SCHLESWIG-
HOLSTEINISCHER
LANDTAG

Bürgerbeauftragte für
soziale Angelegenheiten

Tätigkeitsbericht 2017

der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein

Tätigkeitsbericht 2017

der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten
des Landes Schleswig-Holstein
bei dem Präsidenten des
Schleswig-Holsteinischen Landtages

Juni 2018

01
Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Berichtsjahr gab es einen ganz erheblichen und damit auffälligen Anstieg der Petitionen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung: von 353 Eingaben im Jahr 2015 stiegen diese bereits im Jahr 2016 auf 450 Eingaben an; im Jahr 2017 setzte sich diese Entwicklung dann mit 577 Eingaben fort. Damit bildet dieser Bereich neben dem SGB II inzwischen den zweiten großen Schwerpunkt in der Beratung der Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein. Die Themen sind dabei immer noch die gleichen wie in den genannten Jahren – es geht oft um zu hohe Beiträge, die von den Betroffenen nicht geleistet werden können, daraus resultierende Schulden und die dann nur noch vorhandene Notversorgung. Auch das Krankengeld mit der – zwar abgemilderten – Lückenregelung, die wegen einer Formalität zu einem Verlust des Krankengeldanspruchs und auch der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen kann, wurde immer wieder zum Thema. Darüber hinaus geht es zunehmend im Krankengeld auch um die Entscheidungen der Krankenversicherungen zur Arbeitsunfähigkeit, die oft aufgrund der Aktenlage verneint wird und zur Einstellung der Zahlung des Krankengeldes führt. Auch die Frage, wie überhaupt ein Zugang zur Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen kann, wird zunehmend relevant. Die Wahrnehmung in der Beratung ist, dass die in allen diesen genannten Bereichen vorhandenen Probleme an Bedeutung gewinnen.

Gutes lässt sich aber zum Themenbereich Schulbegleitung und „pädagogischer Kernbereich“ vermelden, denn dieses Thema spielte in der Beratung im Jahr 2017 keine Rolle mehr. Die Petitionen zur Schulbegleitung nach dem SGB XII und dem SGB VIII sind deutlich zurückgegangen.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 3.477 Petitionen von Bürgerinnen und Bürgern aus Schleswig-Holstein an die Bürgerbeauftragte gerichtet, was im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Zuwachs darstellt (3.323 Eingaben). Im Bereich des SGB II, also der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende und unserem Beratungsschwerpunkt, gab es eine leichte Abnahme von 876 Eingaben auf 870 Eingaben im Berichtsjahr. Zuwächse gab es ande-

rerseits z. B. in den Bereichen der Arbeitslosenversicherung (SGB III), der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) oder auch beim BAföG, Kindergeld oder Unterhaltsvorschuss.

Allerdings stehen für mich und mein Team nicht die absoluten Zahlen im Vordergrund – sondern immer wieder das einzelne Schicksal, der einzelne Hilfebedürftige. Und völlig unabhängig von der Entwicklung der Zahlen der Eingaben ist im letzten Jahr in der Beratung besonders augenfällig geworden, dass zunehmend mehr Menschen von der Komplexität unseres gegliederten Sozialsystems insgesamt überfordert sind. Rechte, Handlungsoptionen und eigene Gestaltungsmöglichkeiten werden in unserem komplizierten Sozialsystem immer weniger erkannt.

Manchmal fehlt es den Menschen aber auch aufgrund unterschiedlichster Umstände an den notwendigen eigenen Kompetenzen, um ihre behördlichen Angelegenheiten zu regeln. Es fehlt manchmal an der Fähigkeit komplexere Texte zu verstehen, manchmal können die Menschen ihre Unterlagen nicht geordnet verwahren oder sind aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage z. B. von Behörden gesetzte Fristen einzuhalten. Gerade in diesen Fällen sind eigentlich die Behörden umso mehr gefordert, ihre gesetzlichen Verpflichtungen der Aufklärung, Beratung und Auskunft zu erfüllen (§§ 13,14 und 15 SGB I). Dies ist aber leider oft nicht der Fall. Demgemäß ist es für mich und mein Team immer häufiger die Situation, dass einfache Beratungsgespräche zur Unterstützung der hilfebedürftigen Menschen nicht mehr ausreichen und die Unterstützung oft viel zusätzliche Hilfestellung – wie das Sortieren der Bescheide und Unterlagen und das Erklären einfacher Zusammenhänge sowie zunehmend auch die Übernahme der Kommunikation mit der Behörde – umfasst. Dies führt, selbst bei in einigen Bereichen leicht abnehmenden Fallzahlen, zu einem deutlich erhöhten Beratungsaufwand im Einzelfall. Leider gibt es für diese Menschen auch selten die Perspektive, dass sich der Umgang mit den Behörden verbessern könnte – denn auch die Behörden können mit ihrer Personalausstattung diese umfassende Unterstützung nicht leisten.

Samiah El Samadoni
Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten

In vielen Fällen macht es unser gegliedertes System den Menschen aber auch sehr schwer und die Sinnhaftigkeit von bestimmten Regelungen ist oft nicht nachvollziehbar. Dies ist besonders häufig der Fall, wenn es um Schnittstellen der Systeme geht. So wie in dem Fall eines Vaters, der seine Kinder an den Wochenenden betreut und selbst Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII bezieht. Für den Vater hängt die Frage, ob das Jobcenter oder das Sozialamt jeweils die anteiligen Leistungen für seine Kinder zahlt, nur daran, ob seine 16-jährige Tochter jeweils auch zeitgleich von ihm betreut wird. Vor dem Hintergrund, dass die geleisteten Beträge die gleiche Höhe haben, könnte es dem Vater eigentlich gleichgültig sein, wer die Leistungen übernimmt. Allerdings muss er seine Anträge teilweise an die eine oder die andere zuständige Behörde richten, manchmal auch an beide. Es ist nicht zu vermitteln, warum dies so kompliziert ausgestaltet ist. Ausführlich ist dieser Fall im Teil „Bericht aus den Arbeitsbereichen“ dargestellt (vgl. S. 25).

Mein Dank gilt meinem Team, das sich diesen menschlichen und fachlichen Herausforderungen stellt und versucht, den hilfebedürftigen Menschen so umfassend zu helfen, wie es unter den gegebenen Umständen möglich ist.

Auch allen anderen, die immer wieder die Arbeit der Bürgerbeauftragten im Berichtsjahr unterstützt haben, möchte ich danken. Auch Sie haben damit letztlich den hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern mit ihren Anliegen geholfen. Ich freue mich auch künftig über Ihre Unterstützung und eine gute Zusammenarbeit im Sinne der Bürgerinnen und Bürger!

Ihre

Samiah El Samadoni

02

Inhaltsverzeichnis

03
Anregungen und Vorschläge

Die Bürgerbeauftragte kann ihren Bericht an den Landtag nach § 6 Bürger- und Polizeibeauftragtengesetz (BüPolBG) mit Anregungen und Vorschlägen zur Änderung oder Ergänzung gesetzlicher Regelungen verbinden. Die nachfolgenden Beispiele zeigen aus Sicht der Bürgerbeauftragten, in welchen Bereichen besonders dringender Handlungsbedarf besteht. Die Reihenfolge der Änderungen und Vorschläge folgt systematischen Erwägungen und stellt keine besondere Gewichtung nach Dringlichkeit dar.

1. SGB II: Anpassung der Leistungen für Bildung und Teilhabe – persönlicher Schulbedarf

Rechtslage: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres können Bildungsleistungen beanspruchen, wenn sie eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen und keine Ausbildungsvergütung erhalten (§ 28 Abs. 1 SGB II). Beim sog. Teilhabepaket sind alle Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres leistungsberechtigt (§ 28 Abs. 7 SGB II). Einen Anspruch hat auch ein Kind, das nur wegen der Bildungs- und Teilhabebedarfe hilfebedürftig ist.

