

# Ihre Rechte im Sozialsystem

Ein Ratgeber für Rheumabetroffene



Deutsche | RHEUMA-LIGA

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •





# Ihre Rechte im Sozialsystem

Ein Ratgeber für Rheumabetroffene



**Herausgeber**

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

**Autorin**

Barbara Erbe

**Fachliche Beratung**

Meike Schoeler, Rechtsanwältin

**Projektabwicklung/Redaktion**

Katja Hinnemann

**Gestaltung**

KonzeptQuartier® GmbH, Fürth

**Druck**

Warlich Druck Meckenheim GmbH, Meckenheim

3. Auflage – 20.000 Exemplare, 2020

Drucknummer: A24/BV/05/20

**Bilder**

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

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

Liebe Leserinnen und Leser,

je früher eine rheumatische Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto besser sind die Chancen, der Krankheit beizukommen. Deshalb ist es für Menschen mit Rheuma besonders wichtig, ihre Rechte genau zu kennen. Das fängt schon bei der freien Arztwahl und dem Recht auf eine Zweitmeinung an.

Die Broschüre „Ihre Rechte im Sozialsystem“ gibt Ihnen einen Überblick über Ihre Rechte als Patient, im Arbeitsleben und auf eine sichere Versorgung. Wie lange muss ich mit Termin in der Praxis warten? Welche Zuzahlungen gibt es? Welche Vorteile habe ich mit einem Schwerbehindertenausweis? Antworten und Ansprechpartner finden Sie in dieser Broschüre.

Sie haben ein gesetzlich verbrieftes Recht auf Teilhabe. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, diese Chancengleichheit herzustellen. Deutschland bietet als Sozialstaat eine Reihe von Hilfen an, um Menschen mit einer Erkrankung zu unterstützen. Es ist Ihr Recht, bestehende Angebote in Anspruch zu nehmen. Diese erhalten Sie aber oft nur, wenn Sie Ihre Rechte kennen und einfordern. Dabei möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre helfen.

Die Berater in der Deutschen Rheuma-Liga stehen Ihnen bei Fragen zur Seite. Tauschen Sie sich in unseren Selbsthilfegruppen mit anderen Betroffenen aus. Wir sind gerne für Sie da!



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





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

# 1 Ihre Rechte als Patient





## 1.1 Diagnose Rheuma

Geschwollene Gelenke, Steifigkeit am Morgen, Muskelschmerzen, Erschöpfungszustände – die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises haben viele Gesichter. Gemeinsam ist ihnen allen: Je früher sie erkannt und behandelt werden, desto besser sind die Chancen, der Krankheit beizukommen.

### Freie Arztwahl

Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung festgestellt worden, dann haben Sie Anspruch auf umfassende Aufklärung über Ihre Erkrankung und auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung – bei einem Hausarzt Ihrer Wahl ebenso wie bei einem Orthopäden, Rheumatologen oder anderen Facharzt. Das Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch verpflichtet Ihren Arzt, Sie verständlich und angemessen über Diagnose, Folgen, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen zu beraten und Ihre Fragen dazu zu beantworten. Haben Sie Zweifel an der Diagnose oder an der Behandlung, die Ihr Arzt vorschlägt (zum Beispiel an einer Operation), haben Sie darüber hinaus das Recht, bei einem weiteren Arzt eine Zweitmeinung einzuholen.

### Facharzttermin innerhalb eines Monats

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



### Wartezeit

Eine Wartezeit in der Praxis von mehr als einer Stunde gilt nach der Rechtsprechung als unzumutbar, es sei denn der Arzt hat einen Notfall zu versorgen. Auf alle Fälle dürfen Sie nach einer Stunde Wartezeit die Praxis verlassen und einen neuen Termin ausmachen, wenn Sie das wünschen. Bei sehr langen Wartezeiten können Sie als Patient auf Schadenersatz klagen – allerdings müssen Sie dann beweisen, dass es in der betroffenen Praxis wegen schlechter Organisation häufiger zu sehr langen Wartezeiten kommt. Außerdem müssen Sie darlegen, dass Ihnen durch die lange Wartezeit ein Schaden entstanden ist.

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

## 1.2 Anspruch auf qualifizierte Behandlung

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

### Recht auf Aufklärung

Ob es um einzelne Medikamente und Anwendungen geht oder um eine mögliche Operation: Ihr Arzt ist gesetzlich verpflichtet, Sie über Erfolgsaussichten und gesundheitliche Risiken der Behandlungsformen aufzuklären. Auch muss er Sie schriftlich informieren, falls zusätzliche Kosten entstehen und in welchem Umfang diese von Ihrer Krankenkasse getragen werden oder nicht. Sie selbst bestimmen dann, ob und wie Sie behandelt werden möchten. Natürlich dürfen Sie eine medizinische Versorgung auch ablehnen – selbst wenn sie ärztlich geboten erscheint. Darüber hinaus dürfen Sie – oder auch eine Person Ihres Vertrauens – jederzeit Ihre Behandlungsunterlagen einsehen und kopieren. Kosten müssen Sie gegebenenfalls selbst bezahlen.

### Behandlungsfehler

Befürchten Sie, dass Sie fehlerhaft behandelt wurden und Ihrer Gesundheit dadurch ein Schaden entstanden ist, können Sie sich an die Landesärztekammern wenden. Dort gibt es Gutachter und Schlichtungsstellen, die kostenlos prüfen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. Auch der direkte Klageweg ist möglich. Die Krankenkassen sind laut SGB V verpflichtet, ihre Versicherten beispielsweise durch Beratung oder Gutachten des Medizinischen Dienstes zu unterstützen. Als Patient müssen Sie allerdings beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, und dass dieser einen Gesundheitsschaden verursacht hat. Nur bei groben Behandlungsfehlern, zum Beispiel einer Operation am falschen Bein, kommt es zu einer Umkehr der Beweislast: Der Arzt muss beweisen, dass der Behandlungsfehler nicht die Ursache für den erlittenen Gesundheitsschaden war.

