur wenn sich der Betroffene nicht selbst helfen kann, soll er Sozialhilfeleistungen erhalten. Zur Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse bestehen Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten sowie Auskunftspflichten Dritter (das sind z. B. unterhaltspflichtige Angehörige, Lebenspartner, Arbeitgeber oder auch die Finanzämter).

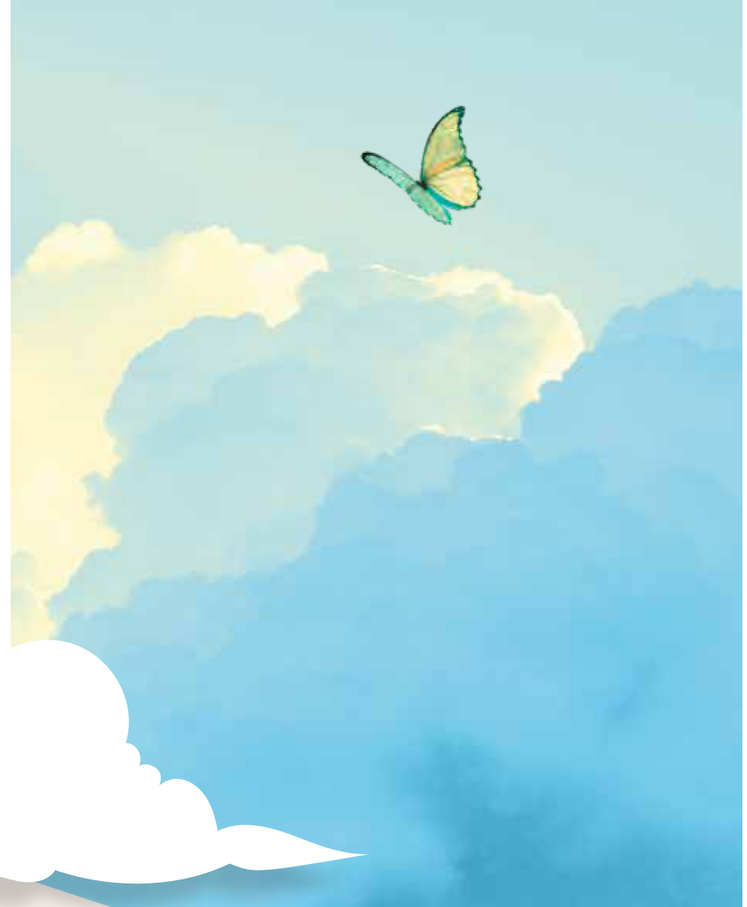
Neben dem Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes werden auch Mehrbedarfe und einmalige Bedarfe gewährt sowie die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung übernommen. Besondere Regelungen gelten für Menschen mit einer festgestellten Behinderung.

Weiter Informationen finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales **www.bmas.de** im Bereich Themen/Arbeitsmarkt/Grundsicherung.

TIPP **ANWÄLTIN**

Grundsicherungsleistungen sind von der Stellung eines Antrages abhängig. Stellen Sie Ihren Antrag also möglichst frühzeitig. Aber Achtung: Manchmal ist die Stellung eines Antrages zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoller, um erwartete Einnahmen, beispielsweise (Nach-) Zahlungen des Arbeitgebers, vor einer Anrechnung als Einkommen oder Vermögen zu schützen. Gegebenenfalls sollte vor der Antragstellung zunächst eine Beratung durch das Jobcenter oder das Sozialamt eingefordert werden (Näheres zum Anspruch auf Beratung siehe S. 48).

Sollte über Ihren Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums nicht zeitnah entschieden werden, besteht die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung zu beantragen.



EINE KLEINE ERLEICHTERUNG – DER SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Aufgabe und Ziel des Schwerbehindertenrechtes ist es, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu fördern und dafür zu sorgen, dass sie gleichberechtigt am allgemeinen Leben teilnehmen können. Zudem sollen Benachteiligungen vermieden und wenn möglich ausgeglichen werden. Um dieses Ziel zu realisieren, wurden in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen Rechte, Erleichterungen und Vergünstigungen für behinderte Menschen formuliert, die aber jeweils an einen bestimmten „Grad der Behinderung“ (GdB), eine „Gleichstellung“ oder ein entsprechendes „Merkzeichen“ geknüpft sind.

WAS VERSTEHT MAN UNTER „GRAD DER BEHINDERUNG“, „GLEICHSTELLUNG“ UND „MERKZEICHEN“?

