

Sozialhilfeträger lehnte es ab, die Kosten in Höhe von etwa 500 Euro zu übernehmen.

Er vertrat die Meinung, Gruppen- oder Urlaubsreisen gehörten nicht zu den notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und müssten vom Sozialhilfeträger nicht finanziert werden.

Zuvor hatte ein Facharzt dem behinderten Mann die Notwendigkeit seiner Teilnahme an der Reise bescheinigt, da auf diese Weise unter anderem seine soziale Kompetenz gefördert werde.

Die daraufhin erhobene Klage hatte Erfolg: Das Verwaltungsgericht Potsdam hat den Sozialhilfeträger zur Kostenü-

bernahme verpflichtet. Bedürftige behinderte Menschen hätten Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Dies behinhalte Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nicht behinderten Menschen. Insbesondere seien die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht auf die Förderung und Begegnungen im näheren Umfeld beschränkt.

Es liege auf der Hand, dass ein Ferienaufenthalt für einen stationär untergebrachten geistig behinderten Menschen zahlreiche Anregungen biete. Die Erfahrung neuer Situationen ermögliche ihm, sich besser in der Welt der nicht behinderten Menschen zu bewegen. Derar-

tige Anregungen seien auch notwendig und insbesondere geeignet, das Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern.

Vor allem dürfe die Schwere einer Behinderung und ein hoher Hilfebedarf kein Grund für die Ablehnung der Leistung sein. Leistungen können nicht nur beansprucht werden, wenn sie zu einer Besserung oder Verbesserung eines Leidens führen. Die Aufgabe der Eingliederungshilfe werde erfüllt, wenn durch die Maßnahme eine Milderung der Beeinträchtigungen herbeigeführt werde.

Quelle: Lebenshilfe-Zeitung 3/2008
Wir danken für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck.

Neues Gerichtsurteil: Wünsche der Versicherten sind bei der Wahl der Reha-Klinik zu berücksichtigen

Das Hessische Landessozialgericht (Urteil vom 28.08.2008, AZ: L 1 KR 2/05) hat entschieden, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, berechnete Wünsche des Antragstellers bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen.

Erforderlich ist jedoch, dass zunächst ein Antrag an die Krankenkasse gestellt wird und deren Entscheidung abgewartet wird. Nicht erforderlich ist, dass auch der Ausgang einer Klage abgewartet wird, so dass die Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet ist, wenn der Antragsteller sich während des Gerichtsverfahrens die Leistung selbst beschafft.

Nach Auffassung des Senats ist die Krankenkasse auch verpflichtet, die stationäre Rehabilitation in der gewünschten Reha-Klinik zu bewilligen. Der häufig von den Krankenkassen vorgebrachte Einwand, § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V räumt der Krankenkasse ein Ermessen ein, bezieht sich jedoch nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls auf Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen. Das Auswahlermessen der Krankenkasse hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtung ist dann „auf Null“ redu-

ziert, wenn die gewünschte Einrichtung als Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist und der Antragsteller berechnete Wünsche bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung vorträgt. Denn nach § 9 Abs. 1 SGB IX hat die Krankenkasse berechneten Wünschen der Versicherten Rechnung zu tragen und insbesondere auch die Lebenssituation, das Alter und sonstige Bedürfnisse des Leistungsberechtigten zu berücksichtigen.

Pflegeversicherung

In der anwaltlichen Praxis fällt auf, dass das die Begutachtungsrichtlinien für die Pflegeversicherung von September 2006 in den MDK Gutachten häufig unberücksichtigt bleiben und von den Krankenkassen selbst in Gerichtsverfahren noch die alte Rechtslage zitiert wird. Vor allem bei der Frage, in welchem Umfang wöchentlich stattfindende Arzt und Therapiebesuche zeitlich zu berücksichtigen sind, werden die häufigsten Fehler seitens der Krankenkassen gemacht. Grundsätzlich kann gesagt werden: alle ärztlich verordneten Therapien, die der Behandlung dienen und keinen rehabilitativen Charakter haben, werden

in vollem Umfang zeitlich berücksichtigt, d.h. Fahrzeit, Wartezeit und die komplette Therapiezeit. Hiervon wird kein altersbedingter Hilfebedarf für ein gleichaltriges Kind abgezogen. Vielfach lohnt sich daher die Überprüfung der Gutachten!

Die zunehmende Komplexität insbesondere der Kranken- und Pflegeversicherung verursacht nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei den Behörden große Verunsicherung, sodass immer häufiger die Gerichte zur Klärung offener Fragen bemüht werden müssen. Es lohnt sich häufig, Bescheide der Behörden kritisch zu hinterfragen.

Quelle:
Christine Stenner, Fachanwältin für Sozialrecht

Wolf & Stenner Rechtsanwälte
Louisenstr. 84
61348 Bad Homburg

Tel.: 06172-279475
Fax: 06172-279477
E-Mail: Stenner@sozialrechtskanzlei.de
Web: www.sozialrechtskanzlei.de

Unser Tipp: Betreuungsgeld wird erhöht

Es gibt Menschen mit geistiger Behinderung, die sehr viel Hilfe benötigen. Das ist für Angehörige besonders schwer. Für ihre Betreuungsleistung sollen sie nun von den Pflegeversi-

cherung mehr Geld bekommen. Wer wie viel erhält, bestimmt eine neue Richtlinie.

Zum 1. Juli dieses Jahres ist das Pflege-

weiterentwicklungsgesetz in Kraft getreten (die LHZ berichtete). Als wesentliche Verbesserung ist die Erhöhung des bisher geleisteten Betreuungsgeldes und die Ausweitung des berechtigten