## 1.3 Was die Versicherung bezahlt

Ob Medikamente, Einlagen, Bandagen oder Physiotherapie: Gesetzlich Versicherte haben Anspruch darauf, dass ihre Versicherung die Behandlungskosten trägt. Allerdings müssen die Leistungen der Krankenversicherung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, das heißt, Sie als Patient haben nur Anspruch darauf, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (die gemeinsame Vertretung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands) die Leistungen für ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich hält.

### Medikamente

So gut wie immer sind verschreibungspflichtige Medikamente erstattungsfähig. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente – beispielsweise gegen Erkältungskrankheiten oder Verdauungsbeschwerden, aber auch Nahrungsergänzungspräparate – dagegen nicht. Es gibt aber eine Ausnahme: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für alle Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Krankheiten als Therapiestandard gelten – etwa für Kalzium- und Vitamin-D-Präparate zur Behandlung von Osteoporose. Auch Folsäure bei MTX-Einnahme und künstliche Tränenflüssigkeit beim Sicca-Syndrom werden bezahlt. Die Namen dieser Ausnahme-Arzneimittel stehen auf der OTC-Übersicht (aus dem englischen „over the counter“, d.h. „über den Tresen“ der Apotheke), die Sie im Internet einsehen können und die auch bei den Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga erhältlich ist:

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

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



## Heil- und Hilfsmittel

Hilfsmittel wie Gelenkbandagen oder Badewannenlifter bekommen Sie vom Arzt verordnet, um den Behandlungserfolg zu sichern und Gesundheitsschäden auszugleichen. Sind sie aus medizinischer Sicht erforderlich und im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt, trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten:

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

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

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

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

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

## Zuzahlungen

Grundsätzlich leisten Versicherte Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent der Kosten des Heilmittels, mindestens jedoch 5, höchstens 10 Euro. Kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen als Zuzahlung leisten (Belastungsgrenze).

Für chronisch Kranke gilt: ein Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Chronisch krank ist, wer wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem festgestellten Pflegegrad 3 oder höher
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach § 30 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, weil ansonsten eine Verschlimmerung der Erkrankung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Kinder und Jugendliche unter 18 sind von Zuzahlungen befreit.

## Privat versichert

Für Personen, die privat krankenversichert sind, gibt es jenseits des „Basistarifs“, der den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar ist, keinen einheitlichen Leistungskatalog. Als Privatversicherter müssen sie jeweils anhand Ihres Versicherungsvertrages im Einzelfall prüfen, ob ein Anspruch auf die gewünschte Leistung besteht.

## Fahrtkosten

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten nach § 60 SGB V, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind und vom Arzt verordnet wurden. Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen. Diese Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Dazu gehören Fahrten zu Therapien mit hoher Behandlungsfrequenz und Fahrten, die zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist, zum Beispiel Fahrten zu onkologischen Strahlen- oder Chemotherapien. Oder die Fahrt ist aus medizinisch zwingenden Gründen notwendig und es liegt eine dauerhafte Einschränkung der Mobilität vor, so dass Fahrten mit Pkw oder öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich sind. Das trifft auf Versicherte zu, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) oder für Patienten, die eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung haben. Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung wird bei Patienten mit Pflegegrad 4 und 5 unterstellt. Bei Pflegegrad 3 muss der Arzt dies noch einmal bei „neuen Pflegefällen“ gesondert feststellen. Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in Pflegestufe 2 waren und einen Anspruch auf Fahrtkostenübernahme hatten und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, sind von der Feststellung ausgenommen. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können dabei sowohl somatische als auch kognitive Ursachen haben. Die dauerhafte Mobilitätseinschränkung bescheinigen Ärzte durch Ankreuzen des Feldes „Verordnung einer Krankenfahrt“ auf Verordnungsformular 4.

Versicherte, die keinen Schwerbehindertenausweis haben, aber dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, haben die Möglichkeit sich gleichstellen zu lassen. Dies wird von der Krankenkasse im jeweiligen Einzelfall überprüft.

## 1.4 Ansprechpartner rund um die Patientenrechte

Wenn Sie mit Ihrer medizinischen Behandlung nicht zufrieden sind oder das Gefühl haben, Leistungen, die Ihnen zustehen, nicht zu bekommen, können Sie selbstbewusster auftreten, wenn Sie Ihre Rechte kennen. Ein Großteil Ihrer in dieser Broschüre genannten Patientenrechte steht seit 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch. Sie finden sie unter §§ 630 a ff. sowie als **Veröffentlichung des Bundesgesundheitsministeriums**:

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

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

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

👉 [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Im Falle eines möglichen Behandlungsfehlers wenden Sie sich in erster Linie an Ihre gesetzliche Krankenkasse, die verpflichtet ist, Sie bei der Klärung zu unterstützen, zum Beispiel durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes. Diese Unterstützung ist für Sie kostenfrei. Die Landesärztekammern haben Gutachter- und Schlichtungsstellen eingerichtet, die ebenfalls den Vorwurf kostenfrei überprüfen.

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





**Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.**

Welschnonnenstr. 7  
53111 Bonn

Telefon 02 28-766 06-0

Fax 02 28-766 06-20

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

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

**Spendenkonto**

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Köln

IBAN: DE33 3006 0601 0005 9991 11

BIC: DAAEDED