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX liegt eine Behinderung bei Menschen vor, 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 solche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Es kommt also nicht auf die Erwerbsfähigkeit an, sodass im Einzelfall auch ein hoher GdB bei Lupus-Patienten festgestellt werden kann, obwohl die Betroffenen ihrer Arbeit nachgehen können.

Eine Schwerbehinderung liegt nach dem Wortlaut des Gesetzes vor, wenn ein Grad der Behinderung von wenigsten 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

Es besteht gemäß § 2 Abs. 3 SGB IX bei einem geringeren GdB aber auch die Möglichkeit einer Gleichstellung: Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber wenigstens 30 können auf Antrag einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie wegen ihrer Funktionsbeeinträchtigung(en) ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Der Antrag ist bei der örtlichen Agentur für Arbeit zu stellen.

Bei bestimmten Beeinträchtigungen sieht das Gesetz auch die Feststellung sogenannter „Merkzeichen" vor, die im Schwerbehindertenausweis festgehalten werden. Hierunter fallen beispielsweise die Merkzeichen „G" (erhebliche Beeinträchtigung im Straßenverkehr), „aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder auch „H" (hilflos) und „B" (Begleitung).

WELCHE NACHTEILSAUSGLEICHE BRINGT DIE FESTSTELLUNG EINES GRADES DER BEHINDERUNG?

Im Folgenden werden einige Ausgleiche dargestellt:

STEUERRECHT

Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem behinderten Menschen wegen der Behinderung entstehen, können unter bestimmten Voraussetzungen die Pauschbeträge, eine Kfz-Steuerermäßigung (Merkzeichen „G") oder sogar eine Kfz-Steuerbefreiung (Merkzeichen „aG" oder „H") geltend gemacht werden.

ARBEITSRECHT

Im Arbeitsrecht bestehen besondere Regelungen zum Schutz von schwerbehinderten Menschen; teilweise gelten die Regelungen auch für ihnen Gleichgestellte.

KÜNDIGUNGSSCHUTZ

Schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen haben einen besonderen Kündigungsschutz. Sowohl eine ordentliche als auch eine außerordentliche (fristlose) Kündigung seitens des Arbeitgebers bedürfen der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Das für Sie zuständige Integrationsamt finden Sie hier: **www.integrationsaemter.de/Kontakt/89c7/index.html**

Eine ohne Zustimmung ausgesprochene Kündigung ist unwirksam. Voraussetzung für den besonderen Kündigungsschutz ist jedoch, dass das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung bereits länger als sechs Monate andauert. Die Kündigungsfrist beträgt dann mindestens vier Wochen (§ 86 SGB IX).

Integrationsämter

ZUSATZURLAUB

Schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf bezahlten, zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Urlaubsjahr. Verteilt sich die regelmäßige Arbeitszeit des schwerbehinderten Menschen auf mehr oder weniger als fünf Arbeitstage in der Kalenderwoche, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Soweit tarifliche, betriebliche oder sonstige Urlaubsregelungen für schwerbehinderte Menschen einen längeren Zusatzurlaub vorsehen, bleiben sie unberührt. Diese Regelung gilt nicht für Personen, die über eine Gleichstellung verfügen.

BEHINDERUNGSGERECHTE BESCHÄFTIGUNG

Schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen haben insbesondere Ansprüche auf eine behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten allgemein und eine Ausstattung des konkreten Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen. Diese Ansprüche bestehen jedoch nicht, wenn die Maßnahmen für den Arbeitgeber unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden sind.

RECHT DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Im Krankenversicherungsrecht kommt bei einem GdB von mindestens 60 eine Verminderung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen in Betracht, sodass Zuzahlungen wegfallen können.

RECHT DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

Bei Vorliegen einer Schwerbehinderung besteht unter Umständen die Möglichkeit, eine vorgezogene Altersrente – die Altersrente für schwerbehinderte Menschen – in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist, dass die Antragsteller bei Beginn der Rente als schwerbehindert anerkannt sind, die Wartezeit von 35 Jahren zurückgelegt haben und die maßgebliche Altersgrenze erreicht haben. Für die Anerkennung einer Schwerbehinderung muss ein Behinderungsgrad von mindestens 50 vorliegen, eine Gleichstellung reicht demgegenüber nicht aus.

Die Altersgrenze beträgt derzeit noch 63 Jahre und gilt für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1952 geboren sind. Für Versicherte des Geburtsjahrgangs 1952 erhöht sich die Altersgrenze auf 63 Jahre und einen Monat und steigt für die weiteren Jahrgänge schrittweise an, bis sie für im Jahr 1964 oder später geborene 67 Jahre erreicht hat.