Problem: Die einzelnen Pauschalen der Leistungen des Bildungs- und Teilhabepakets sind seit deren Einführung nicht angepasst worden. So liegt die Pauschale für den persönlichen Schulbedarf[1] seit dem 1. August 2009 unverändert bei 100,00 € (z. Zt. Auszahlmodus: 70,00 € im August und 30,00 € im Februar). Dies gilt, obwohl das BVerfG das Fehlen einer empirischen Grundlage für diese Leistungshöhe bemängelt hat (Regelsatzurteil vom 9. Februar 2010, 1 BvL 1/09, Rn. 203). Eine damals durch das Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein veranlasste Studie[2], die vom Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften und Mathematik (IPN) durchgeführt wurde, hat ergeben, dass in Schleswig-Holstein die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben, für die das Bildungs- und Teilhabepaket die Schulpauschale von 100,00 € jährlich vorsieht, mit 413,99 €[3] pro Schülerin bzw. Schüler und Jahr tatsächlich deutlich höher liegen.

Lösung: Pauschale Leistungen für Bildung und Teilhabe müssen erhöht werden und wie die Regelsätze jährlich angepasst bzw. dynamisiert werden.

[1] Früher: § 24a SGB II, jetzt: § 28 Abs. 3 SGB II.

[2] An der Studie nahmen im Herbst des Schuljahres 2015/16 insgesamt 3.592 Eltern und 287 Lehrkräfte von 56 Schulen (31 Grundschulen; 13 Gemeinschaftsschulen ohne Oberstufe; 5 Gemeinschaftsschulen mit Oberstufe; 7 Gymnasien) in Schleswig-Holstein teil. Zusätzlich wurden 22 Schulträger befragt. Zur Validierung der Elternangaben wurde eine weitgehend analoge Befragung von Lehrkräften, die an den an der Erhebung beteiligten Schulen tätig sind, durchgeführt. Das IPN hat die Auswertung der Erhebungen in einer Studie (Abschlussbericht vom 4. Juli 2016) zusammengefasst und analysiert (Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 18/4685: https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/4600/drucksache-18-4685.pdf).

[3] Durchschnittliche Verbrauchsausgaben in den Bereichen Verbrauchsmaterial, Schulequipment, Sportunterricht und Bücher nach der Erhebung des IPN (Abschlussbericht vom 4. Juli 2016, S. 19).

Zudem sollte ein zusätzlicher Mehrbedarf eingeführt werden, der eine über die Pauschale hinausgehende Bewilligung tatsächlich notwendiger und nachgewiesener Kosten ermöglicht. Auf diese Weise kann z. B. dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der persönliche Schulbedarf aufgrund der verschiedenen landesrechtlichen Regelungen von Bundesland zu Bundesland zum Teil stark variiert. Daneben bleibt es Aufgabe der einzelnen Bundesländer, durch ihre gesetzlichen Regelungen u. a. zur Lernmittelfreiheit sowie durch die konkrete Ausgestaltung schulischer Bildungsangebote (z. B. durch den Ausbau von kostenfeien Ganztagsangeboten und der innerschulischen Lernförderung) für echte Bildungsgerechtigkeit zu sorgen. Auch sollte der Teilhabegedanke konkreter berücksichtigt werden, z. B. sollte der persönliche Schulbedarf auch Kosten für die Anschaffung einer Schultüte zur Einschulung umfassen.

2. SGB II: Einführung einer verbindlichen Gesamtangemessenheitsgrenze bei den angemessenen Kosten der Unterkunft und Heizung

Rechtslage: Bedarfe für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen anerkannt, soweit diese angemessen sind (§ 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II). Die Betrachtung der Angemessenheit dieser Kosten erfolgt nach der gesetzlichen Regelung grundsätzlich getrennt nach den Unterkunftskosten einerseits und den Heizkosten andererseits. § 22 Abs. 10 SGB II eröffnet den kommunalen Trägern jedoch seit der SGB II-Reform im Jahr 2016 die Möglichkeit der Einführung einer Gesamtangemessenheitsgrenze. Das heißt, dass die Kosten auch dann angemessen sein können, wenn in einem Bereich eine Überschreitung der Kosten vorliegt, die Kosten in der Gesamtbetrachtung aber angemessen sind, also durch einen niedrigeren Wert auf der anderen Seite ausgeglichen werden.

Problem: Ein Anspruch des Bürgers oder der Bürgerin auf Berücksichtigung der Gesamtangemessenheit ist nach aktueller Rechtslage nicht gegeben. Oft führt eine nach Unterkunftskosten und Heizkosten getrennte Betrachtungsweise auf dem stark umkämpften Wohnungsmarkt zu einer Einschränkung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher bei der Wohnungssuche. Denn sobald eine der Aufwendungen (z. B. Unterkunftskosten) den Richtwert überschreitet, gelten die Kosten insgesamt als unangemessen, auch wenn die z. B. Heizkosten weit unter dem Richtwert liegen.

Lösung: Da die Gesamtangemessenheitsgrenze in vielen Fällen für die Bürgerinnen und Bürger von Vorteil ist, sollte sie nicht nur als Möglichkeit, sondern als bindender Maßstab gelten und als Berechnungsformel zwingend im Gesetz geregelt werden. Die Einführung einer generellen Gesamtangemessenheitsgrenze ist auch eine verwaltungsfreundliche und effiziente Möglichkeit, die angemessenen Bedarfe für Unterkunft und Heizung in einem Richtwert zusammenzufassen, ohne die Kostenträger stärker zu belasten. Die Gesamtangemessenheitsgrenze verschafft dabei den Menschen mehr Flexibilität bei der Wahl der Wohnung; insbesondere können höhere Mieten z. B. bei energetisch saniertem Wohnraum durch geringere Betriebs- und Heizkosten ausgeglichen werden. Solange den kommunalen Trägern gesetzlich lediglich die Möglichkeit eröffnet wird, zur Berechnung der Mietrichtwerte auf die Gesamtangemessenheit abzustellen, sollten die kommunalen Träger hiervon zumindest mutig Gebrauch machen. Denkbar ist auch, schon im Konzept z. B. unterschiedlich hohe Mietrichtwerte für energetisch sanierten oder herkömmlichen Wohnraum festzusetzen. Dies hätte den Vorteil, dass die Regelung auch für Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger nach dem SGB XII gilt.[4]

[4] Bisher hat lediglich die Stadt Neumünster von dieser Regelung Gebrauch gemacht, vgl. Verwaltungsrichtlinie zu den angemessenen Kosten der Unterkunft und Heizung (gültig ab 16. Juli 2016).

3. SGB II / Kinderzuschlag: Verpflegungszuschüsse sollten nicht als Einkommen berücksichtigt werden

Rechtslage: Die Berücksichtigung von Einkommen bei der Berechnung von Ansprüchen auf Arbeitslosengeld II sowie auf Kinderzuschlag richtet sich grundsätzlich nach den Regeln des SGB II (§§ 11 ff. SGB II ggf. i. V. m. § 6a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3 BKKG). Jobcenter und Familienkassen wenden deshalb auch die Arbeitslosengeld II / Sozialgeld-Verordnung (ALG II-V) an, die Einzelheiten zur Anrechnung von Einkommen bestimmt. Die ALG II-V sieht unter anderem vor, dass ein Pauschbetrag in Höhe von 6,00 € täglich für Mehraufwendungen für Verpflegung vom Einkommen abzusetzen ist, falls eine Leistungsberechtigte oder ein Leistungsberechtigter vorübergehend entfernt von ihrer oder seiner Wohnung und dem Mittelpunkt ihrer oder seiner dauerhaft angelegten Erwerbstätigkeit arbeitet. Dies ist z. B. bei einem auswärtigen Arbeitseinsatz auf einer Baustelle oder bei Dienstreisen zu Veranstaltungen und Messen usw. der Fall. Zudem muss die Abwesenheit von der Wohnung und dem Tätigkeitsmittelpunkt mindestens 12 Stunden umfassen (§ 6 Abs. 3 ALG II-V). Nachweisbare, höhere Aufwendungen sind darüber hinaus absetzbar.[5] Diese Regelungen gelten für all diejenigen Fälle, bei denen die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber keinen pauschalen Verpflegungszuschuss in Geld gewährt.

Pauschale Verpflegungszuschüsse sind jedoch grundsätzlich als Einkommen anzurechnen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II). Dies ist aber nicht der Fall, wenn die Betroffenen nachweisen, dass sie die Zuschüsse zweckgerichtet - also für Mahlzeiten - ausgegeben haben. Unklar ist insoweit, ob nicht zumindest der oben erwähnte Pauschbetrag von 6,00 € täglich grundsätzlich abzusetzen wäre.

Problem: Die Leistungshöhe im SGB II und beim Kinderzuschlag hängt direkt mit der Höhe des anrechenbaren Einkommens zusammen. Insbesondere beim Kinderzuschlag können Schwankungen beim Einkommen von wenigen Euro bereits zum Wegfall des gesamten Anspruches führen. Können Betroffene (etwa Fernfahrerinnen und Fernfahrer) bei einem monatlich gleichbleibenden Verpflegungszuschuss von z. B. 150,00 € nicht jeden Monat entsprechende Ausgaben in gleicher Höhe nachweisen, schwankt das anrechenbare Einkommen von Monat zu Monat. Als Folge hiervon müssen für jeden Monat zunächst vorläufige Erstbescheide[6] und später abschließende Änderungsbescheide erlassen werden. Daneben kommt es regelmäßig zu Rückforderungen bzw. Nachzahlungen. Insgesamt entsteht ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der in keinem angemessenen Verhältnis zu den streitigen Geldbeträgen steht.

In der Praxis führt dieses Vorgehen auch zu Unmut bei den Hilfesuchenden, weil ihnen oft gar nicht bekannt ist, dass sie Belege sammeln müssen. Oft können sie den Nachweis gar nicht führen, z. B. wenn an Imbissständen keine Belege ausgestellt werden. Ständige Rückforderungen des Kinderzuschlags bzw. von SGB-Leistungen steigern diesen Unmut, weil sich die Bürgerinnen und Bürger zunächst nicht darauf verlassen können, dass sie das

[5] BSG, Urteil vom 11. Dezember 2012 , B 4 AS 27/12 R, vgl. auch Geiger in LPK-SGB II, § 11b Rdnr. 23.

[6] In der Regel werden bei schwankendem Einkommen im SGB II und beim Kinderzuschlag Einkommensprognosen für sechs Monate getroffen, die später dann Monat für Monat überprüft werden.

bewilligte Geld überhaupt behalten dürfen. Fällt beim Kinderzuschlag gar der gesamte Anspruch weg, müssen schnell einige hundert Euro zurückgezahlt werden.

Lösung: Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Verpflegungszuschüsse nur zahlen, wenn tatsächlich ein Bedarf auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vorliegt. Deshalb wäre es gerechtfertigt und sinnvoll, von der Anrechnung der Verpflegungszuschüsse grundsätzlich abzusehen. Hierzu sollte der Verordnungsgeber in § 1 Abs. 1 ALG II-V regeln, dass Verpflegungszuschüsse nicht als Einkommen zu berücksichtigen sind.

4. SGB V: Krankengeld auch während eines Auslandsaufenthaltes

Rechtslage: Gesetzlich Versicherte mit einem Anspruch auf Krankengeld sollen nach der gesetzlichen Regelung kein Krankengeld bekommen, solange sie sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während einer Reise erkranken, § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Dies gilt auch für Reisen innerhalb der Europäischen Union und selbst dann, wenn der Auslandsaufenthalt der Genesung nicht im Wege steht. Gemäß § 16 Abs. 4 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten. Ein verbindlicher Anspruch auf Zustimmung existiert jedoch nicht.

Problem: Ein Auslandsaufenthalt widerspricht dem Genesungsprozess in vielen Fällen nicht. Gerade z. B. bei psychischen oder auch rheumatischen Erkrankungen sind Reisen häufig sogar förderlich. Auch darf der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während einer Auslandsreise nicht zu Nachteilen der Versicherten führen. Die aktuelle Regelung soll nach der Gesetzesbegründung der damaligen Regierungsfraktionen im Deutschen Bundestag aus dem Jahr 1988 in erster Linie dazu dienen, den Krankenkassen die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen.[7] Einerseits widerspricht die Annahme eines höheren Beweiswertes „deutscher" Atteste zumindest innerhalb der Europäischen Union dem das Unionsrecht prägenden Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung[8] und ist in Zeiten eines immer homogeneren Europas schlicht nicht mehr zeitgemäß. Andererseits betreffen die meisten Auslandsreisen von Erkrankten ohnehin nur Zeiträume, für die eine lückenlose Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung der behandelnden deutschen Praxis vorgelegt werden kann. Dies betrifft z. B. auch Menschen, die unheilbar erkrankt sind.

Lösung: Es sollte ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Krankengeld auch während eines Auslandsaufenthaltes statuiert werden. So sollte ein gesetzlicher Anspruch auf Zustimmung zur Auslandsreise bestehen, wenn der Heilungsprozess nicht gefährdet oder verzögert wird und eine medizinische Versorgung vor Ort gewährleistet oder voraussichtlich nicht erforderlich ist. Dies könnte in Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung von der behandelnden Praxis attestiert werden. Auch sollte der Krankengeldanspruch nicht länger davon abhängig sein, ob die Arbeitsunfähigkeit im Inland oder im Ausland eingetreten ist. Mögliche Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit dürfen nicht auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen werden und sind im Übrigen nicht sehr häufig zu befürchten. Der Nachweis einer lückenlosen Arbeitsunfähigkeit auch während des Auslandsaufenthaltes obläge selbstverständlich weiterhin den Versicherten.

[7] Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/2237, S. 164.

[8] Vgl. EuGH, Urteil vom 19. April 2007, C-444/05.

5. SGB VIII / SGB XII: Unbürokratischer Umgang bei Kollision von Eingliederungshilfe und häuslicher Krankenpflege

Rechtslage: Für die Finanzierung einer Schulbegleitung kommen unterschiedliche Rechtsgrundlagen und damit unterschiedliche Leistungsträger in Betracht. Dem Bereich der kommunalen Eingliederungshilfe nach dem SGB XII ist die Schulbegleitung zuzuordnen, wenn ein Kind körperlich oder geistig behindert ist (§§ 53 ff. SGB XII). Für seelisch beeinträchtigte Kinder muss der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt als Träger der Eingliederungs- oder Jugendhilfe die Schulbegleitung nach dem SGB VIII zahlen (§ 35a SGB VIII). Schließlich hat die Krankenkasse für die Schulbegleitung aufzukommen, wenn sie zum Bereich der häuslichen Krankenpflege gehört (§ 37 SGB V). Für Fälle, in denen unklar ist, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, hat der Gesetzgeber darüber hinaus eine Regelung geschaffen, die das Hin- und Herschieben der Zuständigkeiten verhindern und eine zeitnahe Sachentscheidung sicherstellen soll (vgl. § 14 SGB IX). Danach muss der erstangegangene Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang feststellen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz zuständig ist. Verneint er dies, hat er den Antrag unverzüglich an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, der dann innerhalb von drei Wochen sowohl nach dem für ihn als auch nach dem für den anderen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetz zu entscheiden hat.

Problem: Die Bearbeitung von Kollisionsfällen zwischen häuslicher Krankenpflege und Eingliederungshilfe, wie sie in der Praxis z. B. bei an Diabetes oder Epilepsie erkrankten Kindern auftaucht, bereitet oftmals Probleme. Insbesondere das oben beschriebene gesetzliche Verfahren zur Zuständigkeitsklärung wird oft nicht eingehalten. Denn trotz der dort verankerten Fristen wird oftmals nicht zeitgerecht entschieden oder es werden die begehrten Leistungen abgelehnt, weil dem leistenden Rehabilitationsträger z. B. die Kenntnisse in dem „fremden“ Leistungsgesetz fehlen. Hinzu kommt, dass § 14 SGB IX in manchen Konstellationen auch gar nicht anwendbar ist, wenn nämlich die begehrten Leistungen nicht denen der Rehabilitation zuzuordnen sind.

Die Folge ist, dass zunächst niemand leistet und die betroffenen Kinder bzw. Familien Gefahr laufen, bis zu einer gerichtlichen Klärung überhaupt nicht am Unterricht oder auch einer Klassenfahrt teilnehmen zu können. Zudem wird diese Problematik ab 2018 noch Verkompliziert, da das Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit künftig - z. B. durch „Teilverweisung“ - noch komplexer wird.

Lösung: Die Landeshauptstadt Kiel geht in Fällen, die nicht eindeutig dem ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse zuzuordnen sind, so vor, dass sich die Eingliederungshilfe im Rahmen der Gesamtplanung mit den anderen Reharträgern darüber austauscht, wer für welchen Teil der Hilfe verantwortlich ist. Die Landeshauptstadt Kiel sucht dabei von sich aus die Kommunikation mit der Krankenkasse und sorgt so dafür, dass die Hilfe zügig bewilligt wird, ohne das Zuständigkeitsproblem auf dem Rücken der Betroffenen auszutragen. Die (Teil-) Kostenerstattung wird dann „hinter

den Kulissen“ unter den Rehaträgern ausgehandelt. Der große Vorteil dieser bürgerfreundlichen Vorgehensweise ist, dass die betroffenen Familien, die meist schon genug mit der Erkrankung bzw. Behinderung ihres Kindes belastet sind, nicht mehr selbst mit zwei Trägern kämpfen müssen, sondern zeitnah eine Bewilligung erhalten. Die Bürgerbeauftragte appelliert daher in derartigen Kollisionsfällen an den zuerst angegangen Träger - sei es die Eingliederungshilfe oder aber die Krankenkasse - sich des Falles anzunehmen und proaktiv und zügig mit dem jeweils anderen Rehaträger eine anteilige Kostentragung unbürokratisch auszuhandeln.

6. SGB XII: Kinder haften für die Pflege ihrer Eltern – ab 100.000 € Bruttoeinkommen

Rechtslage: Müssen Eltern in ein Pflegeheim, sind die Kosten vorrangig von der Pflegeversicherung zu übernehmen. Weil die Pflegeversicherung allerdings einer „Teilkaskoversicherung“ ähnelt und lediglich Pauschalen zahlt, müssen die Pflegebedürftigen in fast allen Fällen erhebliche Differenzbeträge selbst übernehmen. In vielen Fällen reichen die Einkünfte hierfür nicht aus, so dass beim Sozialamt ein Antrag auf Hilfe zur Pflege gestellt wird (§ 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Das Sozialamt überprüft dann die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Antragstellerin oder des Antragstellers und z. B. seiner Ehepartnerin oder seines Ehepartners und deckt ausschließlich die verbleibende Lücke bei den Heimkosten. Daneben haben Eltern ggf. einen Anspruch auf Elternunterhalt gegenüber ihren Kindern (§ 1601 BGB). Die Eltern sind aber nicht verpflichtet, diesen Anspruch vorrangig geltend zu machen (der Gesetzgeber hatte hier zu viel Streitpotenzial gesehen). Jedoch werden Leistungen nach dem SGB XII und damit auch die Hilfe zur Pflege nur dann gewährt, wenn es keine andere Möglichkeit gibt, den Bedarf zu decken (Nachranggrundsatz). Um nicht gegen diesen Nachranggrundsatz zu verstoßen, wird der Anspruch auf Elternunterhalt auf das Sozialamt übergeleitet (§ 94 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Dieses prüft nun nach zivilrechtlichen Maßstäben, ob die Kinder nicht einen Teil der Heimkosten tragen müssen.

Problem: In vielen Fällen führt die Prüfung des Sozialamtes zu Streitigkeiten zwischen Eltern und Kindern, weil die Kinder z. B. das Heim für zu teuer halten, den Lebensstandard ihrer eigenen Familie bedroht sehen oder beigelegte Konflikte wieder aufleben, wenn eine Zahlungspflicht im Raum steht. Hinzu kommt, dass viele betroffene Kinder von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern auch nicht verstehen können, dass sie ihre Einkommens- und Vermögenssituation gegenüber dem Sozialamt offenlegen müssen. Dieses Unverständnis steigert sich noch, wenn auch die Ehe- und Lebenspartner und -partnerinnen ihre finanzielle Lage offenbaren müssen und wenn im Ergebnis die Schwiegerkinder mittelbar[9] die Heimkosten der Schwiegereltern mitfinanzieren müssen, obwohl sie diesen gegenüber selbst nicht unterhaltspflichtig sind. Zudem ist der Verwaltungsaufwand für das Sozialamt bei der Ermittlung der finanziellen Leistungsfähigkeit erheblich und zieht sich häufig über Monate hin. Demgegenüber steht in vielen Fällen nur eine bescheidene Zahlungsverpflichtung der Kinder bzw. teilweise sind diese letztlich gar nicht zur Zahlung verpflichtet.

Lösung: In § 94 SGB XII könnte eine Regelung eingefügt werden, nach der bei der stationären Hilfe zur Pflege Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kindern unberücksichtigt bleiben, sofern deren jährliches Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV[10] unter einem Betrag von 100.000,00 € liegt. Zudem sollte auch Vermögen der Unterhaltspflichtigen bei stationären Pflegeleistungen gänzlich unberücksichtigt bleiben. Diese Regelungen bestehen im SGB XII entsprechend bereits für den Bereich

[9] Erklärung: Die Schwiegerkinder sind ihren Ehe- und Lebenspartnern zum Unterhalt verpflichtet.

[10] Das bedeutet, dass vom Bruttoeinkommen noch die Kosten abgezogen werden, die aufgewandt werden müssen, um das Einkommen zu erzielen (z. B. Fahrtkosten zur Arbeit).

der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und haben sich gut bewährt (§§ 43 Abs. 5, 94 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB XII). Zum einen werden Kinder zur Kostentragung nur herangezogen, wenn diese Pflicht wegen der Höhe ihres Einkommens auch außer Frage steht. Zum anderen entlastet es die Sozialämter von einem erheblichen Prüfungsaufwand.

Zu prüfen wäre auch, ob diese Regelungen zur Entlastung der Kinder nicht generell für sämtliche Leistungen der Hilfe zur Pflege, also auch für ambulante Leistungen, greifen sollen.

7. Unterhaltsvorschuss: Klare Regelung des UVG bei unbekanntem Kindsvater

Rechtslage: Es besteht kein Anspruch auf Unterhaltsvorschuss, wenn sich der alleinerziehende Elternteil weigert, die Auskünfte, die nach dem UVG erforderlich sind, zu erteilen oder bei der Feststellung der Vaterschaft oder des Aufenthaltsortes des anderen Elternteils mitzuwirken (§ 1 Abs. 3 UVG). Ein unmittelbarer Ausschluss von Leistungen bei einem unbekannten Vater ergibt sich andererseits aber nicht aus dem Gesetz.

Problem: Wenn eine betroffene Mutter angibt, den Kindsvater z. B. nach einem anonymen One-Night-Stand nicht zu kennen, weigert sie sich zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht, mitzuwirken. Von den Unterhaltsvorschusskassen wird dann unter teilweise frauenverachtenden Methoden versucht, Unterhaltsvorschuss wegen fehlender Mitwirkung abzulehnen. Die Anträge werden oft mit spitzfindigen Hinweisen auf Lücken oder Widersprüche in dem von der Kindsmutter vorgetragenen Sachverhalt abgelehnt.[11] Es wird z. B. fehlende Mitwirkung vorgeworfen, weil Frauen, als die Schwangerschaft bekannt wurde, keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen haben, den Vater ausfindig zu machen. So werden z. B. Aushänge in der Diskothek gefordert, in der die Begegnung stattfand, oder auch Anfragen nach Daten bei sog. Dating-Apps. Auch führt die Vorgehensweise, das Intimleben der Frau zu erfragen, sowohl für die betroffenen Mütter als auch für Behördenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zu peinlichen „Vernehmungssituationen“. Viele Frauen scheuen sich daher nach einem erfolglosen Verwaltungsverfahren vor Gericht zu klagen, um sich vor einer erneuten Bloßstellung zu schützen.

Lösung: Für die dargestellte Konstellation könnte gesetzlich geregelt werden, dass es ausreicht, wenn die Kindsmutter glaubhaft macht, z. B. durch eidesstattliche Versicherung, keine weiteren sachdienlichen Hinweise und Erkenntnisse über den Kindsvater liefern zu können.

[11] Siehe hierzu: Fall im UVG; S. 83 f.

8. Kindertagesstättengesetz: Das Recht auf einen Kindergartenplatz darf nicht an den Gemeindegrenzen enden!

Rechtslage: Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz nach § 24 SGB VIII richtet sich gegen den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, mithin den Kreis oder die kreisfreie Stadt, welcher einen Bedarfsplan erstellt (§ 7 KiTaG). Dessen Umsetzung obliegt den Gemeinden, welche in eigener Verantwortung Sorge dafür tragen, dass die im Bedarfsplan vorgesehenen Kindertageseinrichtungen und Tagespflegestellen geschaffen werden (§ 8 Abs. 1 KiTaG). In der Folge haben die Gemeinden ein Interesse daran, dass Einwohnerinnen und Einwohner die geschaffenen Plätze vor Ort nutzen. Besucht ein Kind hingegen eine Kindertagesstätte außerhalb seiner Wohngemeinde, hat die Standortgemeinde der Kindertagesstätte dann einen Anspruch auf Erstattung der Kosten gegenüber der Wohngemeinde, wenn diese zum Zeitpunkt des gewünschten Aufnahmetermins keinen bedarfsgerechten Platz zur Verfügung stellen konnte (§ 25a Abs. 1 KiTaG). Dies gilt auch, wenn die Eltern aus einem besonderen Grund einen Platz außerhalb der Wohngemeinde in Anspruch nehmen (§ 25a Abs. 3 KiTaG). Ein besonderer Grund liegt vor, wenn z. B. ein besonderes pädagogisches Konzept von den Eltern gewünscht ist.

Problem: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nimmt in der Lebenswirklichkeit vieler Familien eine immer größere Bedeutung ein. Zahlreiche Eltern arbeiten in größerer Entfernung zu ihrem Wohnort und haben daher das nachvollziehbare Anliegen, ihr Kind in einer Kindertageseinrichtung oder Tagespflegestelle in der Nähe ihres Arbeitsplatzes oder eines Angehörigen, z. B. der Großeltern, unterzubringen. Hierbei stellt das geltende Kindertagesstättenrecht allerdings ein Hindernis dar, weil zunächst ein Kindergartenplatz im Zuständigkeitsbereich des für das Kind örtlich zuständigen Jugendhilfeträgers (Wohngemeinde) in Anspruch genommen werden muss. Sollte das Angebot vor Ort (z. B. wegen der Öffnungszeiten) nicht bedarfsgerecht sein und das Kind deswegen eine Kindertageseinrichtung an einem anderen Standort besuchen, so hat die Standortgemeinde gegen die Wohngemeinde der Eltern einen Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten. Den Eltern selbst steht dieses einklagbare Recht hingegen nicht zu. Sie sind daher darauf angewiesen, dass entweder die Wohngemeinde freiwillig zahlt oder aber die Standortgemeinde die Wohngemeinde verklagt. Beides geschieht in Fällen, in denen darüber gestritten wird, ob der angebotene Kinderbetreuungsplatz tatsächlich bedarfsgerecht ist, oftmals nicht.

Lösung: Das Kindertagesstättenrecht muss für die unterschiedlichsten Lebens- und Arbeitsmodelle der Bürgerinnen und Bürger flexibler werden und offen sein. Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz darf in unserer heutigen Arbeits- und Berufswelt nicht an den Kreis- oder gar Wohnortgrenzen enden. Die Bürgerbeauftrage regt daher an, § 25a KiTaG dahingehend zu ändern, dass hilfsweise auch Eltern selbst den Kostenausgleich gerichtlich geltend machen können. Dies sollte auch für die Fallkonstellation gelten, wenn die Eltern aus besonderem Grund eine bestimmte, in einem anderen Ort gelegene Kindertagesstätte wählen.

Bis das Kindertagesstättengesetz entsprechend geändert ist, empfiehlt die Bürgerbeauftragte den kommunalen Trägern es bei der Anwendung der Norm dem Kreis Nordfriesland gleich zu tun, der Ende 2014 eine Leitlinie erlassen hatte, wonach der Kostenausgleich u. a. geleistet werden soll, wenn sich die außerhalb der Wohngemeinde gelegene Kindertageseinrichtung in der Nähe bzw. auf dem Weg des Arbeitsortes befindet und somit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sichergestellt werden soll.[12] Überdies regt die Bürgerbeauftragte an, Kontakt zur Stadt Hamburg aufzunehmen und eine generelle Vorgehensweise für diejenigen Fälle zu erarbeiten, in denen in Schleswig-Holstein wohnende Bürgerinnen und Bürger in Hamburg arbeiten und ihr Kind dort in einer Tageseinrichtung betreuen lassen.

[12] Vgl. Tätigkeitsbericht 2014, S. 29.

04
Berichte

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die Eingabezahlen im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr von 876 auf 870 leicht gesunken. Den Hauptschwerpunkt der Eingaben bildeten dabei die allgemeine Beratung im Vorfeld oder ergänzend zu einer Antragstellung sowie die Überprüfung von Leistungsbescheiden auf ihre Richtigkeit. Für viele Bürgerinnen und Bürger ist das Leistungssystem SGB II trotz der vom Gesetzgeber beabsichtigten „Rechtsvereinfachung" im Jahr 2016 immer noch viel zu kompliziert und oft unüberschaubar.[13]

Problematisch sind dabei vor allem rechtliche Konstrukte wie die temporäre bzw. zeitweise Bedarfsgemeinschaft. Diese liegt vor, wenn sich Kinder abwechselnd bei den getrennt lebenden Eltern in unterschiedlichen Haushalten aufhalten. Leistungsrechtlich hat das Kind dann für die Tage, an denen es sich bei einem Elternteil länger als 12 Stunden aufhält, in diesem Haushalt einen taganteiligen Anspruch auf die Regelleistung. Noch schwieriger wird es dann, wenn andere Besonderheiten – wie beispielsweise andere Leistungsträger – hinzukommen. So wandte sich im Berichtsjahr z. B. ein Vater an die Bürgerbeauftragte, der selbst Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII bezog.[14] Seine drei Töchter (16, 13 und 10 Jahre alt) besuchten ihn im Monat unregelmäßig und blieben dann auch über Nacht. In den Zeiten, in denen sich die 16jährige Tochter zeitgleich mit einem oder beiden Geschwisterkindern beim Vater aufhielt, hatten die Kinder einen Anspruch auf die taganteilige Regelleistung nach dem SGB II, da die älteste Schwester über 15 Jahre alt ist und damit als erwerbsfähige leistungsberechtigte Person gilt. Deshalb bildet sie mit ihren beiden Geschwistern über den gemeinsamen Vater eine Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II. In den Zeiten, in denen sich die 16jährige Tochter jedoch nicht beim Vater aufhielt, hatten die beiden Geschwisterkinder in Ermangelung eines erwerbsfähigen Bedarfsgemeinschaftsmitglieds den Leistungsanspruch im Leistungssystem des erwerbsunfähigen Vaters, also dem SGB XII. Dieses Konstrukt stellt sich in der Praxis als besonders problematisch dar, da die Antragstellung teilweise doppelt und monatlich jeweils unterschiedlich erfolgen muss.

Die Schnittstellen zwischen dem SGB II und dem SGB XII verursachen oft unnötigen Mehraufwand und sind für die Bürgerinnen und Bürger nicht nachvollziehbar

Für den betroffenen Vater war es nur schwer überschaubar, wann er in welchem Leistungssystem die Leistungen für seine Kinder zu beantragen hatte. Wünschenswert wäre daher in den Fällen der temporären Bedarfsgemeinschaft ein Individualanspruch der betroffenen Kinder dergestalt, dass in dieser Form der Bedarfsgemeinschaft nur die Über15-Jährigen einen eigenen Anspruch im SGB II haben und die Unter15Jährigen generell im Leistungssystem des SGB XII verbleiben, damit sie nicht regelmäßig allein aufgrund anderer Personen zwischen zwei Leistungssystemen wechseln müssen. Hier sollten die Schnittstellen von SGB II und SGB XII aufeinander abgestimmt werden.

Auch das sog. Zuflussprinzip führt nicht immer zu einer für die Bürgerinnen und Bürger zufriedenstellenden Lösung. Nach diesem Prinzip sind laufende Einnahmen in dem Monat zu berücksichtigen, in dem sie zufließen (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB II). Erhalten Leistungsbeziehende jedoch beispielsweise in einem Monat zwei Gehälter ausbezahlt, weil der Arbeitgeber mit der Überweisung in Verzug geraten ist, sind beide Gehälter in dem Monat des Zuflusses anzurechnen. Das nachgezahlte Gehalt kann aber als einmalige Einnahme im Einzelfall auf sechs Monate gleichmäßig verteilt werden, wenn durch die Anrechnung in einem Monat der Leistungsanspruch im Monat des Zuflusses entfiele (§ 11 Abs. 3 Satz 4 SGB II). Trotz dieser Sonderregelung kann es jedoch dazu kommen, dass der Leistungsanspruch durch den Zufluss mehrerer Gehälter in einem Monat insgesamt entfällt. Bei einer Anrechnung in dem Monat, in dem die Einnahme tatsächlich erwirtschaftet wurde, bliebe es in derartigen Fällen hingegen zumindest in den übrigen Monaten bei einem aufstockenden Leistungsanspruch.

[13] SGB II-Reform durch das Neunte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Rechtsvereinfachung – sowie zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht vom 26. Juli 2016 (BGBl I, S. 1824ff.).

[14] Az. 882-2017.

Das Zuflussprinzip kann z. B. bei Gehaltsnachzahlungen zu einem Entfallen des Leistungsanspruchs führen – dies wird oft als ungerecht empfunden

Ebenso problematisch sind diejenigen Fälle, in denen nach einem Wechsel des Leistungssystems eine Nachzahlung anfällt. Wechselt z. B. eine Person vom Kinderzuschlag zum ALG II und erhält während des Bezuges von ALG II noch eine Nachzahlung aus der Zeit des Bezuges von Kinderzuschlag, wäre nach dem Zuflussprinzip die Nachzahlung auf die Leistungen des SGB II anrechenbar. Für den Bezugszeitraum des Kinderzuschlags bliebe dann jedoch der Bedarf ungedeckt. Dass dies zu unbilligen Ergebnissen führt, hat auch das BSG[15] erkannt und für diesen Fall einen sog. modifizierten Zufluss als sachgerecht angesehen. Nach dieser Entscheidung soll der Kinderzuschlag Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II vermeiden, was er nur dann könne, wenn er in dem jeweiligen Monat, für den er bestimmt ist, zufließt und in diesem berücksichtigt wird. Das heißt, dass in dem Monat, in dem eine verspätete Zahlung geleistet wird, der SGB II-Anspruch nicht gemindert wird. Ob diese bürgerfreundliche Rechtsprechung auch auf andere Leistungen wie Wohngeld oder Kindergeld anwendbar ist, bleibt jedoch abzuwarten.

Auch beschwerten sich Bürgerinnen und Bürger erneut darüber, dass die zugesandten bzw. eingereichten Unterlagen in den Jobcentern oder auf dem Weg dorthin verschwinden und nicht beim Bearbeiter ankommen. Bisherige Versuche, dieses Problem zu lösen, blieben weitgehend erfolglos. Durch die Einführung der elektronischen Akte hoffen die Jobcenter, diesem Problem in Zukunft Herr zu werden.

Auch im Bereich der Kosten für Unterkunft und Heizung erreichten die Bürgerbeauftragte wieder viele Eingaben. Teilweise waren die Menschen so verzweifelt auf der Suche nach Wohnraum, dass die Bürgerbeauftragte sogar gebeten wurde, bei der Vermittlung von Wohnraum zu helfen. Häufig erbaten die Bürgerinnen und Bürger auch Hilfe bei der Bearbeitungsdauer eines Antrags auf Zustimmung zum Umzug. Soweit Hilfeempfängerinnen und -empfänger umziehen wollen, benötigen sie vorher von dem für die neue Unterkunft örtlich zuständigen Jobcenter die Zusicherung zur Übernahme der Wohnkosten (§ 22 Abs. 4 Satz 1 SGB II) sowie zur Übernahme eines gegebenenfalls notwendigen Darlehens für die Mietsicherheit (§ 22 Abs. 6 Satz 1 2. Halbsatz SGB II). Anfallende Umzugskosten müssen die Betroffenen zudem vorher bei ihrem bis zum Umzug örtlich zuständigen Jobcenter beantragen (§ 22 Abs. 6 Satz 1 1. Halbsatz SGB II). In der Regel werden bei der derzeitigen Wohnungsknappheit freie Wohnungen durch die Vermieter jedoch schnell weitervergeben. Für Leistungsbeziehende wird daher die schnelle Zusage für eine Wohnung zu einem Problem, wenn das zuständige Jobcenter den Antrag nicht schnell genug prüft (z. B. aufgrund personeller Engpässe oder Schließzeiten des Jobcenters). Besonders problematisch wird es, wenn zwei Jobcenter zustimmen müssen, weil die betroffene Person in den Zuständigkeitsbereich eines neuen Jobcenters verzieht. Obwohl die Jobcenter bemüht sind, derartige Anträge möglichst schnell zu entscheiden, kommt es dennoch immer wieder zu längeren Bearbeitungszeiten. Hier wäre noch mehr Augenmerk auf diese sehr eiligen Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern wünschenswert.

Bei den Heizkosten gab es nach wie vor das Problem, dass Nachforderungen nicht übernommen wurden, obwohl vorher kein Kostensenkungsverfahren durchgeführt wurde. Grundsätzlich sind die Kosten für Heizung nur im angemessenen Umfang zu übernehmen. Nach Rechtsprechung des BSG[16] dient als Maßstab für die Angemessenheit vorrangig der kommunale Heizspiegel. Bei Fehlen eines kommunalen Heizspiegels ist als Ersatz der bundesweite Heizspiegel heranzuziehen. Bei Überschreiten der Angemessenheitsgrenzen wird im Einzelfall genauer betrachtet, welche örtlichen und baulichen Begebenheiten zu berücksichtigen sind, wenn sich die Betroffenen darauf berufen. Bei erstmaligem Überschreiten der Angemessenheitsgrenze sind die tatsächlichen (unangemessenen) Kosten zu übernehmen, damit Leistungsempfangenden die Gelegenheit erhalten, z. B. ihr Heizverhalten anzupassen, um die Kosten zu senken. Diese notwendigen Kostensenkungsverfahren wurden

[15] BSG, Urteil vom 25. Oktober 2017, B 14 AS 35/16 R.
[16] BSG, Urteil vom 2. Juli 2009, B 14 AS 36/08 R.

nicht immer korrekt bzw. gar nicht durchgeführt und Nachforderungen dann fälschlicherweise nicht vom Jobcenter übernommen. Das führte dazu, dass die Bürgerinnen und Bürger erhebliche Teile ihrer Regelleistungen dazu aufwenden mussten, um diese Nachforderungen zu begleichen. Hier sind die Jobcenter aufgerufen, sorgfältiger zu prüfen.

Zum Thema angemessene Kosten der Unterkunft ist zu berichten, dass der Kreis Stormarn weiterhin kein Konzept zur Ermittlung der angemessenen Kosten der Unterkunft vorlegen konnte. Sehr zu begrüßen zu diesem Thema waren einige Entscheidungen verschiedener Landessozialgerichte[17], wonach der Sicherheitszuschlag von 10,00 % auch für die seit dem 1. Januar 2016 geltenden erhöhten Tabellenwerte nach dem Wohngeldgesetz (WoGG)[18] gilt, wenn ein sogenanntes „schlüssiges Konzept" bei der Ermittlung der Mietrichtwerte fehlt.

Angemessene Kosten der Unterkunft: Fehlt ein schlüssiges Konzept, dann gelten unverändert die Tabellenwerte nach dem Wohngeldgesetz plus 10 % Sicherheitsaufschlag

Nach gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wurden bisher bei Fehlen eines sogenannten „schlüssigen Konzeptes" hilfsweise die Wohngeldtabellentabellenwerte zuzüglich eines Sicherheitszuschlages von 10,00 % angewandt. Durch die Neufassung des WoGG zum 1. Januar 2016 – wodurch die Wohngeldbeträge erheblich erhöht wurden – war zunächst unklar, ob der Sicherheitszuschlag von 10,00 % entfällt. Durch die Entscheidungen mehrerer Landessozialgerichte scheint sich zu bestätigen, dass auch für die aktuellen und erhöhten Wohngeldtabellenwerte ein Sicherheitszuschlag in Höhe von 10,00 % zu gewähren ist, wenn das Konzept zur Ermittlung der angemessenen Wohnkosten nicht rechtmäßig bzw. nicht schlüssig ist. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie sich das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht zu dieser Frage positioniert. Relevant wird es in Schleswig-Holstein insbesondere für die Leistungsbeziehenden aus dem Kreis Stormarn, wo es aktuell unstreitig kein Konzept zur Ermittlung der angemessenen Wohnkosten gibt. Dort werden nämlich nur die Werte der Wohngeldtabelle ohne 10,00 % Sicherheitsaufschlag berücksichtigt.

Ein nicht unerheblicher Teil der Eingaben im Berichtsjahr betraf wieder die Überprüfung von Bescheiden, insbesondere von Rückforderungsbescheiden. Obwohl ein Großteil der Erstattungsbescheide rechtlich korrekt ist, sind sie für die Leistungsbeziehenden oft nur schwer nachvollziehbar. Dies liegt zum Teil an den sehr hohen Anforderungen der Gerichte. So wird beispielsweise von der Rechtsprechung verlangt, dass Aufhebungs- und Erstattungsbescheide die Einzelbeträge für jedes Bedarfsgemeinschaftsmitglied aufweisen muss, die Forderung also ebenso wie der ursprüngliche Leistungsbescheid individualisiert ist. Für die Bürgerinnen und Bürger ist es dann oft nicht nachvollziehbar, dass zum Teil mehrere Bescheide mit dem gleichen Inhalt eingehen. Dadurch kann es dazu kommen, dass Forderungen übersehen werden, weil der zugrundeliegende Bescheid als doppelt angesehen wird, obwohl er sich eigentlich auf unterschiedliche Personen bezieht. Abhilfe könnte hier beispielsweise dadurch geschaffen werden, dass das Gesetz verbindliche Vorgaben an den notwendigen, aber auch ausreichenden Inhalt eines Rückforderungsbescheides regelt. Zudem bittet die Bürgerbeauftragte die Gerichte um praktikable und bürgerfreundliche Vorgaben, die die Bescheide nachvollziehbarer machen. Gleichzeitig sollten die Jobcenter jedoch auch ihr Beratungsangebot z. B. durch die sog. „Bescheiderklärer" weiter ausbauen, damit Bürgerinnen und Bürger sich unverständliche Bescheide erläutern lassen können. Generell sollten einem Rückforderungsbescheid aber auch die jeweiligen relevanten konkreten Berechnungen beiliegen sowie eine Berechnung der daraus resultierenden Überzahlungsbeträge.

Arbeitsförderung

Die Zahl der Eingaben zum Bereich Arbeitsförderung (SGB III) ist im Vergleich zum Vorjahr leicht von 153 auf 159 gestiegen. Ursächlich hierfür war im Wesentlichen eine höhere Anzahl von Eingaben zum Teilbereich Arbeitslosengeld. Hier gab es ei-

[17] Vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 2. Februar 2017, L 11 AS 983/16 B; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 12. Dezember 2016, L 19 AS 1457/16.

[18] § 12 WoGG.

nen Anstieg von 67 auf 80 Eingaben. Damit wurde der Rückgang bei den Eingaben zu sonstigen Geldleistungen im SGB III (insbesondere Berufsausbildungsbeihilfe) mehr als ausgeglichen. Zudem stieg die Anzahl der Petitionen zum Teilbereich Sperrzeiten von 14 auf 18.

Den Schwerpunkt beim Arbeitslosengeld bildeten wie auch in den letzten Jahren die Eingaben zum Thema Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit (§ 145 SGB III). Im Unterschied zum „normalen" Anspruch auf Arbeitslosengeld ist Anspruchsvoraussetzung, dass eine Person für einen voraussichtlichen Zeitraum von mehr als sechs Monaten weniger als 15 Stunden wöchentlich auf dem für sie oder ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt eine Beschäftigung ausüben kann, die Rentenversicherung eine verminderte Erwerbsfähigkeit aber noch nicht festgestellt hat (§ 145 Abs. 1 Satz 1 SGB III). Ferner müssen die üblichen Anspruchsvoraussetzungen (Arbeitslosmeldung und Erfüllung der Anwartschaft) vorliegen (§ 137 SGB III). Ziel dieser speziellen Leistung ist es, die Zeit bis zu einer Entscheidung der Rentenversicherung über einen Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu überbrücken, um so den Lebensunterhalt der Betroffenen zu sichern.

Bei einigen Petitionen musste die Bürgerbeauftragte feststellen, dass die Hilfesuchenden erst verspätet erfahren hatten, dass sie Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit hätten beantragen können. Die Betroffenen glaubten nämlich, dass sie wegen ihrer bestehenden Erkrankung kein Arbeitslosengeld beziehen könnten.

Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit: Ein Antrag sollte vor der Aussteuerung des Krankengeldes gestellt werden. Darüber sollten die Krankenkassen zeitig informieren.

Die Bürgerbeauftragte kann daher allen Hilfesuchenden nur dringend empfehlen, bereits vor Auslaufen eines Krankengeldanspruches einen Antrag auf Arbeitslosengeld zu stellen, damit dieser zeitnah entschieden werden kann und es nicht zu finanziellen Engpässen kommt. Die Bürgerbeauftragte hat in mehreren Gesprächen mit Vertretern der GKV thematisiert, ob diese nicht stärker in die Beratung der Betroffenen gehen müsse, um zu gewährleisten, dass ein Systemwechsel lückenlos erfolgen kann. Gleichzeitig erwartet sie von den Agenturen für Arbeit, dass diese die jeweiligen Sachverhalte sorgfältig prüfen und nicht bereits am Eingangs- oder Infotresen die Bürgerinnen und Bürger abweisen, wenn diese erklären, sie seien krank.

Menschen, die Arbeitslosengeld wegen verminderter Leistungsfähigkeit beziehen, sind verpflichtet, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (§ 145 Abs. 2 Satz 1 SGB III). Wird ein solcher Antrag bei der Rentenversicherung gestellt und lehnt diese den Antrag ab, weil sie dem Betroffenen eine volle Erwerbsfähigkeit bescheinigt, kann Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit nicht mehr gezahlt werden. Oftmals schreiben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Betroffenen aber weiterhin krank. Die Agentur für Arbeit stellt nun den Leistungsanspruch auf „normales" Arbeitslosengeld um. Dafür ist Voraussetzung, dass der Betroffene dem Arbeitsmarkt objektiv und subjektiv zur Verfügung steht. „Objektiv" bezieht sich auf das Können und „subjektiv" auf das Wollen, eine Arbeit aufzunehmen. Die Agentur für Arbeit ist hier an die Feststellungen der Rentenversicherung gebunden und bejaht somit in aller Regel die objektive Verfügbarkeit. Bezüglich der subjektiven Verfügbarkeit muss die oder der Betroffene aber eine entsprechende Willenserklärung abgeben, dass sie oder er auch arbeiten will. Tut sie oder er dies im Hinblick auf die Ansicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht, stellt die Agentur für Arbeit die Leistung ein.

Für die Betroffenen ist die Situation oft fatal, weil dann der Lebensunterhalt allenfalls noch über Leistungen nach dem SGB II sichergestellt werden kann. Dies greift aber nur, wenn kein Vermögen aufgebraucht werden muss oder die Ehepartnerin oder der Ehepartner bzw. die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte den Lebensunterhalt alleine sicherstellen muss. Der Streit um die richtige Diagnose wird damit auf dem Rücken der Hilfesuchenden ausgetragen. In vielen Fällen könnte man hier zu besseren Ergebnissen kommen, wenn es verpflichtend geregelt wäre, dass sich der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherungen und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei unterschiedlichen Einschätzungen fachlich intensiver austauschen müssen. Bisher werden in der Regel

nur die vorhandenen Gutachten weitergeleitet und der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherungen trifft seine Entscheidung dann oftmals alleine nach Prüfung der Gutachten, ohne den Betroffenen selbst zu untersuchen bzw. mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Rücksprache zu halten.

Beim Thema Rückforderungen von Arbeitslosengeld ist der Bürgerbeauftragten aufgefallen, dass die Agenturen für Arbeit das Vorliegen der Voraussetzungen manchmal zu schnell bejahen. Ist ein Bewilligungsbescheid von Anfang an rechtswidrig, kann die Leistung zurückgefordert werden, wenn die oder der Betroffene die Rechtswidrigkeit des Bescheides kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte (vgl. § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X). Ändern sich im Laufe des Leistungsbezuges die Verhältnisse (z. B. Aufnahme einer Nebentätigkeit), kann die Leistung von Beginn der Änderung der Verhältnisse zurückgenommen werden, wenn die oder der Betroffene z. B. wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der Anspruch ganz oder teilweise weggefallen ist (vgl. § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X).

Bei Rückforderungen erwarten die Behörden von den Bürgerinnen und Bürgern teilweise vertiefte Rechtskenntnisse

Bei der Prüfung, ob eine Rückforderung in Betracht kommt, wird in einigen Fällen von den Bürgerinnen und Bürgern ein viel zu großes Wissen erwartet. Es sollen z. B. EU-Vorschriften bekannt sein bzw. der Inhalt von mehr als 100-seitigen Broschüren[19], deren Kenntnis die Bürgerin oder der Bürger bei Antragstellung schriftlich bestätigen musste. In einem Beispielsfall war eine deutsche Bürgerin ein Arbeitsverhältnis in Spanien eingegangen. Sie arbeitete dort in der Gastronomie von März bis Ende Oktober 2016 und sollte im März 2017 die Arbeit wieder aufnehmen. Im November 2016 beantragte sie dann Arbeitslosengeld in Deutschland, weil sie die Zeit bis zur Arbeitsaufnahme an ihrem Wohnsitz in Deutschland überbrücken wollte. Ihrem Antrag auf Arbeitslosengeld legte sie u. a. ihren Arbeitsvertrag und die PD U1[20] bei. Nach kurzer Prüfung wurde Arbeitslosengeld bewilligt. Einige Monate später forderte die Agentur für Arbeit die gezahlten Leistungen einschließlich der an die Renten- und Krankenversicherung gezahlten Beiträge zurück. Es hatte sich nämlich herausgestellt, dass die Bürgerin in der Zeit von November 2016 bis Februar 2017 nur beschäftigungslos gewesen war, nicht aber arbeitslos. Anders als in Deutschland in der Regel bei Saisonkräften üblich, bestand das Arbeitsverhältnis in Spanien weiter fort. Nach Angaben der Agentur für Arbeit hätte daher ein Anspruch auf Arbeitslosengeld in Spanien bestanden, nicht aber in Deutschland. Daher sei der Bescheid von Anfang an falsch gewesen. Weil die Bürgerin dies aber – so die Agentur für Arbeit – hätte wissen müssen bzw. infolge grober Fahrlässigkeit nicht wusste, sollte sie nun die Leistungen zurückzahlen. Die Bürgerbeauftragte wies die Agentur für Arbeit zunächst darauf hin, dass der Sachverhalt in der PD U1 von der spanischen Behörde korrekt dargestellt worden war. Es war nämlich genau zwischen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis unterschieden worden. Sodann vertrat sie die Ansicht, dass die Auswirkungen dieser Unterscheidung zwar den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Agentur für Arbeit bekannt sein sollten, nicht aber erwartet werden kann, dass sich Bürgerinnen und Bürger noch besser mit der Gesetzesmaterie auskennen. Vielmehr hätte eine umfassende Beratung der Hilfesuchenden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Agentur für Arbeit erfolgen müssen, damit der Antrag korrekt gestellt wird (Beratungspflicht nach § 14 SGB I). Im Ergebnis wurde dann auf eine Rückforderung verzichtet.

Streit zwischen den Betroffenen und den Agenturen für Arbeit gab es auch in diesem Berichtsjahr wieder um die Auswahl der „richtigen“ Maßnahme im Rahmen eines Antrages auf Teilhabe am Arbeitsleben. Viele Hilfesuchende tragen ihren Wunsch den Agenturen für Arbeit oft nur mündlich während eines Beratungsgespräches vor. Erfolgt dann eine mündliche Ablehnung, ist es in der Regel kaum möglich, sich dagegen zu wehren, zumal sich die Betroffenen nach einigen Tagen auch nicht mehr exakt an den Wortlaut der Gespräche erinnern können. Die Ablehnungsgründe können dann nicht

[19] Das Merkblatt (!) für Arbeitslose – „Ihre Rechte – Ihre Pflichten“ besteht aus 104 Seiten.

[20] Mit diesem Formular bestätigen ausländische Behörden Beschäftigungszeiten im EU-Ausland.

mehr genau wiedergegeben werden. In den zu bearbeitenden Fällen musste daher in aller Regel das Antragsverfahren durch einen schriftlichen Antrag neu gestartet werden, was zu Zeitverlusten führte. Die Bürgerbeauftragte empfiehlt daher allen Betroffenen, sofort schriftliche Anträge zu stellen und unmissverständlich einen rechtsmittelfähigen Bescheid zu verlangen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Zahl der Petitionen zur Gesetzlichen Krankenversicherung erreichte im Berichtsjahr mit 577 Eingaben erneut den höchsten Wert seit Bestehen der Dienststelle. Der bisherige Rekordwert aus dem Jahr 2016 lag bei 450 Eingaben, 2015 waren es noch 353. Die thematischen Schwerpunkte haben sich im Vergleich zu den Vorjahren indes kaum verändert. Die Bürgerbeauftragte sieht darin die Bestätigung, dass der Gesetzgeber vor allem bei den Themen Beitragsgerechtigkeit und Krankengeld dringlichen Handlungsbedarf hat.

So betrafen 72 Eingaben den Zugang zu einem bezahlbaren Versicherungsschutz, weitere 64 Petitionen die Berechnung der Beiträge, 44 Fälle hatten Beitragsschulden und die sog. Notversorgung zum Gegenstand, für 31 Betroffene war schließlich der Versicherungsstatus zu klären. Nahezu alle dieser Petentinnen und Petenten waren nicht Pflichtmitglieder in der Krankenkasse, sondern freiwillig oder gar nicht (gesetzlich) versichert.

Krankenkassenbeiträge: Obwohl die tatsächlichen Einkünfte der Selbständigen in keinem Verhältnis zu den von den Krankenkassen angenommenen fiktiven Einkünften stehen, können geringere Beiträge nicht durchgesetzt werden

Eine große Gruppe der freiwillig Versicherten sind die selbständig Erwerbstätigen. Selbständige müssen in der Gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge auf der Grundlage eines fiktiven monatlichen Einkommens von derzeit 4.425,00 € zahlen.[21] Bei Nachweis geringerer Einkünfte wird ein Einkommen von mindestens 2.283,75 € unterstellt; nur in besonderen Härtefällen, insbesondere für Existenzgründer, die einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit oder Einstiegsgeld erhalten, dienen mindestens 1.522,50 € als Berechnungsgrundlage.[22] Dadurch müssen Selbständige mit geringen Einkünften – abhängig von den jeweiligen Zusatzbeiträgen der Kassen – ca. 400,00 € im Monat an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen zahlen, selbst in Härtefällen sind es noch ca. 270,00 €. Obwohl die tatsächlichen Einkünfte der Selbständigen oft in keinem Verhältnis zu den auf fiktiven Grundlagen errechneten Beiträgen stehen, können geringere Beiträge nicht durchgesetzt werden.

Andere freiwillig Versicherte müssen Beiträge auf der Grundlage der Mindestbemessungsgrenze von aktuell 1.015,00 € zahlen.[23] Dies entspricht Beiträgen von ca. 180,00 € im Monat. