

AUS DEN AKTEN DES SOVD

Schwarzbuch sozial

2021/2022

VORWORT

Gemeinsam stark: Wir stehen Betroffenen zur Seite

Liebe*r Leser*in,

täglich sehen wir in unserer Beratung Fälle, in denen unseren Mitgliedern von Ämtern und Behörden Steine in den Weg gelegt werden. Egal, ob es um Rente, Pflege, Behinderung, Gesundheit oder Hartz IV geht: Häufig fühlen sich Betroffene mit ihren Problemen alleine gelassen und in ihrem verzweifelten Kampf nicht wahrgenommen. Als größter Sozialverband in Niedersachsen stehen wir ihnen deshalb mit unserer großen SoVD-Gemeinschaft in unseren 50 Beratungszentren im Land mit Rat und Tat zur Seite.

Dass das auch immer wieder nötig ist, zeigt die aktuelle Ausgabe unseres „Schwarzbuchs sozial“: Da wird zum Beispiel der Pflegegrad einfach aberkannt, weil das Gutachten nicht korrekt war. Da soll eine Seniorin ihre Wohnung verlassen, weil die Miete angeblich zu hoch ist. Da wird eine Reha nicht genehmigt, weil die Langzeitfolgen einer Corona-Erkrankung vermeintlich nicht so schlimm sein sollen. All das passiert, weil Behörden und Krankenkassen oftmals in erster Linie ihre wirtschaftlichen Interessen im Blick haben und die Person, die hinter dem Fall und der Akte steckt, nicht ausreichend wahrgenommen wird.

Unser Schwarzbuch zeigt auch dieses Mal: Manchmal sind es Routinen, manchmal aber auch sehr spezielle Fälle. Ihnen gemeinsam ist die Tatsache, dass die Betroffenen in ihrer jeweiligen Situation nicht weiterwissen und einen starken Partner an ihrer Seite brauchen. In solchen

Situationen sind wir natürlich gerne für unsere Mitglieder da.

Wir nutzen das Schwarzbuch aber auch, um mit den Verantwortlichen ins Gespräch zu kommen – sei es mit den Institutionen oder mit der Politik. Denn: All das, was wir in unserer Beratung sehen, ist das Ergeb-



nis einer Sozialpolitik, bei der sich einiges ändern muss, wenn unsere Gesellschaft gerechter werden soll – zum Beispiel bei der Bekämpfung von Armut, bei der Entlastung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen oder bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung. Dafür, dass die Betroffene zu ihrem Recht kommen und ein Sprachrohr in der Politik haben, machen wir uns als SoVD jeden Tag stark.

Bernhard Sackarendt

1. Landesvorsitzender
SoVD-Landesverband Niedersachsen



Gesundheit / Krankenkasse

Reha abgelehnt? Wichtige Therapien verweigert? Krankenkassen stellen sich oft quer, wenn es um die Interessen ihrer Versicherten geht.

S. 6

Pflege

Falsche Gutachten und lange Bearbeitungszeiten – Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben oft mit zahlreichen Problemen zu kämpfen, obwohl die Belastung sowieso schon groß ist.



S. 18



S. 24

Soziales

Wenig sozial: Gerade Berufsgenossenschaften verweigern die Anerkennung von Arbeitsunfällen und Zahlungen, wenn es um viel Geld geht.

Behinderung / Inklusion / Barrierefreiheit

Teilhabe für alle Menschen? Das scheint häufig nicht das oberste Ziel von Behörden und Ämtern zu sein. Vielmehr verschleppen sie die Ausstellung von Schwerbehindertenausweisen oder lehnen Merkzeichen ab.

S. 34



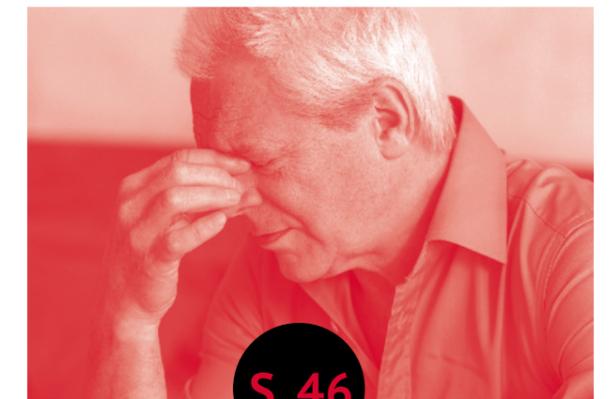
S. 44

Arbeitsmarkt / Hartz IV

Anstatt alles zu tun, damit Menschen wieder einen Job finden, legen Jobcenter gerade Hartz-IV-Empfänger*innen oft Steine in den Weg.

Rente

Bis vor das Gericht: Behörden setzen Betroffene häufig unter Druck und scheuen auch eine Klage nicht. Das kostet Geld und vor allem Zeit, die viele Versicherte nicht haben.



S. 46



Baldige Genesung:
Bei Long Covid kann eine Reha helfen. Dabei ist es jedoch wichtig, dass sich die Einrichtung mit den Langzeitfolgen einer Corona-Infektion auskennt.

Foto: Adobe Stock

„Ich bin einfach nicht mehr der Mensch, der ich vor meiner Erkrankung war“

Long Covid: Rentenversicherung lehnt Reha-Antrag ab

Im März 2021 infiziert sich Nicole V. (Name geändert) bei der Arbeit mit dem Corona-Virus. Auch Monate nach der Ansteckung ist sie noch nicht wieder fit und leidet unter massiven gesundheitlichen Einschränkungen. Deshalb beantragt die 52-Jährige eine Reha. Doch die Deutsche Rentenversicherung Bund lehnt den Antrag ab – bis sich der SoVD einschaltet.

Als Physiotherapeutin arbeitet Nicole V. dicht mit ihren Patient*innen zusammen. So steckt sie sich auch im März vergangenen Jahres mit dem Corona-Virus an. „Zu diesem Zeitpunkt konnten wir Physiotherapeuten uns noch nicht impfen lassen.

Das kam erst kurze Zeit später“, erzählt die 52-Jährige. Die Symptome hätten sich angefühlt wie eine schlimme Grippe. „Das Ganze hat sich auch relativ lange hingezogen“, berichtet sie weiter.

Als sie nicht mehr krankgeschrieben ist, kehrt sie in ihren Job zurück. Doch wirklich fit ist sie noch nicht. „Nach zwei bis drei Stunden war ich völlig erschöpft. Ich konnte nur arbeiten, wenn ich mich vorher und nachher einige Zeit ausgeruht habe“, so Nicole V. Damals habe sie sich noch nicht viel dabei gedacht: „Ich habe mir immer gesagt: Das wird schon. Das braucht halt seine Zeit. Mit Corona ist eben nicht zu spaßen.“

Doch die massiven gesundheitlichen Einschränkungen bleiben. Die Physiotherapeutin ist permanent erschöpft, hat starke Konzentrationsschwierigkeiten, leidet an Vergesslichkeit, Migräne und Rückenbeschwerden. In den nächsten Monaten ist klar: Nicole V. hat Long Covid. Diese Langzeitfolgen der Corona-Infektion werden nicht so schnell nachlassen.

„Ich habe vieles versucht. Ich habe manuelle Therapie und Ergotherapie bekommen und bin ja auch permanent in ärztlicher Behandlung. Doch nichts davon hat meine Situation wirklich verbessert“, sagt Nicole V. Besonders schlimm sei die Untersuchung bei einem Neurologen für sie gewesen: „Er hat verschiedene Tests mit mir gemacht. Bei einem sollte ich eine Uhr zeichnen. Das konnte ich nicht. Ich wusste einfach nicht mehr, wie das geht. Das hat mir furchtbare Angst gemacht.“ Auch an Gespräche mit ihren Kindern kann sich die 52-Jährige oft nicht erinnern.

„Ich weiß dann nicht mehr, was sie mir erzählt haben. Als hätte ich Demenz. Ich bin einfach nicht mehr der Mensch, der ich vor meiner Erkrankung war“, berichtet sie.

„Ich hatte das Gefühl, dass man mir nur Knüppel zwischen die Beine wirft und dachte, ich schaffe das nicht alleine.“

Für Nicole V. ist im Sommer 2021 klar: So kann es nicht weitergehen. Deshalb beantragt sie eine Reha bei der Deutschen Rentenversicherung. Doch diese wird abgelehnt. Die Begründung: Die Arbeitsfähigkeit von Nicole V. sei durch die angegebenen Gesundheitsstörungen nicht erheblich eingeschränkt. Die Behandlung durch einen Nervenarzt oder einen Psychotherapeuten sei ausreichend.

„Ich hatte das Gefühl, dass man mir nur Knüppel zwischen die Beine wirft und dachte, ich schaffe das nicht alleine“, sagt die Physiotherapeutin. Deshalb wendet sie sich an den SoVD in Osnabrück. SoVD-Beraterin Mirja Mohrhenn legt sofort Wider-

spruch ein. „Die Arztberichte von Frau V. zeigen ganz deutlich, dass sie bereits alles versucht hat, um wieder komplett gesund zu werden. Leider hat das bislang nicht geholfen. Sie geht zwar weiterhin arbeiten, aber das geht definitiv zu Lasten ihrer Gesundheit“, betont Mohrhenn. Zu behaupten, dass es bei der Erwerbsfähigkeit keine Einschränkungen gebe, sei zynisch. Der SoVD-Widerspruch hat schließlich auch Erfolg, Nicole G. bekommt die Genehmigung für eine Reha.

SoVD erkämpft Reha-Buggy für Fünfjährigen

Kein persönlicher Eindruck: Medizinischer Dienst prüft nur nach Aktenlage

Der fünfjährige Tom R. (Name geändert) aus dem Landkreis Goslar ist wie viele Kinder in seinem Alter: neugierig und aufgeweckt. Doch aufgrund seiner Behinderung, weiterer Erkrankungen sowie einer diagnostizierten Weglauftendenz mit anschließenden starken Erschöpfungssymptomen benötigt er einen Reha-Buggy. Dieser soll gewährleisten, dass er – wie andere Kinder ohne Behinderung auch – am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Doch seine Krankenkasse stellt sich quer und verweigert die Zahlung.

Wenn Maja R. mit ihrem Sohn unterwegs ist, ist das für sie häufig sehr herausfordernd. Denn: Bei Tom wurde nicht nur Trisomie 21, sondern auch Muskelhypotonie und eine motorische Entwicklungsverzögerung festgestellt. Zudem hat er einen ausgeprägten Bewegungsdrang und selbst kein Gefahrenbewusstsein. Im Alltag bedeutet das: Es schließt sich bei dem Fünfjährigen an eine sehr aktive Phase häufig eine totale Erschöpfung an. „Er möchte dann natürlich auf den Arm und von mir getragen werden. Er wiegt allerdings mittlerweile 16 Kilo, das schaffe ich dauerhaft nicht mehr“, erzählt Maja R.

Genau für solche Fälle gibt es sogenannte Reha-Buggys. Sie sind speziell auf Kinder mit Toms Bedürfnissen ausgerichtet. „Ein herkömmlicher Buggy funktioniert in dem Fall leider alleine schon aufgrund seines Gewichts nicht“, so die 42-Jährige. Deshalb beantragt sie die Übernahme der Kosten – über 2.200 Euro – bei ihrer Krankenkasse.

„Ehrlich gesagt habe ich irgendwie schon mit einer Ablehnung gerechnet. Und so kam es dann ja auch“, erklärt Maja R. Die Begründung der Krankenkasse: Dass Tom Gefahren nicht einschätzen könne, sei bei Kindern in seinem Alter normal. Der Buggy sei deshalb nicht notwendig.

Das will Toms Mutter nicht auf sich sitzen lassen. „Der Buggy sollte uns den Alltag erleichtern. Ich wollte ja gar nicht mehr, als ich tatsächlich brauche“, betont sie. Für weitere Unterstützung wendet sie sich an das SoVD-Beratungszentrum in Goslar.

„Ich wollte ja gar nicht mehr, als ich tatsächlich brauche.“

Für Christoph Ponto, Leiter des Beratungszentrums, ist klar: „Die Entscheidung der Krankenkasse ist nicht in Ordnung.“

Es gab zwar eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, diese erfolgte allerdings nicht persönlich, sondern nur nach Aktenlage. Wenn man sich den Ablehnungsbescheid anschaut, hat man nicht das Gefühl, dass sich der Medizinische Dienst mit der

Problematik wirklich auseinandergesetzt hat“, erläutert der Jurist.

Ponto legt in Toms Namen Widerspruch ein und fügt eine kinderorthopädische Einschätzung bei. Der SoVD-Berater macht deutlich, dass der Reha-Buggy Tom die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und einen Ausgleich seines Funktionsdefizites ermöglichen solle.

Sein Einsatz hat Erfolg: Im Januar kommt der Bewilligungsbescheid für den Reha-Buggy. Die Krankenkasse lenkt doch noch ein und übernimmt die Kosten.

Mittendrin:
Für Kinder mit Behinderung bedeuten Reha-Buggys oder spezielle Kinderwagen oft die Möglichkeit, mit dabei zu sein.

Foto: Adobe Stock



Nach langem Kampf: MS-kranker Rollstuhlfahrer erhält Treppenlift

SoVD-Widerspruch hat Erfolg

Stefan Biernath ist durch eine Erkrankung auf einen Rollstuhl angewiesen. Er wünscht sich, dass er mit einem Fahrstuhl in das Obergeschoss seines Wohnhauses gelangen kann, das barrierefrei ausgebaut ist. Eine Kostenübernahme für Material und Einbau lehnt die Betriebskrankenkasse Mobil Oil zunächst ab. Gegen diese Entscheidung legt der Sozialverband Deutschland (SoVD) erfolgreich Widerspruch ein.

Aufgrund der gesundheitlichen Folgen einer Multiplen Sklerose (MS)-Erkrankung ist der ehemalige Lkw-Fahrer Stefan Biernath auf einen Rollstuhl angewiesen. Da er die Diagnose MS erst erhält, als ein großer Teil seines Einfamilienhauses bereits fertiggestellt ist, kann nur noch das Obergeschoss barrierefrei gestaltet werden, das Biernath nun aufgrund seiner schweren Gehbeeinträchtigung nur noch sehr selten verlassen kann. „Runter geht es noch, hoch kann ich aber kaum noch laufen“, sagt der 52-Jährige. Dabei ist er gerne draußen und möchte auch weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Sein Wunsch ist es, dass ein Fahrstuhl eingebaut wird, der ihn zusammen mit seinem Rollstuhl in die erste Etage bringt.

Doch eine Kostenübernahme lehnt seine Krankenkasse zunächst ab. Stattdessen soll

Biernath ins Erdgeschoss seines Hauses ziehen. Als Begründung dient der Kasse ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD). Darin wird festgestellt, dass das Erdgeschoss ebenso als Wohnraum genutzt werden könne und der Einbau eines Fahrstuhls unnötig sei. Das sieht Biernath allerdings ganz anders. „Das Erdgeschoss ist so schlecht geschnitten, dass ich dort mit dem Rollstuhl nicht klarkomme“, erklärt er. Das bestätigt auch sein Pflegedienst „Therapiezentrum und Sozialdienste Emlichheim“, der in einer Stellungnahme deutlich macht, dass das

Untergeschoss nicht barrierefrei ist. „Oben sind die Räume von einem großzügigen Flur aus zu erreichen und auf seine Bedürfnisse abgestimmt“, heißt es in der Stellungnahme. Ein vom MD vorgeschlagener barrierefreier Umbau des Erdgeschosses sei laut Biernath mit großen bautechnischen Schwierigkeiten verbunden. Einen Anbau würde das Bauamt der Stadt nicht genehmigen, da hierfür der Platz fehle. Ohnehin sei ein

Umbau viel kostenaufwändiger als der Einbau des gewünschten Fahrstuhls, wie der 52-Jährige versichert, der sich bereits über passende Fahrstuhlmodelle und deren Preise informiert hat. „Ich kann deshalb nicht verstehen, warum die Lösung, die ich mir wünsche und die der

„Ich kann nicht verstehen, warum die Lösung, die ich mir wünsche und die der einfachste Weg wäre, nicht bewilligt wurde.“



Unüberwindbar: Die Treppe zum Obergeschoss seines Hauses bedeutet für Stefan Biernath ein enormes Hindernis. Mit Hilfe des SoVD hat er erreicht, dass ihm ein Rollstuhltreppenlift von der Krankenkasse bezahlt wird.

Foto: Heinrich Schepers

einfachste Weg wäre, nicht bewilligt wurde“, so Biernath.

Doch er will sich trotz dieser Rückschläge nicht entmutigen lassen und sucht Hilfe beim SoVD in Nordhorn. Gegen den Bescheid der Krankenkasse legt der SoVD Widerspruch ein. „Es sprachen einige Gründe dafür, dass dem Wunsch von Herrn Biernath entsprochen werden sollte“, sagt Sozialberater Joachim Feldkamp aus dem SoVD-Beratungszentrum. „Dass er nicht ins Erdgeschoss umziehen kann, hat Herr Biernath überzeugend dargelegt und wurde durch das beigefügte Attest des Therapiezentrums Emlich-

heim nochmals bestätigt“, so der Sozialberater. Der Verweis der Kasse darauf, dass bauliche Maßnahmen wirtschaftlicher seien, sei demzufolge nicht nachvollziehbar. Dies sei im Widerspruch deutlich gemacht worden.

Einige Wochen nach Versand des Widerspruchs kommt für Biernath die gute Nachricht, dass der Einbau eines Treppenlifts von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil bewilligt wird. Der Lift wird ein paar Wochen später installiert. „Ich habe mich sehr gefreut und bin sehr erleichtert, dass ich jetzt problemlos in meine Räume gelangen kann“, erzählt Biernath.

Blindenführhund: Krankenkasse lenkt ein

SoVD-Mitglied bekommt nach langwierigem Klageverfahren Recht



Fest an der Seite: Damit ein Blindenführhund gut führen lernen kann, kommt er in jungen Jahren zu seinem*seiner Halter*in. Gemeinsam muss ein spezielles Training absolviert werden.

Foto: iStock

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine bei ihnen vorliegende Behinderung ausgleichen. So können Krankenversicherungen grundsätzlich auch Anschaffungs- und Haltungskosten für einen Blindenführhund übernehmen, da dieser hilft,

eine Sehbehinderung auszugleichen. Anspruchsberechtigt sind Personen, die blind oder hochgradig sehbehindert sind. Doch oftmals werden Ansprüche abgelehnt – wie im Fall des SoVD-Mitglieds Frank S. (Name geändert). Erst im Klageverfahren, das der SoVD für sein Mitglied führt, lenkt die Krankenkasse schließlich ein.

Aufgrund der fortschreitenden Augenerkrankung Retinitis pigmentosa bleibt dem 53-jährigen Frank S. nur ein kleiner Sehrest. Im Verlauf der nicht heilbaren Erkrankung vermindert sich die Sehfähigkeit durch eine zunehmende Zerstörung der Netzhaut. Viele Jahre lang habe er sich gut mit dem Langstock fortbewegen können, sagt Frank S. Aber da die Krankheit voranschreitet und in den vergangenen Jahren weitere körperliche Einschränkungen hinzugekommen sind, beantragt er 2018 bei seiner Krankenversicherung, der Techniker Krankenkasse (TK), die Kostenübernahme für einen Blindenführhund. „Ich habe eine augenärztliche Verschreibung für den Führhund mitgeschickt und einen Kostenvorschlag für die Anschaffung beigefügt“, erzählt er. Frank S. hat gründlich über die Entscheidung nachgedacht: „Ich kenne schon sehr lange die Sprecherin einer Führhund-Gruppe und habe 15 Jahre lang überlegt, ob ich mir selbst auch einen Hund anschaffen sollte.“ Denn natürlich bedeute das auch viel Verantwortung für ein Lebewesen, so Frank S.

Doch die TK schickt einen negativen Bescheid und lehnt die Kostenübernahme für den Führhund ab. Stattdessen schlägt die Krankenkasse vor, das SoVD-Mitglied solle den Langstock benutzen und verweist auf einen Hindernismelder als Hilfsmittel.

Daraufhin wendet sich Frank S. zur Unterstützung an den SoVD. „Es ist leider nicht ungewöhnlich, dass Krankenversicherungen Anträge aus Kostengründen ablehnen und auf andere Hilfsmittel verweisen“, weiß Anja Gieselmann, Sozialberaterin im SoVD-Beratungszentrum Hannover. Die Anschaffungskosten für speziell ausgebildete Blindenführhunde liegen bei etwa 25.000 Euro, dazu kommen fortlaufende Haltungskosten. „Blinde haben Anspruch auf Behinderungsausgleich, der es ihnen ermöglicht, sich sicher und unabhängig zu bewegen. Dieses Hilfsmittel muss geeignet, erforderlich und verhältnismäßig, also wirtschaftlich, sein“, schildert Gieselmann. Für die Sozialberaterin ist jedoch unverständlich, dass die Krankenkasse nur nach Aktenlage entscheidet.

Der SoVD legt für Frank S. Widerspruch bei der TK ein und begründet darin genau, warum ein Führhund zur Fortbewegung und Orientierung erforderlich sei: Denn neben dem Sehen ist auch sein Hörvermögen deutlich eingeschränkt. „Die Hör-

„Die Krankenkasse hätte ein aktuelles Gutachten einholen können.“

minderung ist so stark ausgeprägt, dass Herr S. Geschwindigkeiten und Entfernungen von Fahrzeugen, vor allem von E-Autos, nicht einschätzen kann“, sagt Gieselmann.

Aufgrund der Blindheit und der Hörminderung sei Frank S. im Straßenverkehr sehr gefährdet und ein Langstock nicht hilfreich, schildert sie. Zudem habe er eine Einschränkung der Wirbelsäule, die es ihm erschwere, den Langstock zu halten. Dies führe zudem zu Schwindel und Schulterschmerzen. Frank S. hat bereits zwei große Rücken-Operationen hinter sich, bei denen Stäbe zur Stabilisierung seiner Wirbelsäule eingesetzt wurden. Doch auch den Widerspruch des SoVD weist die TK nach einem Jahr ab. Gieselmann kann diese Entscheidung nicht nachvollziehen: „Die Krankenkasse kennt die Grunderkrankungen des Mitglieds und hätte ein aktuelles Gutachten über seine Einschränkungen einholen können.“ Auch Frank S. hat kein Verständ-

nis für die Argumente der TK. Vor allem ärgert er sich darüber, dass die Krankenkasse den beigefügten Untersuchungsbericht seines Ohrenarztes nicht ernstgenommen hat. Für ihn ist aber klar, dass er nicht aufgeben wird: „Ich habe gleich gesagt: ‚Dann klagen wir eben.‘“ Im Juli 2020 reicht Gieselmann beim Sozialgericht Hannover eine Klage gegen die TK ein. In der Hoffnung, die Entscheidung zu beschleunigen, beauftragt Frank S. ein Gutachten über sein Hörvermögen. Ein unabhängiger Arzt untersucht ihn noch einmal ganz genau und erstellt ein 21-seitiges Gutachten. Dieses bestätigt, dass eine erhebliche Hörminderung vorliegt. Nach einem Jahr im Klageverfahren lenkt die TK ein und erkennt den Anspruch auf einen Führhund an. Seit einigen Monaten lebt der Hund bei ihm. Damit aus Halter und Hund ein Team wird, gebe es eine Einweisung der Führhund-Schule, die noch nicht abgeschlossen sei, berichtet Frank S. Noch stimmen sich beide genau aufeinander ein. „Natürlich ist das auch mit Arbeit verbunden“, sagt er. „Aber meine Frau und ich sind sehr froh, dass der Hund nun da ist und freuen uns darüber, was er mir ermöglicht und zurückgibt.“

„Ich habe gleich gesagt: ‚Dann klagen wir eben.‘“

Krankenkasse verweigert Rentner lebenswichtige Behandlung

SoVD klagt erfolgreich für 84-Jährigen

Michael K. (Name geändert) ist durch eine Erkrankung auf eine regelmäßige Behandlung mit Antikörpern, sogenannten Immunglobulinen, angewiesen. Doch obwohl sich der Gesundheitszustand des 84-Jährigen dadurch erheblich gebessert hat, ist Michael K.s Krankenkasse nicht mehr bereit, die Therapiekosten zu tragen. Der SoVD klagt erfolgreich gegen die Entscheidung.

Michael K. leidet seit 1992 an einer seltenen Erkrankung, die dazu führt, dass sein Immunsystem nicht mehr richtig arbeitet. Der ehemalige Bergarbeiter hat deshalb immer wieder Lungenentzündungen, die schwer verlaufen. Mehr als einmal war sein Zustand lebensbedrohlich. „Am Anfang musste ich bis zu sechsmal im Jahr behandelt werden. Ich kann nicht sagen, wie oft ich schon in einer Klinik lag, weil es mir so schlecht ging“, sagt der 84-Jährige. Die übliche Behandlung mit Antibiotika habe immer nur vorübergehend geholfen. Es stellen sich zunehmend Resistenzen ein und es muss auf sogenannte Reserveantibiotika zurückgegriffen werden. Erst 1998, nachdem Michael K. sich an die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wendet, kann die richtige Diagnose gestellt und eine geeignete Therapie gefunden werden. Der Direktor der Klinik für Immunologie und Rheumatologie der MHH, Prof. Dr. Reinhold Ernst Schmidt, diagnostiziert damals ein „Antikörpermangelsyndrom bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz“. Michael K. bekommt seither alle zwei bis drei Wochen Antikörper, die sein Immunsystem unterstützen. Durch die Gabe dieser sogenannten Immunglobuline hat sich sein Gesundheitszustand erheblich verbessert. „Ich bin zwar nicht geheilt, aber die Zahl der

schweren Infektionen hat sich durch die Therapie stark reduziert“, sagt der Rentner. Auch Schmidt, der Michael K.s behandelnder Arzt geblieben ist, zeigt sich überzeugt, dass die Behandlungsmethode effektiv hilft.

Bis 2009 hat Michael K. durch die Medikamente, die ihm in der MHH ambulant verordnet und verabreicht werden, ein einigermaßen sorgenfreies Leben. Doch nach einer Überprüfung seines Gesundheitszustandes durch den Medizinischen Dienst (MD) bestreitet seine Krankenkasse, dass die Behandlung notwendig sei und erklärt dem Rentner, dass sie diese nicht weiter bezahlen werde. Als Begründung gibt die Krankenkasse ein Gutachten des MD an, in dem dargelegt wird, dass die Erkrankung nicht akut lebensbedrohlich sei. „Ich war sehr geschockt, als mir mitgeteilt wurde, dass die Behandlung abgebrochen werden soll“, sagt der 84-Jährige. Für ihn steht fest, dass er sich mit dieser Haltung der Krankenkasse nicht abfinden will.

So beginnt für K. ein zehnjähriger Kampf um die Fortführung der für ihn so wichtigen Behandlung. Unterstützt wird er dabei vom SoVD, der umgehend Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse einlegt. „Dass diese für Herrn Schulze notwendige Therapie nicht weitergeführt werden durfte, war schon eine harte Entscheidung der Krankenkasse“, findet Karin Thiede, die als Juristin für den SoVD-Landesverband Niedersachsen arbeitet und das Eil- und Berufungsverfahren betreut.

Nachdem die Kasse dem Widerspruch nicht stattgibt, klagt der SoVD in Vertretung für den 84-Jährigen zunächst vor dem Sozialgericht in Hannover, dann vor dem Landessozialgericht Nie-

dersachsen-Bremen in Celle. Eilverfahren und Klage vor dem Sozialgericht Hannover sind zunächst erfolglos, jedoch in zweiter Instanz vor dem Landessozialgericht erfolgreich. „Somit konnten aufgrund der positiven Eilentscheidung des Landessozialgerichts die Therapie mit den Immunglobulinen an der MHH zumindest vorerst weiterlaufen und lebensbedrohliche Situationen abgewendet werden“, berichtet Thiede. Schließlich hätten die Medikamente nachweislich geholfen. Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Kostenübernahme der Therapie steht jedoch unter dem Vorbehalt einer endgültigen gerichtlichen Entscheidung, sodass der Kläger während der gesamten weiteren Verfahrensdauer befürchten muss, die entstandenen Kosten doch noch selbst tragen zu müssen. „Ich bin eigentlich ein ruhiger Typ, aber das hat mich sehr aufgeregt und belastet“, so Michael K. Vor allem der lange Zeitraum, in dem er keine Sicherheit gehabt habe, ob das Gericht endgültig zu seinen Gunsten entscheiden würde, habe ihn stark mitgenommen.

Durch mehrere Instanzen wird von Seiten der Krankenkasse immer wieder bestritten, dass die Erkrankung lebensbedrohlich sei, obwohl zwei Sachverständigengutachten aus 2011 und 2013 sowie die Einschätzung des behandelnden Immunologen dies feststellen und der Kläger seit 1992 nachweislich an zahlreichen Pneumonien erkrankt ist, die häufig in eine Sepsis münden. Schließlich kommt das Verfahren 2017 an das Bundessozialgericht in Kassel, nachdem die Krankenkasse

gegen das Urteil des Landessozialgerichtes, das im Januar 2017 zugunsten Michael K.s ausfällt, Revision eingelegt. Doch das Bundessozialgericht fällt kein richtungsweisendes Urteil, sondern verweist den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zurück. Die abschließende juristische Auseinandersetzung findet dann abermals dort statt. „Bis dahin war es eine harte juristische Konfrontation“, resümiert Thiede. Das Verfahren endet schließlich im Mai 2019. Nachdem die Krankenkasse selbst ein Gutachten in Auftrag gibt, welches zugunsten Michael K.s ausfällt, erkennt sie schließlich nach zehn Jahren den Anspruch des Klägers in vollem Umfang an und übernimmt die entstandenen Kosten aller Instanzen.

„Ich habe nun endlich Sicherheit, dass die Behandlung auf Kosten der Krankenkasse weitergeführt werden darf und ich bin deswegen unheimlich erleichtert“, sagt der 84-Jährige. Dem SoVD ist Michael K. sehr dankbar. „Ich bin froh, dass ich mir damals Hilfe beim SoVD gesucht habe. Das war eine wichtige und gute Entscheidung“, sagt er und ergänzt: „Ich bin hier richtig beraten worden, das Verfahren lief sehr gut für mich und auch der ermutigende Zuspruch von Frau Thiede hat mir sehr geholfen.“

„Ich bin eigentlich ein ruhiger Typ, aber das hat mich sehr aufgeregt und belastet.“

Lebenswichtig:
Durch die Gabe von Immunglobulinen hat sich die Zahl der schweren Infektionen bei Michael K. stark reduziert.

Foto: iStock



Wegen Blindheit: Krankenkasse will Elektro-Rollstuhl nicht zahlen

Mit Hilfe des SoVD bekommt Mitglied nach über drei Jahren Hilfsmittel

Helge Sydow ist durch seine Erkrankung am Devic-Syndrom, einer entzündlichen Autoimmunerkrankung des zentralen Nervensystems, nicht mehr im der Lage, einen gewöhnlichen Rollstuhl selbst zu bedienen und somit ständig auf die Hilfe anderer angewiesen. Um mehr Eigenständigkeit zurückzugewinnen, beantragt er bei der Krankenkasse einen Elektro-Rollstuhl – doch diese lehnt ab. Die Begründung: Sydows Blindheit macht das sichere Führen

eines solchen Rollstuhls unmöglich. Mit Hilfe des SoVD kann er das Gegenteil beweisen und nach über drei Jahren bewilligt die Krankenkasse endlich einen Elektro-Rollstuhl.

Der 58-jährige Helge Sydow leidet am Devic-Syndrom. Im fortschreitenden Verlauf der Krankheit hat er einen Schlaganfall, wodurch besonders seine linke Körperhälfte stark bewegungseingeschränkt und er weitgehend auf einen

Rollstuhl angewiesen ist. Dazu kommt, dass er durch seine Erkrankung erblindet ist. Deshalb nimmt Sydow 2016 an einer Orientierungs- und Mobilitätsschulung für blinde Menschen teil. Durch die starke Einschränkung der linken Körperhälfte ist diese Schulung für Sydow jedoch nicht ohne Unterstützung in einem normalen Rollstuhl möglich. Also imitiert die Schulungsleitung kurzerhand durch Schieben ein motorisiertes Hilfsmittel. So bekommt Sydow die Möglichkeit, auszuprobieren, ob er sich mit dieser Art von Rollstuhl und seinem Langstock sicher fortbewegen kann – mit Erfolg. Was seine Krankenkasse allerdings nicht anerkennt.

Als sich Helge Sydows Gesundheitszustand verschlechtert und es ihm kaum noch möglich ist, mit einem gewöhnlichen Rollstuhl im Alltag eigenständig mobil zu sein, wird ihm 2018 ein Elektro-Rollstuhl ärztlich verordnet. Aber die Krankenkasse lehnt seinen Antrag wegen Zweifel an seiner Fahrtauglichkeit ab und der eingelegte Widerspruch wird aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes, das ähnlich begründet, ebenfalls zurückgewiesen. „Das wollte ich so nicht stehen lassen und habe mir deshalb 2019 beim SoVD Hilfe geholt“, erklärt Sydow. Mit der Unterstützung des SoVD-Beratungszentrums klagt er dieses Mal vor dem Sozialgericht in Lüneburg. „Das Sozialgericht ist Ende 2020 zu der Einschätzung gelangt, dass von Herrn Sydow durch die Nutzung eines Elektro-Rollstuhls keine größere Gefahr ausgeht als von einem Fußgänger und er das Hilfsmittel zwingend benötigt“, so Frank Rethmeier, Leiter des Sachgebiets Sozialrecht des SoVD-Landesverbands Niedersachsen.

Doch die AOK stellt sich weiterhin quer und geht in Berufung. „Es ist ein Unding, dass die Krankenkasse Herrn Sydow den zur Teilhabe dringend benötigten Rollstuhl wiederholt verweigert hat, obwohl die vorgebrachte Begründung, dass er durch seine Blindheit einen Elektro-Rollstuhl nicht

ordnungsgemäß führen könne, widerlegt werden konnte“, sagt Rethmeier, der Helge Sydow in der nächsten Instanz vor dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen vertritt. „Ich hatte von vorneherein das Gefühl, dass das Ganze extra in die Länge gezogen wurde. Vermutlich, damit ich einfach aufgabe“, mutmaßt Sydow. Doch auch das LSG entscheidet im Dezember 2021 zugunsten von

„Das wollte ich so nicht stehen lassen und habe mir Hilfe beim SoVD geholt.“

Sydow: Die Krankenkasse muss ihn mit einem Elektro-Rollstuhl versorgen. „Dass das Landessozialgericht selbst mit dem Fall an die Öffentlichkeit gegangen ist, unterstreicht für uns noch einmal das inakzeptable Verhalten der zuständigen Krankenkasse. Außerdem freut es uns natürlich besonders für Herrn Sydow, dass in dem Beschluss der neudefinierte,

dynamische Behindertenbegriff berücksichtigt wurde, nachdem Teilhabe und eine Ermöglichung der individuellen Lebensplanung im Vordergrund stehen“, so Rethmeier.

Aber auch mit dem Beschluss muss Helge Sydow noch auf sein Hilfsmittel warten. Das Problem: Den Rollstuhl, den er 2018 beantragt hatte, gibt es inzwischen nicht mehr. Daher verlangt die Krankenkasse nach dem Urteil des LSG vom zuständigen Rollstuhlhändler, Informationen zu einem möglichst ähnlichen Rollstuhl zu liefern. Dieser schickt einen Fragebogen mit zahlreichen Fragen zum Ersatzmodell und einen Kostenvoranschlag an die Krankenkasse. Danach vergehen einige Monate, bis Sydow Anfang 2022 endlich positive Nachrichten erhält. „Ich weiß gar nicht, ob ich lachen oder weinen soll. Über drei Jahre nach meinem Antrag bekomme ich endlich meinen so ersehnten Elektro-Rollstuhl“, freut sich Helge Sydow.



Was lange währt, wird endlich gut: Helge Sydow muss erst vor Gericht klagen, damit seine Krankenkasse ihm einen E-Rolli bezahlt.

Foto: Muzaffer Cat



Mehr Hilfe: Menschen, die Multiple Sklerose haben, benötigen häufig Unterstützung im Alltag. Nicht immer wird diese durch die Pflegekasse gewährt.

Foto: Lennart Helal

Gutachterin schätzt Pflegebedarf falsch ein

MS-Kranke wartet fünf Monate auf Entscheidung

Mechthild Droste ist an Multipler Sklerose (MS) erkrankt. Nach einem schweren Schub stellt sie einen Antrag, um einen höheren Pflegegrad zu erhalten. Eine Gutachterin lehnt dies jedoch mit der Begründung ab, dass die schwerkranke Frau noch selbstständig genug sei, um sich im Alltag überwiegend eigenständig zu helfen. Tatsächlich ist Droste aber auf vielfältige Unterstützung angewiesen. Der SoVD hilft ihr schließlich bei der Durchsetzung des ihr zustehenden Pflegegrades.

Mechthild Droste hat MS mit vorherrschendem schubförmigem Verlauf. Vor rund zwei Jahren kommt es zu einem schweren Schub. Seitdem muss sie mit erheblichen gesundheitlichen Folgen leben: Sie kann ihre Hände kaum noch benutzen, da sie kein Gefühl mehr in ihren Fingern hat und auch das Ste-

hen und Laufen ist ihr nur noch sehr eingeschränkt und mit Hilfsmitteln wie einem Rollator möglich. Vor allem ihr Ehemann und ihre Tochter stehen ihr in dieser schweren Zeit zur Seite und unterstützen sie. „Ich bin meinem Mann und meiner Tochter sehr dankbar, dass sie für mich da sind“, sagt die 66-Jährige.

Nach einem mehrwöchigen Aufenthalt im Augustahospital Anholt, das auf die MS-Erkrankung spezialisiert ist, geben ihr 2019 die behandelnden Ärzte zu verstehen, dass sie mit Blick auf ihre fortschreitende Erkrankung einen höheren Pflegegrad bei der Krankenkasse beantragen solle. „Sie haben deutlich gemacht, dass ich Anspruch auf mehr Unterstützung durch die Pflegekasse habe“, so Droste.

Den Antrag auf die Gewährung des Pflegegrades 2 stellt sie umgehend. Nur wenige Wochen später

steht ein Begutachtungstermin durch den Medizinischen Dienst (MD) an. Eine Mitarbeiterin des MD kommt dazu bei ihr zu Hause vorbei. „Da habe ich mich drauf eingestellt und es ist ja auch notwendig“, sagt die Emsländerin. Doch mit dem Vorgehen der Gutachterin bei diesem Termin zeigt sich die 66-Jährige überhaupt nicht einverstanden. „Das ging gar nicht, wie sich die Frau mir gegenüber verhalten hat“, sagt Droste: „Ich sollte mit ihr nach oben gehen und die Räume zeigen.“ Als sie aber angibt, dass sie nach dem Treppenaufstieg eine längere Pause brauche, sei dies der MD-Mitarbeiterin nicht schnell genug gegangen. „Die wurde richtig grantig“, erinnert sich Droste. Ihre Tochter habe dann die Räume gezeigt. Im weiteren Verlauf der Begutachtung habe sie dann gemerkt, dass ihr die Mitarbeiterin offenbar nicht mehr wohlgesonnen zu sein scheine. „Sie war sehr unfreundlich. Ich hatte den Eindruck, dass sie viele Dinge offensichtlich falsch aufgenommen hat, die ich ihr über meine Einschränkungen berichtet habe“, erklärt Droste. Wirklich ernst genommen fühlt sie sich nicht. Wenig überrascht ist Droste dann auch, als ihr von der Techniker Krankenkasse im Juni 2019 mitgeteilt wird, dass sie einen höheren Pflegegrad nicht bekommen werde.

Die Begründung macht Droste noch heute wütend. „Das ging völlig an dem vorbei, was tatsächlich gesundheitlich mit mir los ist“, findet sie. So sei der tatsächliche Pflegeaufwand wesentlich höher als in der Begründung angegeben. Auch deute das Gutachten an, dass sie ihren Haushalt fast selbstständig führen könne. „Wie soll ich das mit meinen Einschränkungen machen? Ich kann nicht einmal das Essen in einem Topf umrühren“, erzählt Droste. Bei allen Haushaltsangelegenheiten und zum Teil auch bei der Körperpflege und beim Anziehen sei sie auf Hilfe angewiesen. „Das habe ich eigentlich auch deutlich gemacht“, sagt sie.

Droste zeigt das Gutachten ihren behandelnden Ärzten. Die raten ihr, Widerspruch gegen den Bescheid einzulegen. Dazu holt sie sich Hilfe beim SoVD. Sozialberaterin Julia Mühlenbeck, die den Beratungsfall betreut, zeigt sich erstaunt, dass die schwer erkrankte Frau durch das Gutachten für praktisch gesund erklärt wird. „Frau Droste ist offensichtlich stark eingeschränkt und braucht täglich Unter-

stützung. Das haben Ärzte ebenfalls festgestellt“, erklärt Mühlenbeck. Sie könne sich deshalb nicht erklären, warum dies nicht entsprechend im MD-Gutachten vermerkt worden sei. Als die Sozialberaterin den Fall mit Droste durchspricht, schildert diese ihr den Gesprächsverlauf während des Gutachtens und besteht sofort darauf, dass bei der Folgebegutachtung ein*e andere*r MD-Mitarbeiter*in ihre gesundheitliche Situation beurteilen soll. „Das verdeutlicht, dass die Gutachterin einen sehr negativen Eindruck hinterlassen hat“, so Mühlenbeck.

Überrascht ist Mühlenbeck zudem, dass in den Fall nur langsam Bewegung kommt. „Den fristwahrenden Widerspruch haben wir schon Ende Juni 2019 erhoben. Am 14. August habe ich mich telefonisch nach dem Sachstand erkundigt und die Aussage erhalten, dass die Unterlagen an den MD weitergeleitet wurden“, so die SoVD-Beraterin. Ihr sei mitgeteilt worden, dass der MD bei der Vergabe eines Termins für die Folgebegutachtung etwa drei Monate benötige. Doch erst im November kommt eine Antwort der Krankenkassen mit einem neuen Begutachtungstermin, der für Anfang Dezember angesetzt wird. „Das dauert viel zu lange“, findet Mühlenbeck. Droste sei jedoch kein Einzelfall. Einige Betroffene müssten sogar sechs Monate Wartezeit und damit entsprechende Nachteile in Kauf nehmen. Wenn es um eine Folgebegutachtung gehe, müsse schneller gehandelt werden, findet die Sozialberaterin. Der Pflegebedarf bestehe, wie bei Mechthild Droste, schließlich weiterhin. Wegen möglicher Fehler im Erstgutachten sei eine Versorgung der Betroffenen durchaus gefährdet. „Frau Droste hat ihren Mann und ihre Tochter, die sie unterstützen. Bei alleinstehenden Personen käme es aber zu Schwierigkeiten, wenn sie Hilfe benötigen, die sie aber nicht erhalten, wenn der Pflegegrad nicht passt“, so Mühlenbeck.

Dank des SoVD-Widerspruchs und des Einsatzes der Sozialberaterin kann schließlich erreicht werden, dass der MD ein neues Gutachten erstellt. Daraufhin wird dem Widerspruch zum Teil stattgegeben: Am 11. Dezember 2019 – nach über fünf Monaten – wird Mechthild Droste von der Pflegekasse mitgeteilt, dass sie rückwirkend ab dem 1. Juli 2019 den Pflegegrad 2 erhält.

Wenn der Pflegegrad auf einmal weg ist: SoVD kämpft für Mitglied

Gesundheitszustand falsch beurteilt / Einschränkungen werden sich nicht bessern

Obwohl Kerstin Günther eine Fehlbildung beider Arme und Hände hat, kommt eine Gutachterin des Medizinischen Dienstes (MD) zu dem Schluss, dass sie selbstständig genug ist, um ihren Alltag ohne Hilfe zu bewältigen. Ein bestehender Pflegegrad wird ihr von ihrer Pflegekasse aberkannt. Der SoVD unterstützt sie, damit sie die Hilfe erhält, die ihr zusteht.

Für Kerstin Günther überraschend steht im Mai 2019 eine Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes (MD) vor ihrer Haustür. Sie müsse ihren Gesundheitszustand überprüfen und feststellen, ob der Pflegebedarf dem aktuellen Pflegegrad entspreche, habe diese der 56-Jährigen mitgeteilt. Günther lässt die MD-Mitarbeiterin in ihre Wohnung, obwohl ihr diese Überprüfung laut eigener Aussage nicht angekündigt wurde. Sie habe zahlreiche Fragen beantworten müssen, berichtet Günther. „Ich hatte währenddessen das Gefühl, dass mir die Frau nicht richtig zuhört oder mich nicht verstehen will“, sagt sie. Am Ende des Besuchs habe ihr die MD-Mitarbeiterin eröffnet, dass sie den Pflegegrad wohl verlieren werde. Dann verlässt die MD-Mitarbeiterin die Wohnung. Günther bleibt ratlos zurück. „Im Juli erhielt ich dann ein Schreiben von der Techniker Krankenkasse, in dem man mir zur Besserung meines Gesundheitszustandes gratulierte und mir mitteilte, dass ich nun keinen Pflegegrad mehr benötige und somit kein Pflegegeld mehr erhalte“, sagt die fassungslose 56-Jährige aus dem Land-

kreis Wolfsburg. Aus ihrer Sicht seien viele der im Gutachten aufgeführten Punkte über ihren Gesundheitszustand nicht den Tatsachen entsprechend dargestellt worden.

Warum die MD-Mitarbeiterin zu solch einer Beurteilung ihres Gesundheitszustandes gekommen ist, bleibt für Günther bis heute ein Rätsel, denn seit ihrer Geburt hat sie eine Fehlbildung an beiden Armen und Händen. Diese sind verkürzt und die Beweglichkeit aller Gelenke ist stark eingeschränkt. Zudem sind ihre Schultern nicht richtig ausgebildet. Außerdem sind die Beine betroffen, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie die Arme. Da sie auf Unterstützung angewiesen ist und der Bedarf an Hilfe stetig zunimmt, erhält sie 2009 eine Pflegestufe. Diese wird ohne weitere Überprüfung 2017 in den sogenannten Pflegegrad 2 übergeleitet. Noch im Januar 2019 wird Günther von ihrer Krankenkasse darüber informiert, dass ihr die Leistungen der Pflegeversicherung unverändert weitergewährt werden. „Weshalb nur wenige Monate später trotzdem eine Überprüfung stattgefunden hat, kann ich mir nicht erklären“, sagt sie.

„Es kann ihr nicht zum Nachteil ausgelegt werden, dass sie trotz ihrer Behinderung das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit erreichen will.“

Fest steht für sie, dass sie sich mit der Einschätzung der MD-Mitarbeiterin nicht abfinden will. Ihr Gesundheitszustand habe sich schließlich nicht verbessert, sondern verschlimmert. Arme und Hände kann sie immer schlechter bewegen. „Mit den Jahren habe ich Rückenprobleme bekommen, da ich ständig in einer Schonhaltung bin und außerdem Bewegungen machen muss, für die die Wirbelsäule nicht ausgelegt ist“, berichtet Günther. Zwar überlegt sie sich einige Strategien, um wenigstens einfache Tätigkeiten zu verrichten. Doch auch diese fallen ihr zunehmend schwerer. So schafft sie selbst das Heben eines Glases kaum noch. Beim Führen des Haushaltes ebenso wie bei der Körperpflege besteht Hilfebedarf. Ohne das Geld der Pflegekasse steht Günther nun vor großen Problemen. Ihre Schwester ist in dieser Situation für sie eine wichtige Stütze. Sie kommt jeden Tag für mehrere Stunden und hilft Günther, wo sie kann. „Ohne sie wäre ich richtig aufgeschmissen“, betont Günther.

Damit sie diese Auseinandersetzung um den Pflegegrad nicht alleine ausfechten muss, sucht sich Günther Unterstützung im SoVD-Beratungszentrum Wolfsburg. „Es hätte wegen der Einschränkungen, die Frau Günther aufgrund ihrer Behinderung hat, eigentlich völlig unstrittig sein müssen, dass bei ihr ein Pflegebedarf besteht“, sagt SoVD-Berater Dietmar Egel. Dass Günther in einigen Lebenslagen darum bemüht sei, selbstständig zu bleiben, sei indes kein Indiz dafür, dass sie völlig ohne Hilfe zurechtkommen könne. „Es kann ihr nicht zum Nachteil ausgelegt werden, dass sie trotz ihrer Behinderung das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit erreichen will“, so Egel. Der SoVD legt sofort Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse ein, auch weil Günther überzeugend darlegt, dass sich ihre Einschränkungen nicht bessern werden. „Wir haben der Krankenkasse mitgeteilt, dass im Fall von Frau Günther mit zunehmendem Alter sogar von einer Beschwerdezunahme und damit einhergehend mit Abnahme von Kompensationsmöglichkeiten auszugehen ist“, erklärt Egel.

Der Widerspruch des SoVD hat am Ende Erfolg. Es folgt eine Einigung mit der zuständigen Kasse zugunsten von Kerstin Günther. „Ich bin froh, dass ich meinen Pflegegrad behalten durfte und sich die Einstützung der MD-Gutachterin als Fehler herausstellte“, sagt das SoVD-Mitglied. Dem Verband sei sie für die Hilfe beim Widerspruch sehr dankbar.



Auf dem Prüfstand: Wenn Pflegebedürftige einen Pflegegrad beantragen, findet eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst statt. Das kann manchmal jedoch schief gehen – wie im Fall von Kerstin Günther.

Foto: Adobe Stock

SoVD geht erfolgreich gegen MD-Gutachten vor

Krebspatient wird Pflegegrad verweigert

Weil Dieter Funke wegen einer schweren Krebserkrankung viel Hilfe im Alltag benötigt, beantragt er einen Pflegegrad. Doch eine mögliche Unterstützungsleistung der Pflegekasse wird ihm verweigert. Er sei gesund genug, um sich selbst zu helfen, sagt eine Gutachterin des Medizinischen Dienstes (MD). Funke gelingt mit Hilfe des SoVD, erfolgreich gegen diese Einschätzung vorzugehen.

Im Jahr 2020 bemerkt Funke erstmals Schmerzen im Brustbereich. Doch erst im März 2021 wird die Diagnose Lungenkrebs gestellt. Eine Immuntherapie schlägt fehl, der Krebs hat bereits gestreut. Nun bekommt Funke, neben einer Chemotherapie in Tablettenform, alle drei Wochen eine Chemotherapie über eine Infusion. „Das belastet meinen Körper erheblich. Was ich früher innerhalb von wenigen Minuten leisten konnte, dafür brauche ich jetzt Stunden“, berichtet Funke. Er fühle sich sehr schwach. Schmerzen bestimmen seinen Alltag. Die Medikamente, die er gegen die Symptome seiner Krankheit einnehmen muss, schränken ihn bei der Verrichtung von alltäglichen Dingen zusätzlich ein. „Es gibt gute und schlechte Tage. Aber an schlechten Tagen schaffe ich kaum den Weg vom Bett zu meinem Sofa“, sagt er.

Da er wegen der Folgen seiner Erkrankung immer stärker auf Unterstützung angewiesen ist, beantragt Funke bei seiner Pflegekasse eine Begutachtung, um eine Einstufung in einen Pflegegrad zu erreichen. Dieser hätte ihm unter anderem ermöglicht, Pflegeleistungen und Hilfe im Alltag zu bekommen. „Ich war davon überzeugt, dass das

unproblematisch läuft“, erklärt der 58-Jährige.

Doch bei der telefonischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) kommt die Gutachterin zu einer ganz anderen Einschätzung. Funke sei gesund genug, um seinen Alltag selbstständig zu bewältigen, so das Fazit. Eine Unterstützungsleistung seitens der Pflegekasse wird folglich nicht gewährt. „Ich wusste erstmal nicht, wie es weitergeht“, erzählt Funke. Ohne Unterstützung durch die Pflegekasse ist er auf die Hilfe von Freunden angewiesen. Die bekommt er auch, aber dennoch wird für ihn die Gestaltung seines Alltags wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen eine zunehmende Herausforderung. Hinzu kommt, dass ihn die Situation auch psychisch belastete. Die

telefonische Begutachtung habe ihn ständig beschäftigt. „Vieles, was in dem Gutachten angeführt war, habe ich so überhaupt nicht gesagt“, ist sich Funke sicher. Einige seiner Aussagen seien falsch verstanden worden. Darüber hinaus habe die Gutachterin offenbar nicht bemerkt, dass eine für ihn vorgesehene Pflegerin dabei ist, um ihn zu unterstützen, obwohl sie aktiv an dem Gespräch teilnimmt. Wenige Wochen später sei ihm

zudem ein Grad der Behinderung von 100 zugestanden worden. „Das sind für mich schon Zeichen dafür, dass einiges bei der Begutachtung des MD falsch gelaufen ist“, so Funke. Ein guter Freund rät ihm daraufhin, sich an den SoVD zu wenden.

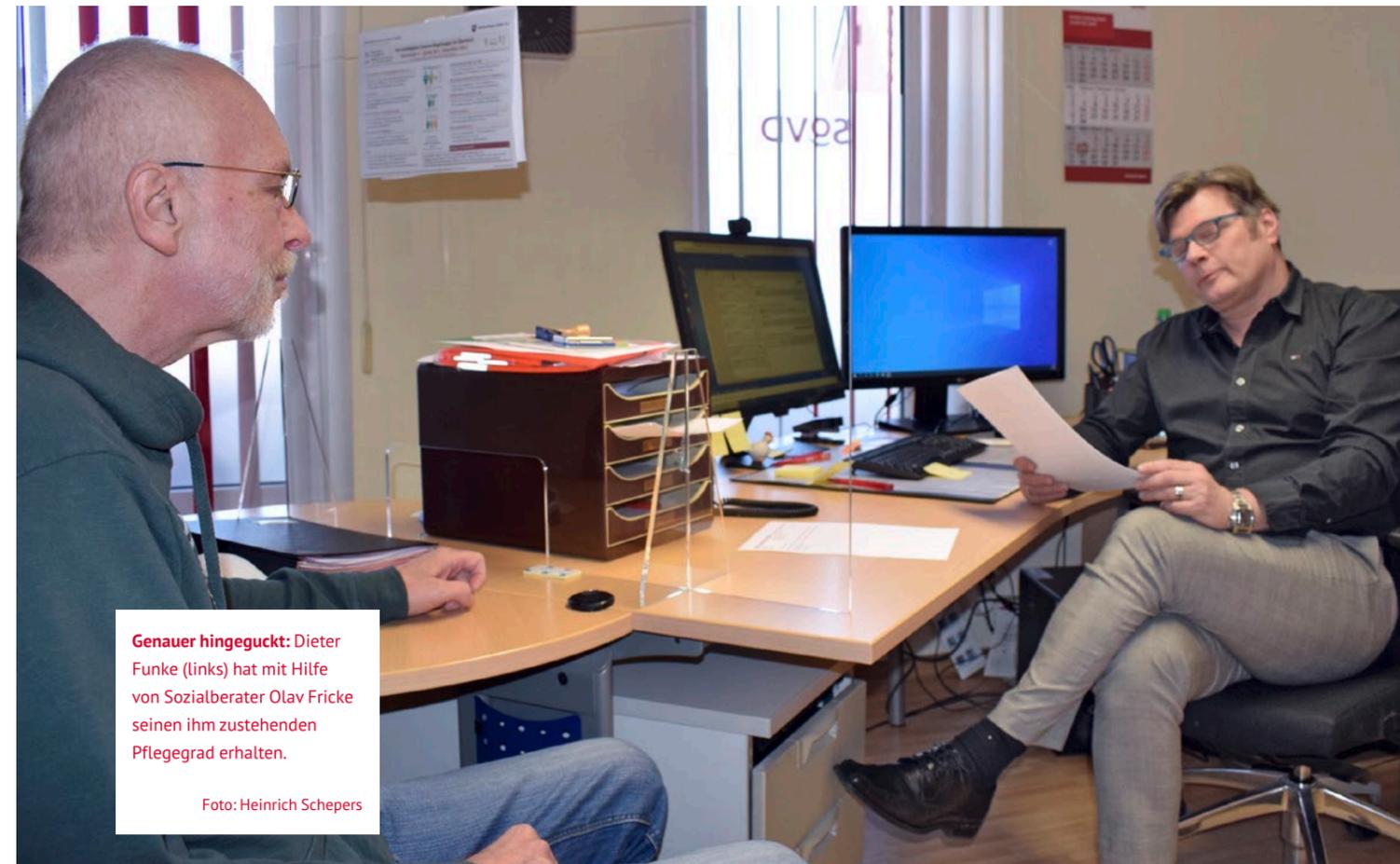
Hilfe bekommt Funke schließlich im SoVD-Beratungszentrum Meppen. Sozialberater und Rechtsanwalt Olav Fricke geht das vom MD erstellte

Gutachten Punkt für Punkt mit Funke durch und stellt ebenfalls einige Ungereimtheiten fest. „Herr Funke hat glaubhaft geschildert, dass es ihm nicht gut geht und er viel Unterstützung im Alltag benötigt“, so Fricke. Im Gutachten spiegelte sich dies aber in keiner Weise wider. „Da sich die gesundheitliche Situation von Herrn Funke weiter verschlechterte, musste zügig gehandelt und Herr Funkes tatsächlicher Pflegebedarf detailliert vorgetragen werden“, sagt der Sozialberater. Weil sich der MD einige Wochen mit einer Antwort Zeit lässt, macht Fricke mit Schreiben an die zuständige Pflegekasse Druck und erinnert an die Dringlichkeit der Situation. Am Ende wird Funke erneut telefonisch begutachtet. „Die Gutachterin, die ich nun am Telefon hatte, war viel zugewandter. Sie interessierte sich

wirklich für meine Situation und schlug sogar vor, entsprechende Hilfsmittel einzuplanen, falls sich mein Gesundheitszustand weiter verschlechtert“, so Funke. Tatsächlich kommt das Gutachten zu dem Schluss, dass Funke der Pflegegrad 3 zusteht. Jetzt erhält er die Hilfe, die er benötigt. „Die Sache ist am Ende gut für mich ausgefallen. Ich bin dem SoVD und Herrn Fricke für diesen Einsatz sehr dankbar“, erklärt der 58-Jährige.

„Vieles, was in dem Gutachten angeführt war, habe ich so überhaupt nicht gesagt.“

„Was ich früher innerhalb von wenigen Minuten leisten konnte, dafür brauche ich jetzt Stunden.“



Genauer hingeguckt: Dieter Funke (links) hat mit Hilfe von Sozialberater Olav Fricke seinen ihm zustehenden Pflegegrad erhalten.

Foto: Heinrich Schepers



Wenig Geld:
Wer – wie Annemarie S. – nur eine kleine Rente bekommt, hat oft Anspruch auf Grundsicherung.

Foto: Sir_Oliver

Sozialamt droht Rentnerin mit Rauswurf aus Wohnung

Hannoveranerin soll soziales Umfeld verlassen

Annemarie S. (Name geändert) soll ihre Wohnung verlassen, nachdem das Sozialamt der Stadt Hannover festgestellt hat, dass diese zu teuer sei. Obwohl die 81-Jährige keine geeignete Bleibe findet, droht das Amt mit der Kürzung ihrer Grundsicherungsleistungen. Der SoVD setzt sich erfolgreich für die Rentnerin ein.

Eigentlich geht es Annemarie S. gut. Sie hat einen großen Bekanntenkreis, trifft sich gerne mit Freunden, ihre Tochter und ihr Sohn unterstützen sie liebevoll. Die resolute 81-Jährige hat nur dann Sorgen, wenn es um das Thema Geld geht. Sie kann

zwar auf ein erfolgreiches Berufsleben zurückblicken und hat hart in ihrem eigenen Betrieb gearbeitet. Aufgrund mehrerer Schicksalsschläge bleibt davon allerdings nur eine kleine Rente übrig. „Ich musste Grundsicherung beantragen, damit ich weiterhin klarkomme“, sagt Annemarie S. Die Entscheidung, sich finanzielle Unterstützung „vom Staat“ zu holen, sei ihr nicht leichtgefallen. „Wenn man so lange gearbeitet hat, ist der Gang zum Sozialamt sehr schwer“, sagt die Rentnerin. Doch eine Wahl habe sie nicht gehabt. Damit bei der Antragstellung keine Fehler passieren, wendet sie sich an den

SoVD. Ein Sozialberater hilft ihr und das Verfahren kann schnell zu ihren Gunsten erledigt werden.

Doch nachdem die Grundsicherung genehmigt ist, nimmt die zuständige Sozialbehörde Annemarie S. Wohnsituation

„Wenn man so lange gearbeitet hat, ist der Gang zum Sozialamt sehr schwer.“

in Augenschein und stellt fest, dass sie in einer Wohnung lebt, die zu groß und zu teuer für eine Grundsicherungsbezieherin

ist. Sie erhält eine sogenannte Kostensenkungsaufforderung wegen der „unangemessen hohen Unterkunfts-kosten“. Sechs Monate gibt ihr das Amt für die Wohnungssuche und droht mit Abzügen der Grundsicherungsleistungen. „Das war für mich ein Schock“, erklärt Annemarie S. Schließlich sei dies mit dem Rauswurf aus ihrer ebenerdigen Wohnung gleichzusetzen. Auf dem Wohnungsmarkt sei in der Preisklasse von 388 Euro, die das Amt unterstützen würde, keine geeignete Wohnung vorhanden, die ihren Bedürfnissen entspreche. „Ich habe viel unternommen, aber die wenigen Wohnungen, die in Frage kommen würden, gehen schnell unter der Hand weg. Es ist unmöglich, etwas zu finden“, so die Hannoveranerin. Ein Wechsel in einen anderen Stadtteil wäre für die 81-Jährige mit großen Schwierigkeiten verbunden. „Wie soll ich das in meinem Alter schaffen?“, fragt sich die Rentnerin, die schon lange Jahre in ihrem Stadtviertel lebt. „Ich kenne mich aus. Hier habe mich mein soziales Umfeld, meine Einkaufsmöglichkeiten und meinen Hausarzt“, so Annemarie S. Diese belastende Situation hat für sie, die an Diabetes leidet, auch schwere gesundheitliche Folgen. „Da ist viel zusammengekommen“, sagt sie.

Aus diesem Grund wendet sie sich erneut an den SoVD. Sozialberaterin Katharina Lorenz legt sofort Widerspruch gegen die Kostensenkungsaufforde-

rung des Sozialamtes ein. „Dass eine 81-jährige Frau dazu aufgefordert wird, innerhalb einer so kurzen Frist eine neue Wohnung zu suchen, ist schon hart“, sagt Lorenz. Schließlich müsse auch das Sozialamt berücksichtigen, dass eine Rentnerin im Rahmen der aktuell sehr angespannten Wohnungsmarktsituation nur geringe Chancen habe, eine neue Wohnung zu finden, die ihren Bedürfnissen entspreche. Dass sich diese psychisch sehr belastende Situation auch auf den Gesundheitszustand der Rentnerin ausgewirkt habe, müsse das Sozialamt anerkennen. Als weiteres Argument führt die Sozialberaterin an, dass die Mieteinsparungen in keinem angemessenen Verhältnis zu den Mehrkosten für Umzug, Renovierung, Kautions-, Maklergebühren, Doppelmiete und Neuanschaffungen stünden. „Frau S. könnte aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und ihrer Erkrankung den Umzug nicht zumutbar alleine bewältigen“, so Lorenz. Der Widerspruch des SoVD hat zumindest vorübergehend Erfolg. Annemarie S. darf ihre Wohnung behalten. Das Sozialamt übernimmt vorerst die Kosten. „Frau S. muss jedoch regelmäßig nachweisen, dass ihr Gesundheitszustand einen Umzug nicht erlaubt“, betont Lorenz.

„Das war für mich ein Schock. Wie soll ich das in meinem Alter schaffen?“

Interesse an weiteren Fällen? Dann folgen Sie unserem Podcast!

Jeden Monat stellen die Hosts Stefanie Jäkel und Katharina Lorenz ein neues Thema und mit einem ganz besonderen Fall aus der SoVD-Beratungspraxis vor.

Sie nehmen die Hörer*innen mit und schildern eindrücklich, was soziale Ungerechtigkeit für die Betroffenen bedeuten kann. Die Praxisfälle geben Einblicke in eine Realität, die immer wieder ernüchternd ist.

Ohne Voyeurismus, aber mit Offen- und Direktheit wird beim Ponyhof hingeschaut und komplexe Zusammenhänge werden verständlich erklärt. Über allem steht die Frage: „Das Leben ist kein Ponyhof? Warum eigentlich nicht!“

In jeder Folge ist ein Gast zu Besuch. Ausgesuchte Expert*innen oder Betroffene vertiefen das Thema und eröffnen im Gespräch mit den Moderatorinnen weitere Perspektiven.

Jetzt Reinhören:



Mehr Informationen und direkte Links zu den Folgen finden Sie unter: www.sovd-nds.de/podcast.

„Ich finde es unheimlich gut, dass Sie über solche Themen berichten (...)
Vielen Dank für den Beitrag – einfach wunderbar.“

Podcasthörer zur Folge #7
„Psychisch krank durch Arbeitsunfall“



Kein Ponyhof – aus dem Alltag einer Sozialberatung

Freuen Sie sich auf den Ponyhof! Diese Folgen stehen bereits zur Auswahl:

#1 Krankengeld

Zurück in den Job: Statt zu helfen, setzt die Krankenkasse Frau Weber unter Druck.

#2 Mieten-Wahnsinn

Ein Leben lang gearbeitet: Sozialamt droht Rentnerin mit Rauswurf aus Wohnung.

#3 Pflege

Zu niedriger Pflegegrad: Welche fatalen Folgen eine falsche Begutachtung haben kann.

#4 Merkzeichen aG und Schwerbehinderung

Trotz Schwerbehinderung: Herr Kreuzer soll Behindertenparkplatz nicht nutzen dürfen.

#5 Rente

Folgeschwer: Das passiert, wenn man nicht rechtzeitig an die Rente denkt.

#6 Reha und Pflege

Abgelehnt: Herr Kruses Krankenkasse will seine Reha nicht zahlen.

#7 Psychisch krank durch Arbeitsunfall

Nach Überfall: Unfallversicherung stellt sich bei Zahlung quer.

#8 Kinder und Hartz IV

Ungerecht: Schüler Tim muss Geld aus Ferienjob ans Amt abgeben.

#9 Grad der Behinderung (GdB)

Ahnungslos: Herr Beyer muss um seinen GdB kämpfen, weil die Behörde seine Krankheit nicht kennt.

Kompliziert: Wenn Behördenschreiben Angst machen

62-Jährige fühlt sich vom Wohngeldamt verunsichert

Obwohl Beate G. (Name geändert) ihr ganzes Leben lang gearbeitet hat, erhält sie nur eine kleine Rente. Um finanziell besser über die Runden zu kommen, beantragt sie mit Hilfe des SoVD Wohngeld. Eigentlich verläuft alles problemlos, dennoch fühlt sich die Hannoveranerin im Kontakt mit der zuständigen Behörde überfordert und hilflos. Denn: Das Wohngeldamt verschickt Schreiben, die selbst für Profis nur schwer zu verstehen sind. Der Fall von Beate G. zeigt deutlich, vor welche Herausforderungen die Betroffenen bei der Kommunikation mit Behörden gestellt werden.

Beate G. war ihr Leben lang berufstätig, zuletzt hat sie bei einem Juwelier gearbeitet. Doch ihr stressiger Job führt zu einem Burnout. Die 62-Jährige kann nicht mehr arbeiten und beantragt eine Rente. Da diese sehr gering ausfällt, bekommt sie finanzielle Schwierigkeiten.

Im Sommer 2021 wendet sie sich deshalb an den SoVD in Hannover. Mit dessen Unterstützung beantragt sie Wohngeld. Das Verfahren verläuft ohne Probleme, die Rentnerin bekommt vom Wohngeldamt eine Zusage. Doch die Freude darüber währt nur kurz. Denn: Sie erhält zwei Bescheide, die für Beate G. schlicht unverständlich sind. „Das eine Schreiben war sechs Seiten lang, das andere acht. Darin wurde mit Paragrafen nur so um sich geworfen“, erinnert sich das SoVD-Mitglied. Was Beate G. besonders verunsichert: „Der Ton war sehr harsch, fast schon bedrohlich.“

Hilfesuchend wendet sie sich wieder an den SoVD. Auch dort ist man von den Schreiben überrascht. „Wir sehen jeden Tag zahlreiche Unterlagen von Ämtern, die fast immer in kompliziertem Behördendeutsch verfasst sind“, erzählt Katharina Lorenz vom SoVD-Beratungszentrum. Doch die Bescheide des Wohngeldamtes seien besonders schwierig. „Kein Wunder, dass Frau G. damit nichts anzufangen wusste und sogar Angst bekommen hat“, findet die

Beraterin. Selbst sie, die den Job seit fast 20 Jahren macht, habe sich das Ganze zweimal durchlesen müssen.

In dem einen Bescheid heißt es zum Beispiel: „Wir weisen Sie darauf hin, dass es bei diesem Bescheid nicht bleiben kann, wenn zum Zeitpunkt dieser Entscheidung die Voraussetzungen für eine Neufestsetzung des Wohngeldes nach § 27 Abs. 2 WoGG oder für eine Aufhebung des Wohngeldbescheides nach § 28 Abs. 2 WoGG vorgelegen haben oder der Bescheid, der Grundlage dieses Bescheides ist, gemäß § 28 Abs. 1 oder 3 WoGG unwirksam geworden ist. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen für eine solche Entscheidung im Laufe des Bewilligungszeitraumes eintreten. Dann müssen Sie mit einer Rückforderung von Wohngeldzahlungen rechnen.“

„Ich bin wirklich nicht blöd, aber ich habe nur Bahnhof verstanden“, sagt Beate G. Deshalb habe sie auch Angst gehabt, im Umgang mit dem Wohngeldamt etwas falsch zu machen. „Das kann ich nur zu gut verstehen“, sagt Lorenz. Eigentlich sei der Sachverhalt aber relativ einfach. „Dieser komplex formulierte Absatz sagt eigentlich nur aus, dass – wenn sich etwas an der Höhe der Miete oder des Einkommens ändern sollte – die Höhe des Wohngeldes nochmal angepasst werden müsste“, fasst die SoVD-Beraterin zusammen.

Über das nur sehr schwer verständliche Schreiben des Wohngeldamtes kann Lorenz deshalb nur den Kopf schütteln: „Natürlich müssen solche Bescheide rechtssicher formuliert sein. Das heißt aber nicht, dass man sie unnötig kompliziert machen muss.“ Es gebe durchaus Behörden, die das bereits erfolgreich versuchen. „Darüber sollte auch das Wohngeldamt in Hannover mal nachdenken. Schließlich sollte es auch in seinem Sinne sein, dass die Menschen die Anschreiben verstehen“, findet Lorenz.

„Ich bin wirklich nicht blöd, aber ich habe nur Bahnhof verstanden.“

Paragrafen über Paragrafen: In dem Schreiben an Beate G. wimmelt es nur so von komplizierten Formulierungen. Die Rentnerin fühlt sich dadurch verunsichert.

Foto: Stefanie Jäkel

Bankverbindungen der Stadtkasse	BIC	IBAN
Sparkasse Hannover	SPKHDE2HXXX	
Postbank Hannover	PBNKDEFF	
Nord LB	NOLADE2HXXX	
Deutsche Bundesbank Filiale Hannover	MARKDEF1250	

„Das Verhalten der Berufsgenossenschaft macht mir schwer zu schaffen“

BG erkennt Arbeitsunfall an – und dann wieder ab

Als Zimmermann ist Matthias Kummerow harte Arbeit gewohnt – bis zum 22. Oktober 2008. An diesem Herbsttag fällt er bei einem Arbeitseinsatz von der Leiter und verletzt sich das linke Knie schwer. Damit beginnt für den 48-Jährigen eine langwierige Auseinandersetzung mit der Berufsgenossenschaft. Sie erkennt die Verletzung zwar zunächst als Arbeitsunfall an, zieht diese Entscheidung aber zurück, als Kummerow weitere schwere gesundheitliche Probleme bekommt.

Eigentlich ist es ein ganz normaler Arbeitseinsatz: Auf einer Baustelle steigt Matthias Kummerow mit Baumaterial in den Händen auf eine Leiter. Doch dann rutscht er aus und prallt mit seinem linken Knie auf. Zunächst denkt der gelernte Zimmermann, dass nichts Schlimmes passiert sei. „Ich bin niemand, der wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt geht“, sagt er. Doch nach ein paar Tagen ist klar, dass er so nicht mehr arbeiten kann. Das Knie schmerzt stark und ist sehr angeschwollen. Die Diagnose im Krankenhaus: Der Knorpel im Knie ist völlig zerstört. Es folgt eine Operation, die jedoch keine hundertprozentige Besserung bringt. Die Schwellung und Schmerzen bleiben. Er kann das Knie nicht mehr richtig bewegen.

Da es sich dabei um einen Arbeitsunfall handelt, beantragt Kummerow eine Verletztenrente. Doch die Berufsgenossenschaft (BG) Bau stellt sich quer. Der Sturz wird zwar als Arbeitsunfall anerkannt, eine Verletztenrente will sie jedoch nicht zahlen. Denn: Trotz Schwellung sei alles in Ordnung, Kummerow könne weiterhin arbeiten. „Die Entscheidung hat mich nicht wirklich verwundert. Die Begutach-

tung durch die BG glich eher einem Verhör als einer Untersuchung“, erzählt der 48-Jährige. Trotzdem klagt er gegen die Entscheidung – leider erfolglos. Immerhin übernimmt die BG die Kosten für die Behandlung und die Manschette, die Kummerow für sein Knie braucht.

Der Herzberger möchte unbedingt wieder in seinem alten Job arbeiten. Doch die Wiedereingliederung macht deutlich, dass das nicht mehr geht. Mitte 2010 sattelt er deshalb um und arbeitet als Maschinenführer bei Continental in Northeim. Bis 2016 geht auch alles gut, doch dann kommt der nächste gesundheitliche Schlag. Das rechte Knie macht auf einmal ebenfalls Probleme. Auch hier ist eine OP notwendig. „Von der Operation habe ich mir natürlich Besserung erhofft. Stattdessen habe ich mich auch noch mit einem Krankenhauskeim infiziert, was zu noch mehr Schmerzen geführt hat“, erzählt Kummerow. Untersuchungen ergeben: Die Schmerzen am rechten Knie rühren von einem Haltungsschaden her, da er das rechte Knie seit dem Unfall nicht mehr richtig bewegen kann.

Das macht er auch gegenüber der BG deutlich.

Doch statt ihm Unterstützung anzubieten, legt sie ihm zusätzliche Steine in den Weg. Sie weigert sich auf einmal, weiter die Kosten für die Behandlung zu übernehmen. Ab sofort sei die Krankenkasse dafür zuständig. Außerdem erhält Kummerow ein Schreiben, in dem die Anerkennung als Arbeits-

„Ich war wirklich fassungslos. Ich habe immer mit beiden Beinen im Leben gestanden.“



Harte Arbeit: Als Zimmermann ist Matthias Kummerow einiges gewohnt. Doch die Vorgehensweise der Berufsgenossenschaft nach seinem Unfall macht ihn fassungslos.

Foto: Highwaystarz-Photography

unfall zurückgenommen wird. „Ich war wirklich fassungslos. Ich habe immer mit beiden Beinen im Leben gestanden. Aber das Verhalten der BG hat mir wirklich schwer zu schaffen gemacht. Ich konnte kaum noch schlafen“, so Kummerow.

Verzweifelt wendet sich der 48-Jährige, der wegen der andauernden Schmerzen in den Knien seit 2016 krankgeschrieben ist, an den SoVD in Osterode. Sebastian Lex, der das SoVD-Beratungszentrum leitet, kann immerhin eine weitere Übernahme der Behandlungskosten erwirken. Dass die BG auf einmal die 2010 und 2012 erstellten Bescheide, in denen der Arbeitsunfall anerkannt wurde, zurücknehmen will und diese als rechtswidrig bezeichnet, macht den Juristen sprachlos: „Im Prinzip sagt die BG, sie hat sich damals geirrt. Da liegt natürlich die Vermutung nahe, dass sie Angst hat, dass weitere Kosten auf sie zukommen, falls der

Schaden am zweiten Knie auch noch auf den Unfall zurückzuführen ist.“ Lex sieht Kummerow jedoch im Recht und geht gegen das BG-Schreiben vor. „Wir beantragen jetzt erstmal ein Gutachten, das untersuchen soll, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Problematik im rechten Knie gibt. Die Meinung der behandelnden Ärzte ist da ja recht eindeutig“, erläutert Lex. Wenn dieser Zusammenhang schwarz auf weiß belegt ist, könne sich die BG nicht mehr so einfach aus der Verantwortung stellen.



Zusätzliches Geld: Viele Rentner*innen in Deutschland müssen mit einem Nebenjob etwas dazu verdienen, weil sie ansonsten finanziell nicht über die Runden kommen.

Foto: Iakov Filimonov

Rentner soll hohe Versicherungsgebühr nachzahlen

Obwohl er nur geringfügig beschäftigt war

Etwas mehr als 2.000 Euro fordert die Berufsgenossenschaft (BG) Verkehr von Herbert L. (Name geändert). Dabei ist der Rentner auf Grundsicherung angewiesen und übt lediglich eine geringfügig bezahlte selbstständige Tätigkeit aus. Deshalb wendet sich Herbert L. an das SoVD-Beratungszentrum Hannover, das erfolgreich gegen die Forderungen der BG Widerspruch einlegt.

Obwohl Herbert L. lange gearbeitet hat, bekommt er nur eine kleine Rente. Vor einigen Jahren muss er einen Antrag auf Grundsicherung stellen. Um seine finanzielle Situation zu verbessern, hat der 69-Jäh-

rige seit 2018 einen Nebenjob, bei dem er bis zu 350 Euro im Monat dazuverdient. „So bin ich einigermaßen über die Runden gekommen“, sagt Herbert L. Doch Mitte 2019 bekommt er eine Zahlungsaufforderung von der Berufsgenossenschaft (BG) Verkehr. Darin fordert die BG einen monatlichen Beitrag für die Unternehmensversicherung aufgrund seiner Selbstständigkeit. Diesen habe er seit Beginn seiner Tätigkeit vor über einem

„Das steht in keinem Verhältnis zu dem, was ich verdient habe.“

Jahr nicht gezahlt. Insgesamt verlangt die BG einen Nachzahlungsbetrag von 2.024,24 Euro. Herbert L. ist entsetzt. „Das steht in keinem Verhältnis zu dem, was ich verdient habe“, sagt er. Er sei Geringverdiener und müsse einen Teil des Geldes zusätzlich versteuern und zudem das Sozialamt vierteljährlich über sein Einkommen informieren. „Alles läuft korrekt ab“, beteuert der Hannoveraner. Dass von seinem geringen Verdienst und der kleinen Rente auch noch ein Anteil an die Berufsgenossenschaft fällig werde, könne er nicht nachvollziehen. „Hier verstehe ich die Spielregeln nicht ganz“, so Herbert L. Kritisch sieht der Rentner vor allem das Mahnsystem der Berufsgenossenschaft. „Die hätten mir doch sofort eine Mahnung schicken können, als die Beiträge ausblieben. Stattdessen

wurden die nicht gezahlten Beträge immer weiter addiert, bis so eine große Summe zusammenkam“, kritisiert er. Das sei nicht in Ordnung. Um Unterstützung zu erhalten, wendet sich Herbert L. an das SoVD-Beratungszentrum Hannover. Sozialberaterin Katharina Lorenz legt gegen den Zahlungsbescheid zwar fristgerecht Widerspruch ein. Doch obwohl die Berufsgenossenschaft einer Beitragsbefreiung zustimmt und diese rückwirkend für das Jahr 2019 anerkennt, hält sie an ihrer Zahlungsaufforderung hinsichtlich der ausstehenden Beiträge für das Jahr 2018 fest. So soll Herbert L. 1.512,26 Euro nachzahlen. Zudem bestreitet die BG, dass er die Möglichkeit habe, gegen den Bescheid juristisch vorzugehen. „Wie sich die Berufsgenossenschaft hier verhalten hat, ist schon ungewöhnlich“, sagt Lorenz. Schließ-

„Bis zum Schluss kamen Mahnungen und Schreiben, die mich massiv unter Druck gesetzt haben.“

lich sei der Widerspruch das gute Recht des Rentners. Auch das Mahnsystem sei alles andere als kundenfreundlich. „Man hätte von Seiten der BG durchaus schneller reagieren müssen, wenn Beitragszahlungen über einen Zeitraum von über einem Jahr ausbleiben“, erklärt die SoVD-Beraterin. Warum Herbert L. nicht auch für das Jahr 2018 rückwirkend eine Beitragsbefreiung erhalte, obwohl praktisch die gleichen Voraussetzungen gegeben seien wie 2019, sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. „Aus unserer Sicht sind die Beitragsbescheide sachlich und rechtlich zu beanstanden, da die Voraussetzungen für eine Beitragsbefreiung schon vorher nicht gegeben waren. Das haben wir gegenüber der BG deutlich gemacht“, so Lorenz weiter. Der Widerspruch des

SoVD und der Einsatz der Sozialberaterin haben sich ausgezahlt. Die Berufsgenossenschaft verzichtet auf die zuvor geforderte Summe. Herbert L. freut sich über diese Entscheidung und ist erleichtert, dass er doch nicht zahlen muss. Dem SoVD ist er dankbar. Dennoch bleibt ein Groll über das Verhalten der BG zurück. „Bis zum Schluss kamen Mahnungen und Schreiben, die mich massiv unter Druck gesetzt haben“, sagt er. Das sei nicht akzeptabel.



Langwierig: Wer im Rollstuhl sitzt, ist an vielen Stellen auf Unterstützung angewiesen. Trotzdem müssen viele Betroffene um die Anerkennung eines entsprechenden Grades der Behinderung kämpfen.

Foto: Rüdiger Rebmann

Trotz Rollstuhl: Amt sieht keine Schwerbehinderung

Nach OPs und Therapien: SoVD unterstützt Mitglied bei langwieriger Auseinandersetzung

Obwohl Sabrina Arends wegen einer schweren und noch dazu seltenen Erkrankung dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen ist, kämpft sie lange um die Anerkennung ihres Grades der Behinderung (GdB). Erst als sich der SoVD einschaltet und Druck macht, lenkt die zuständige Außenstelle des Niedersächsischen Landesamtes ein.

Sabrina Arends leidet an einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension, die unter anderem

auch Pseudotumor cerebri (PTC) genannt wird. Diese seltene und bislang kaum erforschte neurologische Erkrankung führt dazu, dass der Hirndruck permanent erhöht ist, ohne dass ein Tumor oder eine andere Krankheit vorliegt. Obwohl die Lebenserwartung normal hoch ist, kann die Lebensqualität der Betroffenen stark eingeschränkt sein. So geht es auch Arends, die unter heftigen Kopf- und Nackenschmerzen leidet und deren Sehvermögen durch

die Krankheit beeinträchtigt ist. Außerdem hat die Erkrankung negative Auswirkungen auf ihre Bewegungsfähigkeit.

Auf eine zutreffende Diagnose wartet die 36-Jährige lange. „Für mich war das ein Schock, als meine Krankheit festgestellt wurde. Schlimm waren dann aber vor allem die Operationen und die darauf folgenden Therapien“, berichtet Arends. Das Setzen eines sogenannten Shunts, über den das Hirnwasser ablaufen soll, schlägt im ersten Anlauf fehl. Die nachfolgenden Operationen bringen nicht den gewünschten Erfolg. Die vierte Operation überlebt sie nur knapp. Im Anschluss hat sie kognitive und körperliche Einschränkungen, die sich erst nach Wochen zurückbilden. Nach der fünften Operation kann endlich eine Shunt-Anlage gesetzt werden. Aber auch durch Reha- und Therapiemaßnahmen verbessert sich ihr Gesundheitszustand nicht. Mittlerweile ist sie dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen. „Nur in meiner Wohnung kann ich sehr kurze Strecken mit einem Rollator zurücklegen“, sagt sie.

Arends hat sich damit arrangiert, dass sie wegen ihrer Erkrankung mit Einschränkungen leben muss. Dass sie allerdings neben dem Kampf um ihre Gesundheit einen zusätzlichen Kampf mit den Ämtern und Behörden um die Anerkennung ihrer Einschränkungen ausfechten muss, macht sie wütend. So wird ihr trotz ihrer gravierenden gesundheitlichen Probleme zunächst nur ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 zuerkannt. „Das wird meiner gesundheitlichen Situation nicht gerecht“, findet die 36-Jährige. Sie stellt noch während eines Reha-Aufenthaltes im März 2018 einen sogenannten Verschlimmerungsantrag. Darauf erhöht das zuständige Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Außenstelle Osnabrück – den GdB zwar, aber nur auf 40. Ihr Widerspruch wird abgewiesen. „Dabei saß ich zu diesem Zeitpunkt schon überwiegend im Rollstuhl“, so Arends.

Um zu ihrem Recht zu kommen, wendet sie sich an den SoVD in Nordhorn. Der Verband rät Arends dazu, erneut einen Verschlimmerungsantrag zu stellen. „Die Erkrankung von Frau Arends war zu diesem Zeitpunkt schon mit sehr starken Einschrän-

kungen verbunden. Ihr stand die Anerkennung einer Schwerbehinderung zu. Das haben wir deutlich gemacht“, sagt Joachim Feldkamp, Sozialberater im Beratungszentrum Nordhorn. Zwar trägt das Amt nach dem Eingreifen des SoVD einen GdB von 50 in ihren Schwerbehindertenausweis ein, doch nach einer weiteren Operation 2019 treten neue Beschwerden auf, die weitere körperliche Einschränkungen zur Folge haben. Abermals beginnt eine Auseinandersetzung mit dem Landesamt in Osnabrück, das eine Verschlimmerung nicht anerkennen will. Der SoVD bleibt trotz einiger Absagen des Amtes hartnäckig. „Von einer Klage wollten wir nur deshalb absehen, da diese zu viel Zeit in Anspruch genommen hätte. Wir haben es nochmals mit einem Verschlimmerungsantrag versucht, um Frau Arends so schnell wie möglich zu helfen“, berichtet Feldkamp. Deshalb fordert der SoVD die Behörde auf, alle Gutachten der behandelnden Ärzt*innen einzuholen, auch jener, die Arends während ihrer stationären Aufenthalte in den Krankenhäusern behandelt haben.

„Das hat dann tatsächlich den gewünschten Erfolg gebracht“, freut sich Arends. Der GdB wird auf 80 festgelegt. „Ich war total überrascht, denn damit hatte ich nicht mehr gerechnet nach den ganzen Ablehnungen“, sagt sie. Wenige Monate später kommt auf Druck der Ärzt*innen zusätzlich noch das Merkzeichen außergewöhnliche Gehbehinderung (aG) hinzu, das ihr das Parken auf einem Behindertenparkplatz erlaubt und es werden die Merkzeichen B (Begleitperson) und H (Hilflos) nachgetragen. Zudem wird ihr GdB auf 100 erhöht.

„Für mich war das ein Schock, als meine Krankheit festgestellt wurde.“

Nicht krank genug: Nutzung von Behindertenparkplatz verweigert

SoVD setzt aG-Merkzeichen durch

Fast zwei Jahre wartet Manfred Berlin, der an einer schweren Lungenerkrankung leidet, darauf, einen Behindertenparkplatz nutzen zu dürfen. Mit Hilfe des SoVD und seiner Ärztin erhält Berlin schließlich die Nutzungserlaubnis.

Manfred Berlin gibt sich offen, lacht häufig und macht gerne mal einen Scherz. Nur wenn er aufstehen und einige Schritte gehen muss, zeigt sich, dass der 72-Jährige schwer krank ist. Wenige Schritte reichen aus, dann ringt er nach Luft, muss stehenbleiben und pausieren. Vor einigen Jahren erhält Berlin die Diagnose Lungenkrebs. Das trifft

den Rentner hart, wirft ihn aber nicht aus der Bahn. Doch im Krankenhaus macht der behandelnde Arzt einen schweren Fehler bei der Operation. „Ich habe deshalb noch heute mit den Folgen zu kämpfen“, so Berlin. In den vergangenen Monaten hat sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Eine weitere Operation kann bei ihm nicht mehr durchgeführt werden. Das Risiko sei zu groß, dass er den Eingriff nicht überlebt, wie ihm die Ärzte mitteilen.

Auch mit diesem schweren Schicksal arrangiert sich Berlin irgendwie. Den Lebensmut verliert er deshalb nicht. „Solange es geht, möchte ich noch

etwas selbstständig bleiben“, betont der 72-Jährige. Dazu gehört für ihn, weiterhin mobil zu sein. Das stellt Berlin allerdings vor ein Problem: Sein Auto kann er noch fahren, die Wege vom Parkplatz in die Geschäfte oder zu Veranstaltungen schafft der Rentner aber nicht mehr.

Zunächst erhält Berlin eine von der Stadt Meppen ausgestellte Sondererlaubnis. Dabei hilft auch der Behindertenbeauftragte der Stadt Meppen, Walter Teckert. Allerdings muss dann die offizielle Umtragung des Merkmals für eine außergewöhnliche Gehbehinderung (aG) in den Schwerbehindertenausweis erfolgen – der gängige bürokratische Weg. Das zuständige Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Außenstelle Osnabrück – weigert sich jedoch, das aG-Merkzeichen in den Schwerbehindertenausweis einzutragen. Die Begründung: Berlin habe keine gesundheitliche Einschränkung, die ein entsprechendes Merkzeichen rechtfertige.

Der Rentner wendet sich daraufhin an das SoVD-Beratungszentrum Meppen. „Der SoVD hat mir schon bei vielen Anträgen und bei der Durchsetzung meiner Rente geholfen. Ich dachte, das schaffen die sicher“, so Berlin. Sozialberaterin Christiane Bentlage legt sofort Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid ein. „Es ist zwar gut, dass grundsätzlich jeder Antrag kritisch geprüft

wird“, sagt Bentlage. Schließlich müsse die Nutzung der Behindertenparkplätze nur denjenigen vorbehalten bleiben, die aufgrund einer Behinderung stark eingeschränkt seien. „Im Fall von Herrn Berlin war die Entscheidung aus unserer Sicht aber nicht gerechtfertigt“, so die SoVD-Beraterin. Die Erkrankung und die damit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen seien so gravierend, dass ein aG auszustellen sei. Dennoch zeigt sich die Behörde weiterhin unnachgiebig.

Bentlage greift deshalb zum Telefonhörer und setzt sich mit Berlins Ärztin in Verbindung. Die Lungenärztin Dr. Franziska Schmidt aus Papenburg erstellt ein Gutachten, in dem sie aus medizinischer Sicht deutlich macht, dass Berlin das Merkzeichen braucht. Mit einem erneuten Widerspruch des SoVD wird das Gutachten der Behörde zugesandt. Zusätzlich ruft Bentlage bei der Behörde an und erläutert die Situation. „Das mache ich nicht immer, aber diese Entscheidung hat mich doch ein Stück persönlich betroffen gemacht“, so Bentlage.

Der Einsatz des SoVD und der Ärztin hat sich gelohnt: Berlin ist nun im Besitz eines neuen Ausweises, der die Berechtigung zur Nutzung eines Behindertenparkplatzes enthält. „Ich habe ein Stück Lebensqualität zurückbekommen“, freut sich Berlin.

Hohe Hürden:

Wer auf einem Behindertenparkplatz parken möchte, benötigt das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis. Doch das wird selten vergeben.

Foto: Pixabay / Michael Gaida



Hat jetzt gut lachen: Manfred Berlin freut sich über seinen neuen Schwerbehindertenausweis.

Foto: Heinrich Schepers

Wegen Corona: Rentner wartet ein Jahr auf Schwerbehindertenausweis

SoVD: Pragmatische Lösungen sind gefragt

Ein Jahr lang wartet Walter U. auf seinen neuen Schwerbehindertenausweis. Der Grund für die Verzögerung bei der Bearbeitung seines Antrags beim Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in Braunschweig: Wegen der Pandemie kann kein Gutachten erstellt werden, das zunächst notwendig ist, um einen neuen Ausweis auszustellen. Der SoVD sieht in dem lange andauernden Entscheidungsprozess der Behörde eine Benachteiligung und nimmt sich des Falls an – der schließlich nach einem Jahr entschieden wird.

Seit über 35 Jahren ist der Rentner Walter U. gesundheitlich stark belastet und in seiner Mobilität eingeschränkt. Das hat auch das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) erkannt und ihm einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G und einem Grad der Behinderung (GdB) von 60 ausgestellt. Seit 2019 muss der 82-Jährige zusätzlich mit einem weiteren schweren Schicksalsschlag zurechtkommen, denn ein Schlaganfall führt zu weiteren Mobilitätseinschränkungen. In der Folge muss Walter U. vom Medizinischen Dienst (MD) auf einen höheren Pflegegrad hochgestuft werden.

Im Frühjahr 2020 beantragt Walter U. mit Unterstützung des SoVD in Gifhorn beim Landesamt einen neuen Schwerbehindertenausweis mit einem GdB von 80 und dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung).

Während des darauffolgenden Jahres geschieht jedoch zunächst nichts. Auf Nachfrage des SoVD im März 2021 wird vom Landesamt mitgeteilt, dass „aufgrund der Corona-Lage die Bearbeitung so lange dauert, weil kein Gutachten erstellt werden kann“.

Christine Scholz, Leiterin des SoVD-Beratungszentrums in Gifhorn, hat sich des Falls angenommen. „Normalerweise dauert die Bearbeitung eines solchen Vorgangs rund sechs Monate. Dass das Landesamt für Soziales anscheinend handlungsunfähig ist und dieses Hinauszögern mit Corona begründet, halten wir für fragwürdig“, sagt die erfahrene Sozialberaterin und verweist darauf, dass pragmatische Lösungen des Landesamtes gefragt seien. „Zum Beispiel die Anerkennung der aktuell vorliegenden Arztberichte und Gutachten des MD. Das sind durchweg alles kompetente Fachleute, deren Diagnose durchaus eine Entscheidung nach Aktenlage rechtfertigt. Und wenn schon

eine eigene Expertise des Landesamtes unbedingt nötig ist, warum gewährt man Herrn U. nicht einfach unter Vorbehalt einen sofort gültigen Schwerbehindertenausweis mit entsprechendem Merk-

zeichen? Das wäre unbürokratische praktische Sofort-Hilfe in der Krise im Interesse von Menschen mit Behinderung“, findet Scholz. Nachdem sich der SoVD einschaltet und die regionale Presse über den Fall berichtet, erhält der Rentner schließlich einen neuen Ausweis mit Merkzeichen – ohne persönliche Untersuchung des Landesamtes.

„Ein vorübergehender Ausweis – das wäre praktische und unbürokratische Hilfe gewesen.“

Wenn es mal wieder länger dauert: Wer aufgrund einer Mobilitätseinschränkung einen Schwerbehindertenausweis benötigt, wartet normalerweise rund sechs Monate. Bei Walter U. hat es doppelt so lange gedauert.

Foto: Adobe Stock

Von Teilhabe und freier Arztwahl weit entfernt

Praxen in Fußgängerzonen sind nur schwer erreichbar

Fußgängerzonen in Innenstädten sollen die Aufenthaltsqualität der zu Fuß Gehenden sichern. Privatfahrzeugen und Taxen ist es daher grundsätzlich nicht gestattet, sie zu befahren. Für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, die ihre Arztpraxis in der Fußgängerzone aufsuchen möchten, können diese Vorgaben zu einer enormen Belastung werden. Ausnahmeregelungen sind in den niedersächsischen Städten vorhanden – aber für Betroffene oft nicht hilfreich. Das zeigt auch ein Fall aus Hannover.

In Innenstädten, wo die Geschäftsdichte hoch ist und viele Menschen zu Fuß unterwegs sind, werden oftmals Fußgängerzonen eingerichtet. Fahrzeugverkehr soll hier die Ausnahme bleiben – so regelt es die Straßenverkehrsordnung, die bundesweit gültig ist. Was aber, wenn jemand stark mobilitätseingeschränkt ist und innerhalb der Fußgängerzone einen Arzt aufsuchen muss?

Margrit Fischer und ihr Mann Ernst-Wilhelm, beide Mitglieder des SoVD, stehen regelmäßig vor dieser Herausforderung. Einer der Fachärzte des Ehepaars befindet sich in der Georgstraße in Hannover, innerhalb der ausgewiesenen Fußgängerzone. „Seit etwa vier Jahren ist es für meinen Mann immer schwieriger geworden, zu Fuß zu gehen“, schildert Margrit Fischer. Nach einem Schlaganfall und als Dialysepatient fehle ihm beim Gehen die Kraft und Trittsicherheit. Selbst für kurze Strecken ist er auf einen Rollator angewiesen und droht zu stürzen.

Für Fahrten zum Arzt kann Fischer einen Taxitransportschein seiner Krankenkasse nutzen. Allerdings bedeutet das längst nicht, dass er auch bis zur Praxistür befördert wird. Oft bekommt das Ehepaar von Taxifahrern zu hören, dass es ihnen nicht erlaubt sei, die Fußgängerzone zu befahren. Auch mit Unverständnis und Beleidigungen werden

die beiden konfrontiert. „Zum Glück haben uns einige Taxifahrer aus Kulanz trotzdem bis zur Praxis gefahren, weil sie gesehen haben, dass mein Mann nicht in der Lage ist, weitere Strecken zu laufen“, erzählt Margrit Fischer. Und sie ergänzt: „Ich verstehe nicht, dass Menschen, die eine Behinderung haben, solche Steine in den Weg gelegt werden. Immerhin befinden sich innerhalb der hannoverschen Fußgängerzone viele Fachärzte, deren Patienten mobilitätseingeschränkt oder höheren Alters sind.“

„Die Regelungen für Fußgängerzonen sind sehr restriktiv und führen leider dazu, dass Personen mit Mobilitätseinschränkungen in vielen Fällen nicht bis zur Praxistür fahren dürfen“, bestätigt Katharina Lorenz vom SoVD in Niedersachsen. Sie sieht in den geltenden Bestimmungen eine starke Einschränkung der Teilhabe. Zwar gibt es in den vom SoVD befragten niedersächsischen Städten Ausnahmegenehmigungen für das Befahren der Fußgängerzone; diese sind aber von Stadt zu Stadt unterschiedlich und für Betroffene wie Fischer oft keine Hilfe. Städte wie Celle oder Göttingen beispielsweise verlangen für das Befahren der Fußgängerzone grundsätzlich den Besitz eines blauen oder orangenen Parkausweises. Auch Taxen dürfen in diesen Städten nur in Ausnahmefällen in die reine Fußgängerzone fahren, etwa wenn eine Person mit blauem oder orangem Parkausweis befördert wird. Selbst wer einen entsprechenden Parkausweis erhält, darf nicht jederzeit mit Taxi oder Privatauto die Fußgängerzone befahren, sondern nur während der ausgewiesenen Be- und Entladezeiten für den Lieferverkehr. Diese enden in den befragten Städten tagsüber spätestens um 10.30 Uhr oder 11 Uhr.

Viele Menschen mit Geheinschränkungen, die auf einen Rollator angewiesen sind, erfüllen die

hohen Hürden für den blauen EU-Parkausweis nicht. Dieser berechtigt unter anderem zum Parken auf Schwerbehindertenparkplätzen. Daher erhalten ihn nur Personen, in deren Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen aG oder Bl eingetragen ist. Ohne diese Merkmale bleibt nur die Chance auf einen orangenen Parkausweis. Für diesen sind beispielsweise die Merkzeichen G und B und zusätzliche Einschränkungen oder andere genau definierte Erkrankungen notwendig. Laut Lorenz vom SoVD ist es „nicht sinnvoll, das Anfahren von Arztpraxen streng an den Besitz der orangenen oder blauen Parkerleichterungen zu koppeln.“ Die Hürden für diese Parkausweise seien hoch, weil mit ihrem Besitz verschiedenste Parkerleichterungen einhergehen. Wer aber mobilitätseingeschränkt sei und seinen Arzt aufsuchen wolle, habe nicht den Wunsch in der Fußgängerzone dauerhaft zu parken. Für Fälle wie den des Ehepaars Fischer wären unkomplizierte Ausnahmeregelungen ausreichend. Immerhin: Da sich in den Fußgängerzonen medizinische Praxen befinden, die auch von mobilitätseingeschränkten Menschen genutzt werden, verweist beispielsweise die Stadt Hannover darauf, Arzttermine in die Lieferzeiten zu legen. Bis 11 Uhr und ab 19 Uhr wird das Bringen oder Abholen von Personen toleriert – auch ohne Parkausweise. „Diese Vorgaben erschweren es Menschen dennoch, ihr Recht auf freie Arztwahl wahrzunehmen. Denn nicht immer ist es möglich, einen Arzttermin innerhalb der Be- und Entladezeiten am Vormittag zu vereinbaren“, findet Lorenz. Hier erhalte die Aufenthaltsqualität der Fußgänger mehr Gewicht als das Recht von Menschen mit Behinderung. „Auch die mobilitätseingeschränkte Bevölkerungsgruppe gilt es zu schützen und ihre Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten“, sagt Lorenz.

„Ich kann akzeptieren, dass die Regelungen bei den Privatfahrzeugen streng sein müssen, aber wenigstens für Taxen sollte es eine Ausnahmegenehmigung geben“, sagt Margrit Fischer. Aus ihrer Sicht wäre es ausreichend, wenn Taxiunternehmen über Ausnahmegenehmigungen verfügen, um mobilitätseingeschränkte Personen bis zur Praxistür zu fahren – aber jederzeit und nicht nur bis 11 Uhr vormittags. Der von Fischer formulierte Wunsch

würde auch aus Sicht des SoVD sowohl die Aufenthaltsqualität der Fußgängerzone als auch das Recht auf freie Arztwahl berücksichtigen.

Den Städten Hildesheim und Braunschweig ist die Problematik bekannt. Hier wurden bereits abweichende Regelungen getroffen. Von April bis Dezember 2021 ermöglichte Hildesheim Taxen in einem Probebetrieb einen Teil der Fußgängerzone zu befahren, wenn sie Patienten zu einer Arztpraxis befördern mussten. Die Auswirkungen auf die zu Fuß Gehenden und deren Aufenthaltsqualität werden ausgewertet. 2022 soll über eine dauerhafte Fortführung politisch entschieden werden. Auch in Braunschweig sind bestimmte Teilbereiche der Fußgängerzone für Taxen zeitlich unbeschränkt freigegeben – so können Arztpraxen von allen gut erreicht werden.



Familienkasse verweigert Frau Telefonauskunft

Datenschutz: Menschen mit Behinderung sind angeblich besonders schützenswerte Gruppe

Als die 28-jährige Sarah Thiele eine telefonische Auskunft von der Familienkasse verlangt, wird ihr diese verweigert: Die Kasse will Menschen mit Behinderung grundsätzlich keine Informationen mehr am Telefon erteilen und begründet dies mit dem Datenschutz. Das findet Thiele als Betroffene diskriminierend. Sie informiert den SoVD, der daraufhin erfolgreich eingreift.

Sarah Thiele hat das Marfan-Syndrom, einen seltenen Gendefekt, der mit gesundheitlichen Problemen einhergeht. Zudem leidet sie unter Asthma. Trotz ihrer Beschwerden will sie den Versuch unternehmen, sich für den ersten Arbeitsmarkt zu qualifizieren. „Meine Ausbildung zur Bürokauffrau habe ich im Rahmen einer Maßnahme des Berufsbildungswerks in Teilzeit absolviert“, so Thiele. Im Anschluss sieht sie sich aber nicht in der Lage, eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszuüben. „Dafür bin ich einfach körperlich nicht fit genug“, sagt sie.

Um nach ihrer Ausbildung etwas mehr Geld zur Verfügung zu haben, beantragt sie abermals das Kindergeld bei der Familienkasse. Doch das Amt reagiert zunächst nicht und lehnt dann den Antrag ab, stellt am Ende sogar eine Zahlungsnachforderung. Als Thiele eine telefonische Auskunft verlangt, wird ihr diese verweigert. „Ich dachte damals, ich hätte mich verhört“, erinnert sich die 28-Jährige. Vor allem die Begründung des Mitarbeiters der Familienkasse ärgert Thiele. „Man hat mir am Telefon mitgeteilt, dass Menschen mit Behinderung grundsätzlich keine Auskunft mehr bekommen“, berichtet sie.

Zur Begründung habe ihr der Mitarbeiter erklärt, dass Menschen mit Behinderung zu einer besonders schützenswerten Gruppe gehören. Der Datenschutz erlaube es daher nicht, Informationen am Telefon weiterzugeben. Diese Aussage macht Thiele wütend.

Schließlich habe sie bezüglich ihres Anliegens ein Recht auf Informationen, findet sie. Dass ihre Behinderung nun als Grund für die Weigerung des Mitarbeiters herhalten muss, Informationen über den Sachstand ihres Antrags weiterzugeben, sei eindeutig diskriminierend. Die 28-Jährige erfährt wenig später von vielen gleichaltrigen Mitschüler*innen in ihrer Ausbildungsstelle beim Berufsbildungswerk, dass die Familienkasse grundsätzlich so vorgeht.

„Dass so was heute überhaupt noch möglich ist, wundert mich sehr“, sagt Thiele. Als sie einige Wochen später beim SoVD mit einem Sozialberater ihre Kindergeldangelegenheit bespricht, berichtet sie auch von diesem Vorfall. Stefanie Jäkel, Pressesprecherin des SoVD in Niedersachsen, wendet sich daraufhin an die Pressestelle der für die Familienkasse zuständigen Agentur für Arbeit. „Wir haben deutlich gemacht, dass der SoVD dieses Vorgehen nicht in Ordnung findet und dass Menschen mit Behinderung dadurch benachteiligt werden“, sagt Jäkel. Als Antwort erhält sie die Information, dass der Datenschutzbeauftragte der Agentur für Arbeit eine entsprechende Anweisung erteilt habe. Auch Jäkel gegenüber wird das Argument der besonders schützenswerten Personengruppe genannt. „Nachvollziehbar ist diese Begründung aber nicht“, sagt die SoVD-Landespressesprecherin und ergänzt: „Das haben wir auch bei der Agentur für Arbeit klargestellt.“

Offenbar hat die Anfrage des SoVD zu einem Umdenken geführt, denn nur wenig später erhalten Thiele sowie auch andere Menschen mit Behinderung wieder eine Auskunft bei der Familienkasse. „Ich bin dem SoVD dafür sehr dankbar“, sagt Thiele. Zudem konnte der Streit um das Kindergeld beigelegt werden – auch hier hat Thiele Recht bekommen.

Keine Auskunft: Aus Datenschutzgründen erhielten Menschen mit Behinderung eine Zeit lang am Telefon von der Familienkasse keine Informationen mehr.

Foto: iStock



Wenig hilfreich:
Eigentlich sollte das Jobcenter Menschen, die Hartz IV erhalten, unterstützen. Das ist leider nicht immer der Fall.

Foto: Agentur für Arbeit

„Wenn das so weiter geht, lande ich im Rollstuhl“

Jobcenter will Fahrten zur Physiotherapie nicht zahlen

Viele Gedanken macht sich Heiko Fischer nicht, als er sich bei einem Spaziergang im Stadtwald Eilenriede in Hannover einen Dorn in den Fuß tritt. Doch eine anschließende Infektion mit dem MRSA-Keim und eine schwere Sepsis führen dazu, dass der Vorfuß des 50-Jährigen amputiert wird. Um wieder fit zu werden, muss Fischer regelmäßig zur Physiotherapie fahren. Doch die Krankenkasse ist für die Kostenübernahme nicht zuständig und auch das Jobcenter weigert sich, die Ausgaben für den Hartz-IV-Empfänger zu übernehmen. Hilfesuchend wendet er sich an den SoVD.

Eine Sepsis – auch Blutvergiftung genannt – kann schnell zu schweren gesundheitlichen Problemen führen und lebensgefährlich werden. Das zeigt auch der Fall von Heiko Fischer. Er verletzt sich bei einem Spaziergang leicht. Allerdings infiziert er

sich mit dem Krankenhauskeim MRSA. Die Folge: eine schwere Sepsis. Gerettet werden kann er im Februar 2021 nur durch die Amputation seines vorderen rechten Fußes.

Seitdem versucht der Hannoveraner, wieder gesund zu werden. „Eigentlich läuft alles soweit gut, ich darf nur mein Bein nicht belasten und kann momentan auch noch keine Prothese tragen“, erzählt Fischer. Besuche beim Physiotherapeuten stehen derzeit regelmäßig auf dem Programm. Das Problem: Den öffentlichen Nahverkehr kann er aufgrund seiner Einschränkung nicht nutzen. „Ich kann nicht mal selbstständig meine Wohnung im zweiten Obergeschoss verlassen“, so Fischer. Um zu den Behandlungen zu kommen, benötigt er einen sogenannten Sitztransport – die Kosten dafür sind hoch. Der 50-Jährige, der seit Ende 2019 arbeitslos

ist, kann das nicht aus eigener Tasche zahlen.

Deshalb stellt er einen Antrag auf Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse. Doch dieser wird abgelehnt. Denn: Die Kasse wäre nur zuständig, wenn Fischer das Merkzeichen aG für außergewöhnlich gehbehindert oder einen Pflegegrad drei hätte. Beides ist bei ihm nicht gegeben. Für weitere Unterstützung wendet er sich an den SoVD in Hannover. „Prinzipiell kann ich mich selbst verteidigen. Aber irgendwann ist auch meine Kraft mal zu Ende“, sagt er.

SoVD-Beraterin Katharina Lorenz schlägt vor, einen entsprechenden Antrag auf Sonderbedarf beim Jobcenter einzureichen. „Hartz-IV-Empfänger haben die Möglichkeit, einen solchen Bedarf geltend zu machen, wenn sie ihn nicht aus eigenen Mitteln zahlen können“, erläutert Lorenz. Doch das Jobcenter macht von Anfang an Probleme. „Obwohl der SoVD für mich den Antrag gestellt hat, hat das Jobcenter meine Lebensgefährtin als sogenannten Kopf der Bedarfsgemeinschaft kontaktiert, wollte eine Vollmacht von ihr und hat um meine medizinischen Unterlagen gebeten“, berichtet Fischer fassungslos.

Doch damit nicht genug. Obwohl das Jobcenter mit diesem Schreiben eine Frist bis zum 18. Februar gegeben hat, um die Unterlagen einzureichen, kommt am 14. Februar ein erneuter Brief vom Amt – mit einer Ablehnung. Die Krankenkasse sei für die Kostenübernahme zuständig, nicht das Jobcenter. Die SoVD-Beraterin kann darüber nur den Kopf schütteln. „Da weiß offensichtlich die rechte Hand nicht, was die linke tut“, findet sie.

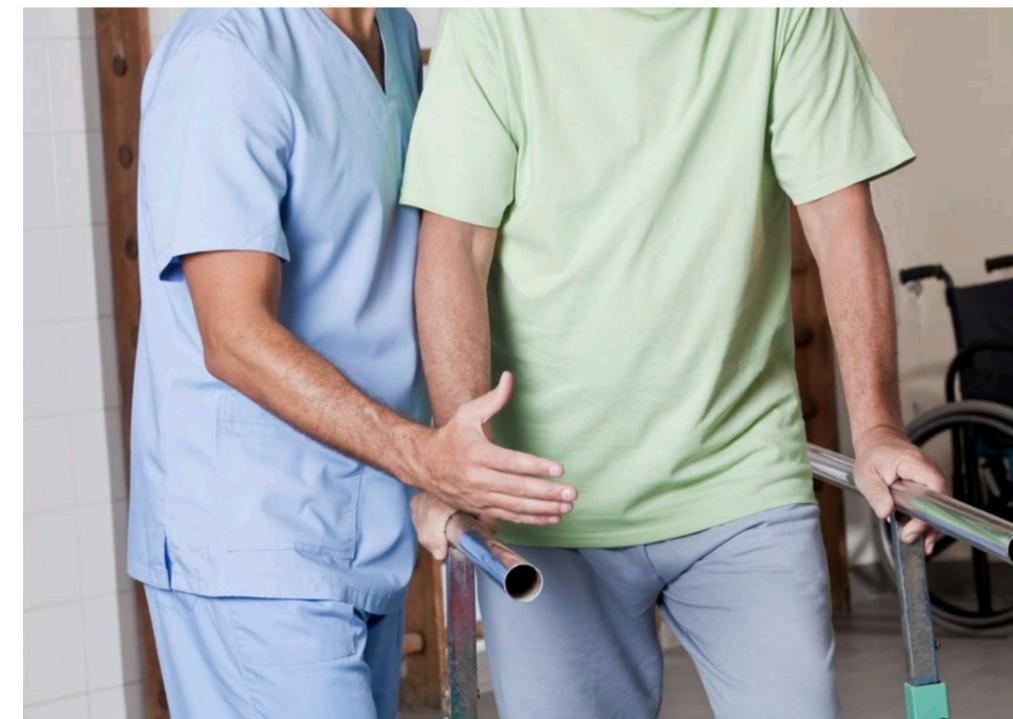
„Da weiß offensichtlich die rechte Hand nicht, was die linke tut.“

Auch die Begründung für die Ablehnung sieht sie kritisch: „Die Krankenkasse ist ganz eindeutig nicht zuständig. Ich kann nicht verstehen, warum das kein Sonderbedarf sein soll. Genau für solche Fälle gibt es doch diese Regelung“, kritisiert Lorenz.

Für Fischer bedeutet das: Er weiß noch immer nicht, wie er die Fahrten zur Physiotherapie zahlen soll. „Wenn das so weiter geht, lande ich im Rollstuhl. Dabei ist es doch mein Ziel, bald wieder auf eigenen Beinen zu stehen“, betont er. Lorenz hat jetzt erstmal Widerspruch beim Jobcenter eingelegt.

Dringend notwendig:
Patient*innen wie Heiko Fischer benötigen regelmäßige Behandlungen. Normalerweise müsste die Fahrten zur physiotherapeutischen Praxis das Jobcenter übernehmen. Dieses weigert sich aber.

Foto: Tyler Olson





Große Freude:
Bezieher*innen von
niederländischen
Betriebsrenten können
sich auf das Urteil im
Fall Braun berufen.

Foto: Adobe Stock

Präzedenzurteil nach Klage des SoVD

Niederländische Rente und Rechtsstreit um Krankenkassenbeiträge

Heinz Braun aus Weener bezieht eine Altersrente aus den Niederlanden und entrichtet regelmäßig Beiträge an seine Krankenkasse. Als diese einen fünfstelligen Geldbetrag von ihm nachfordert, beginnt ein Rechtsstreit darüber, ob die Leistungen aus einem niederländischen Pensionsfonds als gesetzliche Rente oder als Betriebsrente einzustufen sind. Mit viel eigenem Engagement und mit Unterstützung des SoVD bekommt Braun schließlich beim Sozialgericht Aurich Recht zugesprochen. Dieses Grundsatzurteil ist auch für andere Betroffene hilfreich, die wie Braun eine niederländische Rente beziehen.

Der Papiermachermeister Heinz Braun arbeitet von 1975 bis 2002 im niederländischen Bad Nieuweschans, wo er als Betriebsleiter in der ansässigen Kartonfabrik beschäftigt ist. Aus dieser Berufstätigkeit erhält Braun ab 2008 eine niederländische

Rente. Etwa 90 Prozent der in den Niederlanden Beschäftigten, so auch Braun, haben dabei Anspruch auf Bezüge aus einer Pensionskasse. Diese sind Teil der gesetzlich garantierten Rentenleistungen. Wie deutsche Renten auch, sind Auslandsrenten beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung – hierfür ist jeweils der halbe Beitragssatz zu entrichten. Für seine Bezüge zahlt Braun daher Beiträge an seine Krankenversicherung, die Techniker Krankenkasse (TK). Nach einigen Jahren möchte ein Mitarbeiter der TK von Braun wissen, ob er noch immer seine niederländische Betriebsrente erhalte. „Das habe ich bestätigt, denn es hatte sich nichts geändert. Ich habe mein Einkommen immer ganz genau angegeben“, versichert Braun. Daraufhin wird ihm plötzlich mitgeteilt, dass er der TK rund 22.000 Euro an Beiträgen schulde. Die TK verlangt eine Nachzahlung und ab sofort auch den vollen Kran-

kenkassenbeitrag. Dagegen wehrt sich der Rentner sehr engagiert. „Ich war total verärgert und sicher, dass das so nicht korrekt ist. Dann habe ich mich hinter den Computer geklemmt und im Internet Gerichtsurteile herausgesucht, die meine Einschätzung bestätigt haben“, schildert Braun. Er sendet seinen Widerspruch an die TK, fügt mehrere Gerichtsurteile bei und verweist auf die Besonderheit des niederländischen Rentensystems. Er legt dar, dass dieses dem der Schweiz ähnlich ist. Denn Gerichtsurteile haben bereits bestätigt, dass Leistungen der Schweizer Pensionskasse mit der deutschen Rente vergleichbar sind. Das macht Braun auch für seine Bezüge aus der niederländischen Pensionskasse geltend. Die TK bleibt jedoch bei der Auffassung, dass die Leistungen aus Brauns Betriebsrente nur ein rentenähnlicher Versorgungsbezug sind.

Nach langem und erfolglosem Schriftverkehr mit der TK holt sich Braun Hilfe beim SoVD. Die SoVD-Berater*innen begründen Brauns Widerspruch mit den drei Säulen des niederländischen Rentensystems: Dabei ist zu beachten, dass die späteren Bezüge aus der ersten Säule nur eine pauschale Grundsicherung darstellen – unabhängig von der Beschäftigungsdauer und den in das Rentensystem eingezahlten Beiträgen. Die zweite Säule ist eine kapitalgedeckte Alterssicherung, in die sowohl Arbeitgeber*innen als auch Arbeitnehmer*innen während der Berufstätigkeit einzahlen müssen. Die späteren Bezüge fließen aus einem Pensionsfonds. Die Rentenleistungen aus beiden Säulen sind staatlich garantiert. Aufgrund dieser Eigenheiten sind aus Sicht des SoVD die Bezüge der zweiten Säule nicht wie Betriebsrenten zu behandeln, sondern wie gesetzliche Renten. Der SoVD fordert eine Neuberechnung der Krankenkassenbeiträge und beantragt zudem, dass zu Unrecht eingezogene Beiträge verrechnet werden. Denn erst seit 2011 hätte Braun überhaupt Beiträge zahlen müssen – davor waren ausländische Renten gar nicht beitragspflichtig. Doch die TK bleibt bei ihrer Haltung und stuft Brauns Bezüge aus der Pensionskasse als betriebliche Altersvorsorge ein. Die vorgelegten Gerichtsurteile, unter anderem zu Schweizer Pensionskassen, betrachtet die TK als Einzelfälle, die auf Brauns Fall nicht übertragbar seien. Die

Krankenkasse bietet dem Rentner an, auf die Hälfte ihrer Nachforderungen zu verzichten, hält aber grundsätzlich daran fest, dass er den vollen Beitrag zu zahlen hat. Braun fühlt sich ungerecht behandelt und geht auf den Vorschlag nicht ein. Da eine außergerichtliche Einigung nicht möglich ist, reicht Thomas Barke, SoVD-Berater in Oldenburg, gegen die TK Klage beim Sozialgericht Aurich ein. „In der Klage habe ich deutlich gemacht, dass die Leistungen, die Herr Braun aus dem Pensionsfonds bezieht, nicht vergleichbar sind mit einer Betriebsrente in Deutschland“, schildert Barke. Denn erst die zweite Renten-Säule des niederländischen Rentensystems, der beitragsbezogene Pensionsfonds, sichere auch Leistungsfälle wie Erwerbsminderung, Invalidität oder Tod ab, so wie die deutsche Rentenversicherung auch.

Fünf Jahre muss Braun auf den Gerichtsprozess warten. „Das war die schlimmste Zeit damals“, sagt er, „weil ich nicht wusste, was mit dem Geld am Ende passieren würde.“ In dieser Zeit zahlt er der TK den vollen Beitrag und verliert dennoch nie seine Zuversicht. Nach einer rund halbstündigen Verhandlung spricht das Sozialgericht Aurich dem Rentner Recht zu. Die Richter halten fest, dass es rechtswidrig ist, bei Bezügen aus einer niederländischen Pensionskasse den vollen Krankenkassenbeitrag zu verlangen. In ihrem Urteil bestätigen sie, dass die Rente, die Braun aus der Pensionskasse bezieht, gleichwertig ist zur deutschen gesetzlichen Rente. Die TK akzeptiert das Urteil und erstattet Braun die zu viel gezahlten Beiträge. Der Rentner ist erleichtert und hofft, dass dieses Urteil auch anderen hilft: „Vor allem in der Grenzregion betrifft das viele Menschen. Doch viele wissen das nicht und zahlen zu hohe Krankenkassenbeiträge.“ Auch SoVD-Berater Barke schildert, dass es sich hier um ein Grundsatzurteil handelt, auf das sich Bezieher*innen einer niederländischen Betriebsrente berufen können. Zugleich betont Barke, dass differenziert werden müsse: „Die Ermäßigung auf den halben Krankenkassenbeitrag gilt nicht für alle ausländischen Betriebsrenten. Es kommt immer darauf an, wie genau eine Betriebsrente im Ausland ausgestaltet ist und ob deren Leistungen mit der gesetzlichen Rente in Deutschland vergleichbar sind.“

Trotz drei negativer Gutachten: SoVD erkämpft Erwerbsminderungsrente

Rentenversicherung bietet Vergleich an

Plötzlich ist das Leben völlig anders: 2011 erleidet der damals 47-jährige Alexander S. (Name geändert) einen Schlaganfall. Seinen Beruf als Drucker kann er jetzt nur noch mit großen Schwierigkeiten ausüben – bis er ihn schließlich aufgeben muss. Danach findet Alexander S. zwar wieder einen Job, arbeiten kann er wegen seiner Gesundheit aber nur als Hilfsarbeiter. Als er entlassen und zudem eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) diagnostiziert wird, stellt er einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Doch die Deutsche Rentenversicherung lehnt seinen Antrag auf Empfehlung eines Gutachtens ab. Daraufhin bittet Alexander S. den SoVD um Hilfe. Auch als in Widerspruchs- und Klageverfahren erstellte Gutachten trotz massiver gesundheitlicher Einschränkungen ebenfalls negativ ausfallen, macht sich der Verband weiter für sein Mitglied stark – mit dem Ergebnis, dass die Deutsche Rentenversicherung Alexander S. in einem Vergleich eine volle Erwerbsminderungsrente zugesteht.

Alexander S. arbeitet gerne als Drucker, doch 2011 ändert ein Schlaganfall alles für ihn. Die nächsten zwei Jahre kann er seiner Arbeit nur noch mit großen Schwierigkeiten nachgehen – bis es schließlich gar nicht mehr geht und er seinen Beruf aufgeben muss. Ein Jahr ist Alexander S. danach arbeitslos. „Um wieder in den Beruf zu finden, habe ich an einer Maßnahme teilgenommen“, erzählt er. Er findet zwar einen Job in derselben Branche, kann

aber nur noch 30 Stunden in der Woche arbeiten und wird als Hilfsarbeiter im Bereich Digitaldruck eingestellt. „Ich habe circa 900 Euro brutto verdient. Das hat einfach nicht zum Leben gereicht. Deshalb musste ich einen Zuschuss vom Staat beantragen“, erinnert sich Alexander S.

In den nächsten Jahren setzen ihm aber nicht nur finanzielle Schwierigkeiten zu. Auch gesundheitlich geht es ihm schlechter. Und das nicht nur körperlich. 2018 bekommt er gleich zwei schlechte Nachrichten: Er wird entlassen und es wird die chronische Lungenerkrankung COPD bei ihm diagnostiziert, woraufhin er dauerhaft krankgeschrieben

wird. Alexander S. beschließt, den Kampf um eine Erwerbsminderungsrente aufzunehmen und stellt einen Antrag. Allerdings befindet das im Antragsverfahren erstellte Gutachten, dass die vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen nicht die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllen. Der Antrag wird abgelehnt. „Die ganze Situation und besonders die

Ablehnung von meinem Antrag hat mich psychisch sehr stark belastet“, so Alexander S. Er wendet sich an den SoVD, der für ihn Widerspruch einlegt. Doch, wie zuvor der gestellte Antrag, wird auch der Widerspruch von der Deutschen Rentenversicherung nach einem negativen Gutachten mit der Begründung abgelehnt, dass die gesundheitliche Verfassung von Alexander S. für eine Bewilligung nicht kritisch genug sei. „Wir schauen uns die Gutachten unserer

Mitglieder sehr genau an. Dieses war absolut nicht überzeugend, da es in keiner Weise den schlechten Gesundheitszustand von Alexander S. widerspiegelt, der zudem klar von medizinischen Unterlagen seiner behandelnden Mediziner*innen belegt wird. Daher haben wir zu einem Klageverfahren geraten“, erklärt Frank Rethmeier, Leiter des Sachgebiets Sozialrecht beim SoVD-Landesverband in Niedersachsen, der den Fall von Alexander S. für das Klageverfahren am Sozialgericht (SG) in Hildesheim übernimmt.

Das SG lässt am Universitätsklinikum Göttingen ein drittes Gutachten erstellen, doch auch jetzt wird dem Kläger wieder keine Erwerbsminderungsrente zugestanden. Da die von seinen behandelnden Mediziner*innen erstellten Unterlagen aber eindeutig belegen, wie schlecht es Alexander S. geht,

setzt sich der SoVD weiter für sein Mitglied ein. Und es zahlt sich aus. Die Deutsche Rentenversicherung bietet einen Vergleich an – eine volle Erwerbsminderungsrente. „Der Anruf von Herrn Rethmeier war wie eine Erlösung für mich. Ich bin dem SoVD so dankbar für die Unterstützung. Alleine hätte ich das nie geschafft“, so Alexander S.

Frank Rethmeier sieht in dem Ausgang des Falls eine Bestärkung für andere Betroffene: „Der Erfolg von Alexander S. zeigt, dass es sich auch bei negativen Gutachten gegebenenfalls lohnen kann, nicht aufzugeben. In solchen Fällen ist vor allem die Unterstützung der behandelnden Mediziner*innen in Form entsprechender aussagekräftiger Unterlagen wichtig. Sie können einiges bewirken.“

„Die ganze Situation und besonders die Ablehnung von meinem Antrag hat mich psychisch sehr stark belastet.“

Atemnot: Wer wie Alexander S. unter COPD leidet, kann oft seinen Beruf nicht mehr ausüben. Eine Erwerbsminderungsrente ist da häufig der einzige Ausweg.

Foto: Adobe Stock





Enorm belastend:
Wer depressiv ist, hat sowieso schon mit vielen Problemen zu kämpfen. Wenn dann die Rentenversicherung auch noch Druck macht, ist das für die Betroffenen nur schwer zu ertragen.

Foto: Adobe Stock/
zinkevych

Rentenversicherung setzt schwer Depressiven unter Druck

Immer wieder neue Unterlagen angefordert

Als Ralf Fricke, der wegen einer schweren Depression arbeitsunfähig ist, seine Erwerbsminderungsrente beantragt, beginnt für den 54-Jährigen eine zähe und langwierige Auseinandersetzung mit der Deutschen Rentenversicherung. Erst als der SoVD eingreift, werden Frickes Rentenansprüche bewilligt.

Ralf Fricke muss mit verschiedenen chronischen Erkrankungen leben. Neben einem zu hohen Blutdruck, den er laut eigener Aussage mit

Medikamenten kaum in den Griff bekommt, ist der 54-Jährige chronisch erschöpft und hat einen Tinnitus. Außerdem leidet er unter einer Schlafapnoe, Bandscheibenproblemen, Rosacea sowie unter Ein- und Durchschlafproblemen. Vor allem aber seine psychische Erkrankung sorgt dafür, dass er keine Möglichkeit mehr sieht, einer regulären beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Seit seiner Kindheit leidet er unter schweren Depressionen und ist deswegen seit vielen Jahren immer wieder in psychologischer

Behandlung. Eine Besserung seines Gesundheitszustandes bringen die Therapien allerdings nicht. „Es geht mir sehr schlecht. Ich schaffe es einfach nicht mehr, zu arbeiten“, sagt der gelernte Restaurantfachmann. Eine Psychologin bescheinigt ihm schließlich die Arbeitsunfähigkeit und rät ihm, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Den Antrag stellt Fricke umgehend 2017. Doch damit beginnt für ihn ein regelrechter Spießrutenlauf um die Anerkennung seiner Erwerbsminderung, den er mit der Deutschen Rentenversicherung austragen muss. „Das nahm zum Teil absurde Züge an“, berichtet Fricke. So sei er zunächst aufgefordert worden, einen Termin zur medizinischen Begutachtung wahrzunehmen. Eigentlich ein normaler Vorgang. Fricke hat aber bereits hier den Eindruck, dass es ihm schwer gemacht werden soll, seinen Rentenanspruch durchzusetzen. „Ich kann mich noch gut an den Termin erinnern“, sagt er. So habe die zuständige Ärztin ihm zahlreiche „Fangfragen“ gestellt, schildert Fricke die Situation. „Das war eine harte Nummer“, findet er. Dies wird nicht der letzte Termin und auch nicht der letzte Kontakt mit der Rentenversicherung gewesen sein, den Fricke in negativer Erinnerung behält. Immer wieder zieht die Versicherung das Verfahren in die Länge, verlangt neue Atteste, neue medizinische Begutachtungen und weitere Nachweise über Erwerbstätigkeiten. „Da kam ganz schön was zusammen“, erinnert sich Fricke.

Schließlich wird ihm eine vorübergehende Erwerbsminderungsrente gewährt – nicht zuletzt deshalb, weil er trotz seiner Erkrankung hartnäckig bleibt. Als ihm 2018 ein weiteres Mal mitgeteilt wird, dass er für die Weitergewährung einen Nachweis über seinen Gesundheitszustand zu erbringen habe, wendet sich Fricke an das SoVD-Beratungszentrum Wilhelmshaven. „Ich wollte einen rechtlichen Beistand haben, der mich unterstützt, wenn es wieder kompliziert wird“, sagt der 54-Jährige. Mit Hilfe des SoVD stellt er den Antrag und legt alle notwendigen Nachweise dazu. „Wir haben versucht, Herrn Fricke zu unterstützen und alle relevanten Unterlagen, einschließlich der geforderten Atteste, an die Rentenversicherung geschickt, damit er wegen seines Gesundheitszustandes nicht zu

stark belastet wird“, sagt Thomas Barke, Sozialberater beim SoVD in Wilhelmshaven. Nach einigen Wochen meldet sich die Versicherung. Obwohl Fricke medizinische Unterlagen und angeforderte Nachweise beigelegt hat, ordnet die Rentenversicherung abermals eine medizinische Überprüfung an und will weitere Atteste einsehen. „Das habe ich nicht verstanden. Die haben alles bekommen, was verlangt wurde“, sagt Fricke. Obwohl dies für ihn eine zusätzlich

belastende Situation darstellt, muss er nochmals zur psychologischen Begutachtung nach Oldenburg. Zwischenzeitlich

kommt auf Fricke's Nachfrage heraus, dass seine Akte nicht aufgefunden werden kann und offenbar daher der ganze Aufwand betrieben werden muss. Doch auch als die Akte bei der Rentenversicherung in Bayern wieder auftaucht, wird Fricke die abermalige psychologische Begutachtung nicht erspart. „Warum die Rentenversicherung sich mit den aussagekräftigen Attesten nicht zufriedengibt, ist für uns nicht erklärbar“, erläutert Sozialberater Barke.

Auch nach der Begutachtung zögert die Versicherung mit der Auszahlung der Rente. Erst nachdem Barke nochmals Druck macht und in einem Schreiben klarstellt, dass alle Nachweise erbracht sind, wird Fricke eine Erwerbsminderungsrente gewährt – wenn auch zeitlich befristet. „Ich habe den Eindruck, dass es mir absichtlich schwer gemacht werden sollte, meine Ansprüche geltend zu machen“, sagt Fricke.

„Ich habe den Eindruck, dass es mir absichtlich schwer gemacht werden sollte.“

Impressum

SoVD-Landesverband Niedersachsen
Herschelstr. 31
30159 Hannover
Tel. 0511 70148-0
presse@sovd-nds.de
www.sovd-nds.de

Redaktion

Stefanie Jäkel
Sara Masić
Dr. Heinrich Schepers
Elin Schweiger

Bildbearbeitung und Grafik

Steeeg GmbH
www.steeeg.de