SOZIALHILFE- UND WOHNGELDRECHT

Im Sozialhilferecht werden teilweise Mehrbedarfe berücksichtigt.

Merkzeichen (eine Auswahl)	Nachteilsausgleiche (eine Auswahl)
„G“ (gehbehindert)	unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr gegen Vorlage eines Ausweises mit einer gültigen Wertmarke, die gegen Zahlung von 40 € für ein Kalenderhalbjahr ausgegeben wird. (Entbunden von der Beitragsentrichtung sind u. a. Empfänger von Grundsicherungsleistungen.) Statt der unentgeltlichen Beförderung kann eine Ermäßigung von der Kfz-Steuer beansprucht werden.
„aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung)	Parkerleichterungen (Parken im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol) Befreiung von der Kfz-Steuer
„B“ (Notwendigkeit ständiger Begleitung)	kostenlose Beförderung einer Begleitperson im Nah- und Fernverkehr
„H“ (hilflos)	unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr (ohne Wertmarke)

TIPP **ANWÄLTIN**

Wenn Sie befürchten müssen, aufgrund Ihrer Behinderung den Arbeitsplatz zu verlieren, sollten Sie gleichzeitig mit dem Antrag auf Feststellung des GdB einen Antrag auf Gleichstellung stellen. Dieser ist bei der Agentur für Arbeit einzureichen.

TIPP **PÄDAGOGIN**

Nachteilsausgleiche bieten viele Rechte und Hilfen. Im gesellschaftlichen Miteinander werden Menschen mit einem Grad der Behinderung immer mal wieder damit konfrontiert, dass der Schwerbehindertenausweis „Vorteile“ bringen würde. Dies kann für Menschen, denen die Beantragung eines solchen Ausweises schon schwergefallen ist und die schwer krank sind, sehr verletzend sein. Vergegenwärtigen Sie sich: Die Inanspruchnahme eines Nachteilsausgleiches ist für Sie kein „Vorteil“, sondern dient lediglich dem Ausgleich behindertenbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen, die Ihnen z. B. durch eine schwere Erkrankung wie Lupus erythematodes entstehen.

WIE WIRD DER GRAD DER BEHINDERUNG FESTGESTELLT?

Zunächst muss ein Antrag gestellt werden. Dieser ist zwar formlos möglich, allerdings übersendet die Versorgungsverwaltung daraufhin in der Regel Antragsformulare. Häufig sind diese auch im Internet zum Download eingestellt. Neben den Personalien sind insbesondere die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die behandelnden Ärzte anzugeben. Darüber hinaus ist in den Formularen auch eine Schweigepflicht-Entbindungserklärung enthalten.

Auf Grundlage der Angaben des Antragstellers werden von der Versorgungsverwaltung Befundberichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt. Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen wird dann ein Bescheid über die Feststellung eines GdB, eines Merkzeichens oder eine entsprechende Ablehnung erlassen.

Als Orientierungshilfe zur Feststellung eines GdB und der Merkzeichen dienen dabei die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Diese finden Sie hier: **www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html**

Bei einem systemischen Lupus erythematodes richtet sich gemäß Punkt 18.2.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze die Beurteilung des GdB grundsätzlich „nach der Art und dem Ausmaß der jeweiligen Organbeteiligung sowie den Auswirkungen auf den Allgemeinzustand (...)“.

Da die Versorgungsverwaltung ihre Entscheidung regelmäßig ohne Untersuchung der betroffenen Person auf Grundlage der Akten trifft, ist es besonders wichtig, dass alle Gesundheitsbeeinträchtigungen (auch über den Lupus hinaus) benannt und die Auswirkungen auf den Alltag dargelegt werden.

Wer mit den Feststellungen der Versorgungsverwaltung nicht einverstanden ist, sollte im Zweifelsfall Widerspruch gegen den Bescheid einlegen (siehe S. 48).

Versorgungsmedizinische Grundsätze

TIPP ANWÄLTIN

Bei einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes können Sie jederzeit einen Verschlimmerungsantrag stellen.

» Es ist auch möglich eine rückwirkende Feststellung des GdB oder von Merkzeichen zu beantragen, was beispielsweise in Betracht kommt, wenn zwischen den ersten Krankheitszeichen und der endgültigen Diagnose ein längerer Zeitraum liegt. Relevant kann eine solche rückwirkende Feststellung beispielsweise bei der Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, z. B. den Pauschbeträgen im Steuerrecht werden.

