

Rheuma und Sozialrecht

Patientenratgeber
für Ihre Rechte als
Rheumapatient





Inhalt

Rheuma und Recht	4
Schwerbehinderungen	8
Rehabilitation	16
Pflegeversorgung	20
Weiterführende Informationen	26



Liebe Patienten,

das Leben mit einer chronischen rheumatischen Erkrankung bringt viele Herausforderungen mit sich, denen man sich im Alltag stellen muss. Viele davon lassen sich nicht vorhersagen, man wird spontan damit konfrontiert. Da tut es gleich doppelt so gut, wenn man sich auf etwas verlassen kann: In diesem Wegweiser durch den Dschungel des Sozialrechts erhalten Sie Antworten auf die wichtigsten Fragen rund um Ihre Rechte als Rheumatiker. Außerdem erfahren Sie, welche Ansprechpartner Ihnen auf direktem Wege weiterhelfen können.

Und daran mangelt es in Deutschland nicht. Bereits im Grundgesetz ist in Artikel III, Absatz 3 verankert: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Darauf aufbauend hat der Gesetzgeber viele Entlastungen und Vorteile für Sie vorbereitet. Davon profitieren Sie allerdings nur, wenn Sie sich rechtzeitig über Ihre Möglichkeiten informieren.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viel Freude bei der folgenden Lektüre!

Ihr Pfizer-Team



TIPP

Die vollständige Fassung der Charta der Patientenrechte finden Sie im Internet:
► www.bmg.bund.de

Rheuma und Recht

Wer steht mir mit Rat und Tat zur Seite?

Wenn ein Mensch erfährt, dass er an einer chronischen rheumatischen Erkrankung leidet, hat er plötzlich mit vielen verschiedenen Anlaufstellen zu tun, die ihn zuvor wahrscheinlich viel seltener tangiert haben. Behörden, Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte usw. haben in der Regel bislang einen viel geringeren Platz im Leben eingenommen. Fast genauso wichtig wie die Auseinandersetzung mit der Krankheit an sich ist es deshalb, sich umfassend zu informieren, welche Rechte man hat und welche Einrichtungen im Zweifelsfall helfen können. So sitzt man sprichwörtlich „am längeren Hebel“.

Welche Rechte habe ich als Patient?

Patientenrechte werden in Deutschland viel diskutiert und sind nicht in einem einzelnen Gesetz festgeschrieben. Stattdessen ergeben sie sich aus den Grundrechten, vielen einzelnen rechtlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung.





Bundes- und Landesregierungen, Patientenverbände, Ärzteverbände und Krankenkassen haben deshalb gemeinsam beraten, wie die Patientenrechte bekannter gemacht und weiterentwickelt werden können. Daraus entstand zunächst die Charta der Patientenrechte, in der die bereits verwirklichten Rechte der Patienten zusammengefasst wurden. Sie beinhalten z. B.:

- + **Das freie Arztwahlrecht**
- + **Die Freiheit zum Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung**
- + **Den Anspruch auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung**
- + **Das Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen**
- + **Die Pflicht des Arztes, den Patienten vor der Behandlung persönlich über Art und Umfang der Maßnahmen und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären**

Welche Leistungen erhalte ich von meiner Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für die Therapie schwerer, langwieriger Krankheiten. Jedoch sind alle Versicherten verpflichtet, jährlich Zuzahlungen bis zu einer Grenze von allgemein

2 % des Bruttoeinkommens zu leisten. Chronisch Kranke, die an besonders schwerwiegenden Erkrankungen leiden, müssen höchstens 1 % des Bruttoeinkommens aufbringen.

Generell müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen (§ 12 SGB V). Demnach besteht Anspruch nur auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

An wen kann ich mich mit einer Beschwerde wenden?

Wenn Sie sich von einem Mitglied des Gesundheitssystems ungerecht behandelt fühlen, können Sie Ihre Beschwerde an die Ärzte- oder Zahnärztekammern, Krankenkassen, die für Ihren Wohnsitz zuständige Gesundheitsbehörde oder an freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen richten.



„Seit ich weiß, welche Rechte mir als Rheumatikerin zustehen und an wen ich mich im Zweifel wenden kann, gehe ich viel unbeschwerter mit meiner Krankheit um.“



„Mit einem Schwerbehindertenausweis kann ich zahlreiche Vorteile und Entlastungen in Anspruch nehmen. So bleibt mehr Zeit, die schönen Seiten des Lebens zu genießen.“

Schwerbehinderungen

Welche Entlastungen stehen mir im Alltag zu?

Die Begriffe „behindert“ oder „schwerbehindert“ werden von unserer Gesellschaft oft negativ assoziiert. Die meisten Menschen schrecken deshalb davor zurück, sich selbst so zu bezeichnen. Wenn Ihre rheumatische Erkrankung Sie allerdings im Alltag maßgeblich einschränkt, sollten Sie von den in Deutschland geltenden Rechten für Behinderte Gebrauch machen – denn diese bieten Ihnen zahlreiche Vorteile und Entlastungen. Es liegt in Ihrer Hand, der Umwelt zu zeigen, dass nicht alle (Schwer-)Behinderten hilflos oder pflegebedürftig sind, sondern auch oft ein ganz „normales“ Leben führen können. Mit einem Beruf, einer eigenen Familie und allem, was für Sie persönlich dazugehört. Und letztendlich tragen Sie auf diese Weise sogar dazu bei, dass die o. g. Begriffe deutlich realitätsgetreuer wahrgenommen werden.



Was bedeutet „behindert sein“?

Seit dem Jahr 2001 sind die Rechte von Behinderten in Deutschland im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) festgehalten. Der § 2 (1) besagt, dass Menschen behindert sind, „ (...) wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Wann liegt eine Schwerbehinderung vor?

Ob eine Schwerbehinderung vorliegt, wird auf Antrag vom zuständigen Versorgungsamt bzw. Landesamt überprüft. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie z. B. im Internet unter www.versorgungsamter.de. Dort können Sie auch Ihren Erstantrag ausdrucken und bequem zu Hause ausfüllen. Beigefügt werden müssen aktuelle Gutachten und Berichte Ihres Hausarztes oder Rheumatologen.

Der medizinische Dienst Ihres Versorgungsamtes überprüft in der Regel gemäß diesen Angaben die Bewilligung der Schwerbehinderung und somit die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises. Ausschlaggebend ist nicht die Krankheit, sondern die Ausprägung der damit verbundenen Einschränkungen.



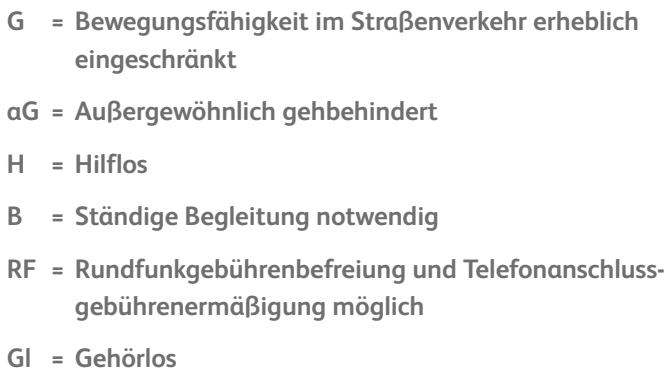


Die wichtigsten Infos zum Schwerbehindertenausweis

Mit dem Schwerbehindertenausweis kann ein Mensch seine gesundheitlichen Einschränkungen gegenüber Arbeitgebern, Sozialleistungsträgern, Behörden etc. nachweisen.

Um dem Schwerbehindertenausweis zu erhalten, muss die Schwere der Einschränkung, gemessen durch den „Grad der Behinderung“ (GdB) von 10 bis 100, mehr als 50 betragen. Er wird auf der Rückseite des Ausweises eingetragen und kann nachträglich, nach einer erneuten Prüfung durch das Amt, noch verändert werden.

Neben dem Grad der Behinderung können auf dem Ausweis auch zusätzlich gewährte Merkzeichen aus der folgenden Liste verzeichnet werden:

- 
- G** = Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt
 - aG** = Außergewöhnlich gehbehindert
 - H** = Hilflos
 - B** = Ständige Begleitung notwendig
 - RF** = Rundfunkgebührenbefreiung und Telefonanschlussgebührenermäßigung möglich
 - Gl** = Gehörlos

Der Schwerbehindertenausweis wird nur in den seltensten Fällen unbefristet ausgestellt – nämlich wenn eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse, die für den GdB maßgeblich gewesen sind, nicht zu erwarten ist. In der Regel beträgt die Gültigkeitsdauer höchstens 5 Jahre.

Denken Sie deshalb immer rechtzeitig an die Verlängerung Ihres Schwerbehindertenausweises, am besten etwa 3 Monate vor Ablauf.

Eine Verlängerung des Ausweises ist meist zweimal ohne besondere Formalitäten möglich. Wenden Sie sich dafür entweder an das zuständige Versorgungsamt oder an das Bürgeramt Ihres Wohnorts.

INFO

Wesentliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustands (positiv oder negativ) müssen Sie dem Versorgungsamt unverzüglich mitteilen. Der GdB und die Merkzeichen werden dann ggf. neu festgesetzt.



© BMAS

„Viele Menschen setzen eine Schwerbehinderung noch immer mit Hilflosigkeit gleich. Mir sieht man meine Behinderung nicht an, und ich stehe mitten im Leben.“

Vor- und Nachteile eines Schwerbehindertenausweises

Ein Schwerbehindertenausweis bringt für den Inhaber viele Erleichterungen mit sich. Trotzdem sollte im Voraus gründlich abgewogen werden, ob die Beantragung wirklich sinnvoll ist. Gerade junge Menschen, die am Anfang ihres Berufslebens stehen, können mit dem Ausweis Probleme bei der Jobsuche bekommen.

Wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen überwiegen, sollten Sie allerdings in der Regel nicht auf die Vorteile verzichten, die der Schwerbehindertenausweis mit sich bringt. Wir haben die vier wichtigsten Entlastungen für Sie zusammengefasst.

1. Steuerfreibeträge

Um die mit einer Behinderung verbundenen außergewöhnlichen Belastungen auszugleichen, bietet die Bundesrepublik Deutschland betroffenen Bürgern steuerliche Entlastungen an. Dabei handelt es sich um pauschale Steuerfreibeträge, die sich nach dem Grad der Behinderung richten.

Grad der Behinderung	Pauschalbetrag
25 und 30	€ 310,-
35 und 40	€ 430,-
45 und 50	€ 570,-
55 und 60	€ 720,-
65 und 70	€ 890,-
75 und 80	€ 1.060,-
85 und 90	€ 1.230,-
95 und 100	€ 1.420,-

+ Unabhängig davon beläuft sich der Steuerfreibetrag bei Merkzeichen „H“ (= hilflos) auf 3.700 Euro.

Die Entlastungen gelten für das gesamte Kalenderjahr, auch wenn die Behinderung z.B. erst im Dezember festgestellt wurde.

Falls Ihre Aufwendungen über dem Pauschalbetrag liegen, sollten Sie die tatsächlichen Kosten (mit Belegen) geltend machen. Denken Sie daran, Ihrer Einkommensteuererklärung eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises beizulegen.