TIPP PÄDAGOGIN

Falls Sie sich bei der Beantragung unsicher fühlen, können Sie sich beispielsweise durch die Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V., den Sozialdienst Ihrer Klinik, den Sozialverband VdK Deutschland e. V. oder durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung bei der Antragstellung unterstützen lassen.

WENN PFLEGE NOTWENDIG WIRD –
LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG

Schnell kann sich auch die Frage stellen, welche Ansprüche bestehen, wenn mit der Lupus-Erkrankung eine Pflegebedürftigkeit einhergeht. Das Pflegeversicherungsrecht ist im Zuge der Pflegestärkungsgesetze seit dem Jahr 2015 grundlegend reformiert worden. So wurden schrittweise insbesondere die einzelnen Leistungen an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasst und der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde neu definiert.

VON DEN PFLEGESTUFEN ZU DEN PFLEGEGRADEN – DIE FESTSTELLUNG DES PFLEGEBEDARFS UND WEITERE LEISTUNGSVORAUSSETZUNGEN

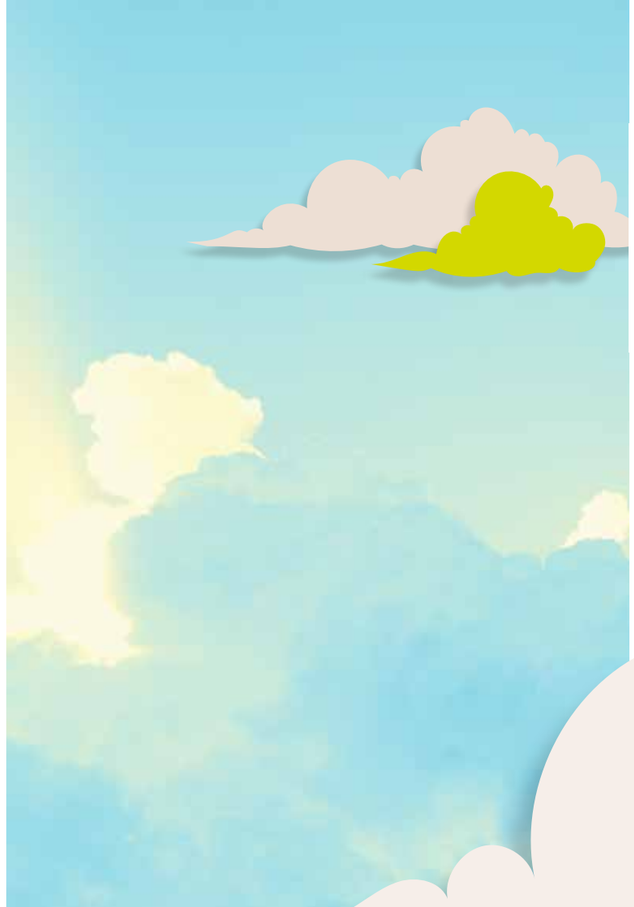
Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI erhält grundsätzlich, wer zum versicherungspflichtigen Personenkreis gehört, die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt, einen Antrag gestellt hat und pflegebedürftig ist.

Nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ ist in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert, wer auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig ist. Die Vorversicherungszeiten erfüllt derjenige, der in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens zwei Jahre Pflichtmitglied der sozialen Pflegeversicherung oder familienversichert war.

Voraussetzung für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit ist die Stellung eines entsprechenden Antrages bei der Pflegekasse. Dieser sollte frühzeitig gestellt werden und ist grundsätzlich formlos möglich.

Darüber hinaus muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen. Bislang hat das Gesetz dabei bestimmte alltägliche Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung in den Vordergrund gestellt. Seit dem 01.01.2017 gilt nun ein deutlich weiter gefasster Pflegebedürftigkeitsbegriff, bei dem nicht mehr auf den zeitlichen Hilfebedarf bei vorrangig körperlichen Verrichtungen abgestellt wird. Vielmehr wird jetzt geprüft, inwieweit der Einzelne seinen Alltag alleine bewältigen kann.

Pflegebedürftig sind gemäß § 14 SGB XI Personen, „(...) die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mindestens mit der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen."



DABEI WIRD MASSGEBLICH AUF DIE FOLGENDEN LEBENSBEREICHE WERT GELEGT, DIE AUCH ALS MODULE BEZEICHNET WERDEN:

1. Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen.

4. Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

TIPP **ANWÄLTIN**

Die Pflegekasse muss dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags die Entscheidung über den Pflegebedarf mitteilen. Zudem gelten besondere zeitliche Vorgaben für die Erstellung des Pflegegutachtens. Ab 01.01.2018 hat die Pflegekasse bei Überschreiten dieser gesetzlichen Fristen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn der Antragsteller sich in vollstationärer Pflege befindet und zuvor bereits mindestens ein Pflegegrad 2 festgestellt worden war.

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(Die Module 7: außerhäusliche Aktivitäten und 8: Haushaltsführung werden zwar berücksichtigt, fließen aber nicht in die Berechnung des Pflegegrades ein. Sie geben aber im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtige Hinweise für die Versorgungs- und Pflegeplanung.)

TIPP **PÄDAGOGIN**

Im Internet finden Sie ein Informationsportal der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur Pflegebegutachtung. Dort können Sie ein Video zum Ablauf einer Pflegebegutachtung und eine Checkliste für den Besuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie weitere praktische Informationen einsehen. Website: **www.pflegebegutachtung.de**

Pflegebegutachtung

TIPP **ANWÄLTIN**

Die Einzelheiten der Bewertung der Pflegebedürftigkeit sowie die Berechnungsgrundlagen ergeben sich aus dem sogenannten Neuen Begutachtungsassessment (NBA)

Die Pflegekasse entscheidet wiederum auf Grundlage des Gutachtens im Rahmen eines Bescheides über die Pflegebedürftigkeit und stellt den Pflegegrad fest.

Gegen diesen Bescheid kann Widerspruch erhoben werden. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, bleibt die Möglichkeit, eine Klage vor dem Sozialgericht zu erheben.

Wurde bereits eine Pflegestufe nach altem Recht festgestellt, wird diese automatisch in die neuen Pflegegrade überführt. Es muss kein Antrag auf Neubegutachtung gestellt werden. Bei Personen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“, sodass beispielsweise bei Personen mit Pflegestufe I ab 01.01.2017 ein Pflegegrad 2 besteht. Bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+ 2“, sodass beispielsweise bei einer bisherigen Pflegestufe II ein Pflegegrad von 4 vorliegt.

Richtlinien zur Pflegeberatung und Pflegebedürftigkeit

Wie bisher erfolgt die Prüfung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter. Die Begutachtung wird ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung im häuslichen Bereich (bei Bedarf auch im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim) des Pflegebedürftigen durchgeführt. Zur Vorbereitung werden – soweit eine entsprechende Einwilligung der antragstellenden Person vorliegt – bei den behandelnden Ärzten Befundberichte angefordert. Sodann wird ein Gutachten zur Frage der Pflegebedürftigkeit erstellt und eine entsprechende Empfehlung abgegeben.

Dazu wird in Bezug auf die oben genannten Lebensbereiche/Module der Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person ermittelt. Dies wird in der Regel anhand eines Punktwertes zwischen null (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, jedoch gegebenenfalls allein mit Hilfsmitteln) und drei (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen) ermittelt. Im Ergebnis fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

LEISTUNGEN

Die Pflegeversicherung erbringt verschiedene Leistungen. Hierzu gehören u. a. auch die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, Pflegeleistungen für die häusliche und die stationäre Pflege, aber beispielsweise auch Leistungen für die Pflegepersonen.

Es besteht insbesondere ein Anspruch auf frühzeitige und umfassende Beratung durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekasse. Dieser Anspruch gilt auch für Angehörige und weitere Personen, wie beispielsweise ehrenamtliche Pflegekräfte, sofern die pflegebedürftige Person hiermit einverstanden ist. Die Pflegekasse bietet unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Leistungen einen konkreten Termin für eine Pflegeberatung an. Darüber hinaus benennt die Pflegekasse eine Pflegeberaterin/einen Pflegeberater, die oder der persönlich für die antragstellende Person zuständig ist. Alternativ hierzu kann die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen zulasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eine Beratung eingefordert werden kann. Alle drei Jahre, erneut im Jahr 2020, wird die Höhe der Leistungen von der Bundesregierung überprüft. Eine Anpassung kann jeweils zum Folgejahr durchgeführt werden, also turnusmäßig im Jahr 2021.

1. Leistungen bei häuslicher Pflege

Im Rahmen der häuslichen Pflege kann der Versicherte die ambulanten Leistungen einer Pflegeeinrichtung – beispielsweise einer Sozialstation – in Anspruch nehmen. Die Pflegekasse übernimmt die entstehenden Kosten bis zu den vorgesehenen Höchstbeträgen.

Monatliche Sachleistungen bei häuslicher Pflege:

Pflegegrad	Sachleistung ambulant
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Anstelle der Sachleistung hat der Pflegebedürftige auch die Möglichkeit, ein Pflegegeld in Anspruch zu nehmen und dieses an die Pflegeperson – in der Regel einen Angehörigen – weiterzuleiten. Pflegegeld und Pflegesachleistung können auch kombiniert in Anspruch genommen werden.

Monatliches Pflegegeld bei häuslicher Pflege:

Pflegegrad	Pflegegeld
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Zusätzlich besteht im Rahmen der häuslichen Pflege bei Bestehen eines Pflegegrades ein Anspruch auf einen sogenannten Betreuungs- und Entlastungsbetrag von 125 € pro Monat. Dieser Betrag ist zweckgebunden und dient der Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Personen sowie der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung ihres Alltags. Über den Betreuungs- und Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI können Aufwendungen erstattet werden, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der folgenden Leistungen entstehen:

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

TIPP ANWÄLTIN

Der Anspruch auf Kostenerstattung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages ist nicht von einer vorherigen Antragstellung abhängig. Die Leistungen müssen nicht monatlich abgerufen werden, sondern können auch angespart werden. Werden die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Die Pflegekassen übernehmen darüber hinaus beispielsweise auch die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, Zuschüsse zum Umbau der Wohnung und unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige.

2. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen die Zahlungen von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung. Darüber hinaus sind die Pflegepersonen auch in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

3. Leistungen der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege

Kann eine häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden oder ist dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich, kann eine teilstationäre gegebenenfalls auch vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden.

4. Leistungen der stationären Pflege

Im Rahmen der stationären Pflege übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Form von Sachleistungen.

Monatliche Leistungen vollstationäre Pflege:

Pflegegrad	Leistungsbetrag vollstationär
Pflegegrad 1	125 €
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

5. Pflegezeit

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegezeitgesetz zusätzliche Möglichkeiten geschaffen, die Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung zu organisieren. Wird die Pflege durch Angehörige in der häuslichen Umgebung durchgeführt, besteht ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Dabei ist zu beachten, dass dies nur gilt, wenn der Arbeitgeber mehr als 15 Beschäftigte hat.

In einer akut aufgetretenen Pflegesituation kann ein naher Angehöriger bis zu zehn Tage von der Arbeit freigestellt werden. Damit soll ermöglicht werden, dass bei kurzfristig eintretendem Pflegebedarf die Pflege in häuslicher Umgebung organisiert werden kann. Auch hier ist regelmäßig keine Vergütung durch den Arbeitgeber vorgesehen. Allerdings kann seit 01.01.2015 das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse in Anspruch genommen werden.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre auf eine Mindestarbeitszeit von bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren (Familienpflegezeit). Die Familienpflegezeit kann nur in Anspruch genommen werden, wenn der Arbeitgeber mehr als 25 Beschäftigte hat. Einkommensverluste können durch ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) abgefedert werden.

TIPP PÄDAGOGIN

Pflegende Angehörige können sich anonym und vertraulich mit Fragen rund um das Thema Pflege an das Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums unter der Telefonnummer: 030 20179131 wenden. Weitere Informationen, Beratungsangebote, Merkblätter, Broschüren und Musterformulare finden Sie auf der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend betriebenen Website: www.wege-zur-pflege.de

Zusätzlich stehen sogenannte Pflegestützpunkte zur Verfügung. Diese werden auf Initiative eines Bundeslandes von den Kranken- und Pflegekassen eingerichtet. Hier können sich Hilfsbedürftige oder Angehörige persönlich beraten lassen, erhalten weiterführende Informationen, Anträge und konkrete Hilfestellungen. Auf Wunsch wird von hier das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert. Ihre Pflegekasse gibt Ihnen Auskunft über einen Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe. Außerdem können alle gelisteten Pflegestützpunkte in der Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) nachgeschlagen werden: www.zqp.de

Hilfreiche Informationen zum Thema Pflege

WAS IST ZU TUN, WENN LEISTUNGEN ABGELEHNT WERDEN? – WIDERSPRUCH UND CO.

Voraussetzung für viele Sozialleistungen ist die Stellung eines Antrages. Häufig fordert der Sozialleistungsträger den Antragsteller auf, umfangreiche Formulare auszufüllen, was im Einzelfall sehr zeitaufwendig sein kann. Diese Formulare sind teilweise sogar als „Antrag" bezeichnet. Oft ist die Antragstellung jedoch formlos möglich. Das Ausfüllen der Formulare stellt lediglich eine Mitwirkungspflicht, also beispielsweise durch einen Anruf oder eine E-Mail des Antragstellers im Antragsverfahren dar. In jedem Fall sollte sichergestellt werden, dass im Zweifel ein Nachweis erbracht werden kann, wann und wie man den Antrag gestellt hat, damit die Leistungen auch ab Antragsstellung, und nicht erst ab Einreichung der Formulare erbracht werden.

Teilweise werden Antragsteller, die persönlich bei Sozialleistungsträgern vorsprechen, nach kurzer, informeller Prüfung abgewiesen. Der Antrag habe keine Aussicht auf Erfolg. In dieser Situation sollte man immer auf eine förmliche Aufnahme des Antrages bestehen. Nur wenn der Antrag auch aufgenommen wurde, muss darüber mit einem Bescheid entschieden werden. Dieser muss eine Begründung für die Ablehnung enthalten. Stellt sich heraus, dass der Antrag zu Unrecht abgelehnt wurde, hat der Betroffene die Möglichkeit, Widerspruch gegen den Bescheid einzulegen.

Bei jeglichem Schriftverkehr mit Sozialleistungsträgern sollte darauf geachtet werden, dass man die entsprechenden Aktenzeichen (z. B. Versicherungsnummer) in den Betreff aufnimmt, um eine schnelle Zuordnung der Schriftstücke zu gewährleisten.

Wer das Antragsverfahren beschleunigen will, kann sich die entsprechenden Formulare direkt aus dem Internet herunterladen und unterzeichnet einreichen. Viele Sozialleistungsträger stellen die erforderlichen Formulare zum Download bereit oder versenden diese auf telefonische Anfrage.

Alle Sozialleistungsträger haben umfangreiche Auskunfts- und Beratungspflichten. Wer sich nicht sicher ist, welcher Leistungsträger zuständig ist oder welche Leistungen er beantragen kann, sollte eine entsprechende Beratung einfordern.

Sinnvoll ist es, sich die Inhalte der Beratung schriftlich bestätigen zu lassen, um eine spätere Überprüfung zu ermöglichen.

Wer Zweifel hat, ob die Sozialleistungsträger richtig beraten haben, sollte sich an einen Rechtsanwalt mit Sozialrechtskenntnissen oder einen Sozialverband wenden und diesen um Überprüfung und Durchsetzung der Ansprüche bitten.

Hat der Sozialleistungsträger einen Antrag abgelehnt, besteht die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Entscheidung einzulegen.

Dieser ist innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides zu erheben. Dies ergibt sich aus der Rechtsbehelfsbelehrung, die dem Bescheid regelmäßig anhängt. Meist wird der Widerspruch schriftlich eingelegt.

Man sollte, ähnlich wie bei der Antragstellung, darauf achten, dass man einen Nachweis über den Zugang des Widerspruchs hat. Wird der Widerspruch zeitnah eingereicht, erhält man meist innerhalb der Widerspruchsfrist eine Eingangsbestätigung durch den Sozialleistungsträger. Der Widerspruch kann aber auch bei dem Sozialleistungsträger zu Protokoll mündlich abgegeben werden.

Inhaltlich reicht es aus, wenn man dem Sozialleistungsträger mitteilt, dass man mit der Entscheidung nicht einverstanden ist; eine besondere Begründung ist nicht erforderlich, kann im Einzelfall aber durchaus hilfreich sein. Es ist insbesondere nicht erforderlich, dass der Widerspruchsführer – beispielsweise bei medizinischen Sachverhalten – eine medizinische Begründung abgibt. Es reicht aus, wenn man darauf hinweist, dass man die Bewertung des medizinischen Sachverhaltes für falsch hält. So kann man z. B. bei der Feststellung eines Grades der Behinderung darauf abstellen, dass der Versorgungsträger die Funktionsbeeinträchtigungen nicht hoch genug bewertet hat.

Die Ausgangsstelle überprüft die Entscheidung noch einmal. Bleibt es bei der Entscheidung, wird der Widerspruch an die zuständige Widerspruchsstelle weitergeleitet. Diese entscheidet dann über den Widerspruch.

Gegen den Widerspruchsbescheid kann man binnen eines Monats nach Zustellung Klage vor dem Sozialgericht erheben. Die Einzelheiten ergeben sich wiederum aus der Rechtsbehelfsbelehrung, die regelmäßig am Ende des Widerspruchsbescheides steht. Die Klage kann schriftlich erhoben werden; es besteht aber auch die Möglichkeit, die Klage bei der Rechtsantragsstelle des Gerichts mündlich zu erheben.

Wer einen Rechtsanwalt einschalten möchte, aber nicht über die finanziellen Mittel verfügt, hat die Möglichkeit, einen Antrag auf Beratungs- oder Prozesskostenhilfe zu stellen. Hierzu gibt es Formulare, die zusammen mit den Einkommens- und Vermögensnachweisen bei Gericht eingereicht werden müssen. Das Gericht entscheidet dann, ob diese Hilfen bewilligt werden.

TIPP PÄDAGOGIN

Anträge zu stellen kostet Kraft. Diese Kraft steht Menschen mit Lupus erythematodes manchmal nicht zur Verfügung. Scheuen Sie sich nicht, schon vor Antragstellung, währenddessen oder bei einem ablehnenden Bescheid gegebenenfalls Unterstützung bei Beratungsstellen, der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung, beim Sozialverband VdK Deutschland e. V. oder der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V. in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus kann der Besuch einer Selbsthilfegruppe Sie im Hinblick auf Antragstellung und Umgang mit Antragsbescheiden stärken, denn hier können Sie viele „Experten in eigener Sache“ treffen, deren gemeinschaftliches Erfahrungswissen enorm ist. In einer solchen Gruppe können Sie sich austauschen, gegenseitig Tipps geben und im besten Fall daraus Kraft schöpfen. Eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe lässt sich z. B. bei der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V. erfragen.

WEITERE INFORMATIONEN

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e. V.
Döppersberg 20
42103 Wuppertal
Telefon: 0202 4968797
Fax: 0202 4968798
Bürozeiten: Mo.-Fr. jeweils von 8:30 bis 12:30 Uhr
leshg@lupus-rheumanet.org
www.lupus-rheumanet.org

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
Sekretariat
Maximilianstr. 14
53111 Bonn
Telefon: 0228 766060
Fax: 0228 7660620
bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Linienstraße 131
10115 Berlin
Telefon: 030 9210580-0
Telefax: 030 9210580-110
kontakt@vdk.de
www.vdk.de

IMPRESSUM

Herausgeber

klarigo –
Verlag für Patientenkommunikation oHG
Bergstraße 106 a
64319 Pfungstadt
www.klarigo.eu

Idee, Konzeption und Text

klarigo – Patricia Martin, Kim Zulauf

Tipps

» Dr. Carolin Tillmann

» Rechtsanwältin Dr. Astrid von Einem
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Sozialrecht
Clemensstraße 5-7 | 50676 Köln
www.kanzlei-voneinem.de

Für den Inhalt der Tipps sind die Tippgeber verantwortlich.

Die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG sowie die Autorin Dr. Astrid von Einem sind bestrebt, vollständige, aktuelle und inhaltlich zutreffende Informationen in dieser Broschüre zusammenzustellen. Gleichwohl kann keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der dargestellten Informationen übernommen werden. Sollten Sie Fragen zu rechtlichen, medizinischen oder gesundheitlichen Aspekten haben, die in der vorliegenden Broschüre thematisiert werden, oder auf Basis der in der vorliegenden Broschüre enthaltenen Informationen rechtlich, medizinisch oder gesundheitlich relevante Entscheidungen treffen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder eine sonstige hierfür qualifizierte Auskunftsstelle. Sofern über Quellenangaben oder Empfehlungen für weiterführende Informationen auf andere Druckwerke, Internetseiten oder sonstige Informationsquellen verwiesen wird, haftet die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG in keiner Weise für dortige Darstellungen.

Stand der Informationen: November 2017, Änderungen durch das BTHG zum 01.01.2018 wurden bereits berücksichtigt.

Diese Broschüre oder Auszüge dieser Broschüre dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form mit elektronischen oder mechanischen Mitteln reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

Quellenangaben Fotos: hidesy/istockphoto.com

Diese Broschüre wurde mit Unterstützung von GlaxoSmithKline erstellt. GlaxoSmithKline hat keinerlei Einfluss auf den Inhalt der Broschüre genommen.

© klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG, Pfungstadt, 2019, 2. Auflage

493105PD212B NP-DE-LPU-BROC-190003 11/2019