2. Mobilität

- + Bei einer Einstufung unter dem Merkzeichen „**G**“ (**gehbehindert**) erhalten Sie eine Ermäßigung von 50 % auf die Kraftfahrzeugsteuer. Alternativ können Sie die öffentlichen Verkehrsmittel im Nahverkehr für nur 60 Euro im Jahr beliebig nutzen.
- + **Mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert)** werden Sie vollständig von der Kraftfahrzeugsteuer befreit und erhalten nach Bedarf zusätzlich die Wertmarke für die Fahrt im öffentlichen Personennahverkehr zum Preis von 60 Euro jährlich. Möglich sind zudem Parkerleichterungen.
- + **Sind Sie mit dem Merkzeichen „H“ (hilflos) eingestuft**, erhalten Sie 100 % Ermäßigung auf die Kraftfahrzeugsteuer und die Wertmarke für öffentliche Verkehrsmittel auf Antrag kostenlos.
- + **Bei dem Merkzeichen „B“ (ständige Begleitung notwendig)** beziehen sich die Vorteile im Einzelfall auch auf eine Begleitperson.
- + **Viele Fluggesellschaften bieten vergünstigte Konditionen für Behinderte an.**
- + **Die Deutsche Bahn vertreibt die „BahnCard 50“ ab einem GdB von 70 zum halben Preis.**





3. Wohnen

Menschen mit einer Schwerbehinderung stehen bei der Vergabe von Wohnungsbaudarlehen für den Bau oder Kauf von Eigenheimen im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus erhöhte Einkommensgrenzen zu.

Bei Mietobjekten erhalten Sie ggf. einen verbesserten Kündigungsschutz.

Wenn wegen der Behinderung Umbauten notwendig sind, erhält der Erkrankte bei einem GdB von 100 (bzw. 80 bei Pflegebedürftigkeit) vergünstigte Darlehen. Die Bewilligung ist jedoch vom jeweiligen Bundesland abhängig. Auskunft erhalten Sie bei den Wohnungsämtern in Ihrer Stadt oder Ihrem Landkreis.

Für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB ab 80 (bei häuslicher Pflegebedürftigkeit) gilt bei der Beantragung von Wohngeld ein Freibetrag von monatlich 125 Euro vom Familieneinkommen. Liegt der GdB unter 80, gilt ein Freibetrag von monatlich 100 Euro.

4. Beruf

Arbeit ist ein wichtiger Teil des Lebens, der auch schwerbehinderten Menschen nach Möglichkeit offenstehen sollte. Deswegen greift der Gesetzgeber ein und gewährt den betroffenen Arbeitnehmern z. B. einen verbesserten Kündigungsschutz, 5 Tage zusätzlichen Urlaub, die Befreiung von Überstunden sowie eine Vielzahl von begleitenden Hilfen. Zuständig sind in diesem Fall die Integrationsämter bei den Landeswohlfahrtsverbänden.

Viele weitere Informationen zum Thema Arbeit und Beruf finden Sie in unserer Broschüre „Aktiv im Job mit Rheuma“.



„In der Reha tanke ich Kraft und kann mich entspannen, um danach im Beruf wieder voll und ganz durchstarten zu können.“

Rehabilitation

Zurück zu alter Stärke

Eine Rehabilitation (auch Reha genannt) hat das Ziel, behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen dauerhaft auf ein möglichst unabhängiges Leben in Arbeit und Gesellschaft vorzubereiten bzw. wieder einzugliedern.

Während der medizinischen Rehabilitation werden chronische Erkrankungen und damit einhergehende körperliche und seelische Beeinträchtigungen intensiv behandelt. Bei rheumatischen Erkrankungen kann die Reha u. a. Physiotherapie, Ergotherapie, die Einstellung auf die medikamentöse Behandlung, psychologische Gruppen- und Einzeltherapie, Schmerzbewältigung, Muskelentspannungstraining und soziale Beratung beinhalten.

Ihr Anspruch auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Wenn die Erwerbsfähigkeit eines berufstätigen Rheumatikers aufgrund einer (drohenden) Behinderung erheblich gefährdet ist, tragen in der Regel die Rentenversicherungsträger (RV) die Kosten. Dafür sollten die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- + **Wartezeit von 15 Jahren oder 6 Monate geleistete Pflichtbeiträge innerhalb der letzten 2 Jahre**
- + **Erwerbsfähigkeit ist vermindert oder erheblich gefährdet und kann durch die Reha-Maßnahme verhindert oder minimiert werden.**
- + **Eintritt einer Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit kann abgewendet werden** (Wegfall seit 01.01. 2001, gilt nur noch für vor dem 02.01.1961 Geborene).

In besonderen Fällen fällt die Trägerschaft der Rehabilitation in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen (KK). Dies trifft z. B. zu, wenn:

- + **die Altersrente in Höhe von mindestens zwei Dritteln bezogen wird oder beantragt wurde oder**
- + **eine akute Bedürftigkeit in Form einer stationären Behandlung besteht oder**
- + **es sich bei den Patienten um Kinder, Studenten oder Rentner handelt.**

Wo und wie oft kann eine Reha beantragt werden?

Der Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme besteht gesetzlich alle 4 Jahre. Bei medizinischer Notwendigkeit oder schweren Funktionsstörungen ist eine häufigere Bewilligung möglich. Die Dauer beträgt in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist jedoch in begründeten Fällen möglich.

Ansprechpartner für die Beantragung der Reha ist die zuständige Rentenversicherung oder Krankenversicherung (s. o.). Beigefügt werden müssen in der Regel eine Bescheinigung der Krankenkasse über Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) und AU-Diagnosen sowie der Rentenversicherungsnachweis. Es folgen ein Befundbericht des behandelnden Arztes oder eines Gutachters der Rentenversicherung.

Nach der Antragstellung hat der Versicherungsträger 3 Wochen Zeit, um über die Bewilligung zu entscheiden. Diese Frist verlängert sich, falls ein Gutachter hinzugezogen wird. Der Bescheid muss dann spätestens 14 Tage nach Erstellen des Gutachtens beim Antragsteller eintreffen. Dauer, Umfang, Beginn, Ort und Art der Einrichtung werden individuell bestimmt. Der Erkrankte hat laut Sozialgesetzbuch IX ein Mitbestimmungsrecht, wie und wo die Leistungen durchgeführt werden sollen. Persönliche Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Bei der Auswahl der passenden Einrichtung unterstützen z. B. die deutschlandweit vertretenen Reha-Servicestellen.



Kommen mit der Reha Kosten auf mich zu?

Erwachsene Berufstätige müssen bei einer stationären Rehabilitation einen Selbstbehalt für Aufwendungen des täglichen Lebensunterhalts leisten. Dabei handelt es sich um Kosten, die auch ohne die Reha anfallen würden. Die Zuzahlung beträgt in der Regel 10 Euro pro Tag und fällt höchstens 42 Tage pro Kalenderjahr an. Bei teilstationären Angeboten, Minderjährigen oder besonderen Härtefällen entfällt dieser Beitrag.

INFO

Wird der Reha-Antrag abgelehnt, kann Widerspruch eingelegt werden. Bei erneutem Misserfolg kann der Versicherte Klage beim Sozialgericht einreichen.

Weitere Informationen dazu finden Sie im Internet unter:
www.reha-servicestellen.de



„Ich bin froh über das vielseitige Pflegeangebot in Deutschland.
Mich besucht täglich ein ambulanter Pflegedienst zu Hause.
So kann ich viel Zeit mit meiner Familie verbringen.“

Pflegeversorgung

Ihr Anspruch auf Hilfeleistungen

Laut §14 (1) PflegeVG (Pflegeversicherungsgesetz) sind Personen pflegebedürftig, „(...) die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“.

Zu den Krankheiten in Absatz 1 zählen u. a. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat und Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane. Im Verlauf der Krankheit sind somit auch manche Rheumatiker auf Pflegeleistungen angewiesen.

In Deutschland ist jeder, der krankenversichert ist, auch pflegeversichert. Bei gesetzlich Versicherten geschieht das automatisch, privat Versicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Auf diese Weise wird gesichert, dass bedürftige Menschen im Pflegefall unterstützt werden.

Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung oft nicht alle Kosten der Pflege ab. Der Pflegebedürftige oder seine Familie müssen demnach einen Teil selbst tragen. Im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Welche Pflegeleistungen kann ich beanspruchen?

Wann und welche Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden, hängt von Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit ab. Generell können vier Bereiche der Hilfeleistungen unterschieden werden:

- + **Körperpflege:** Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung etc.
- + **Ernährung:** Mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
- + **Mobilität:** Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- + **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Spülen, Wechseln und Waschen von Wäsche und Kleidung, Beheizen etc.





Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird das bestehende System der drei Pflegestufen ab dem 01.01.2017 durch ein neues System aus fünf Pflegegraden ersetzt. Durch ein neues Begutachtungsassessment (NBA) werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst, unabhängig davon, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Entscheidend für die Einstufung in die Pflegegrade ist der Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen.

Die Pflegegrade sind:

- + Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**
- + Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**
- + Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**
- + Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**
- + Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.**

Wie und von wem der Bedürftige gepflegt wird, kann eigenständig entschieden werden. Die Pflege zu Hause kann z. B. von einem ambulanten Pflegedienst oder einem Angehörigen übernommen werden. Auch professionelle Einzelpflegekräfte werden immer beliebter. Wer sich für ein Pflegeheim entscheidet, kann zwischen vollstationärer, teilstationärer oder Kurzzeitpflege wählen.

Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Zunächst einmal müssen die Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse beantragt werden. Einen Ansprechpartner erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse. Im Anschluss stellt in der Regel der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Pflegebedürftigkeit fest. Meist geschieht dies bei einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch eines Gutachters.

Der Gutachter ermittelt, ob und wie viel Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und im Haushalt benötigt wird. Dabei orientiert er sich an den seit dem 1. Juni 1997 bundesweit einheitlich geltenden Begutachtungsrichtlinien. Die darin enthaltenen Werte dienen als Anhaltsgrößen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in Pflegegrade. Ausschlaggebend ist jedoch der individuelle Hilfebedarf.

Was ist, wenn ich keine Pflege mehr benötige?

Rheumatische Erkrankungen treten schubweise auf und können heute mit modernen Behandlungstherapien äußerst effektiv therapiert werden. Aus diesen Gründen kommt es nicht selten vor, dass die Pflegebedürftigkeit nur vorübergehend besteht. Sobald sich der Zustand längerfristig verbessert, ist die zu pflegende Person verpflichtet, ihre Pflegekasse darüber zu informieren.





„Wenn man als Rheumatikerin auf Pflege angewiesen ist, dauert das heute zum Glück oft nur kurz. Dank der modernen Behandlungsmöglichkeiten stehe auch ich bald wieder auf eigenen Beinen.“



„Der Umgang mit Gleichgesinnten gibt mir Kraft und Hoffnung.
Durch den Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfegruppe lerne
ich immer wieder Neues dazu.“

Weiterführende Informationen

Wichtige Adressen und Ansprechpartner

Rheuma-Selbsthilfegruppen

- + www.rheuma-liga.de
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14, 53111 Bonn
- + www.bechterew.de
DVMB
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
Bundesverband
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt



Weitere Informationen für Betroffene und Interessierte zum Thema Rheuma

- + www.dgrh.de
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, 10179 Berlin
- + www.rheumanet.org
Das Deutsche Rheumahaus bietet verschiedene Informationen und Links zu rheumatischen Erkrankungen.
- + www.rheuma-online.de
Informationen zu Rheuma von A bis Z; aktuelle Nachrichten zu Erkrankung und Therapiemöglichkeiten, Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch von Betroffenen
- + www.rhzm.de
Rheumazentrum München: Rheuma von A bis Z, mit zahlreichen Fotos und Möglichkeit zur Arztsuche



Pfizer Pharma GmbH

+49 (0)30 550055-01 | info@pfizer.de

www.wegweiser-rheuma-psoriasis.de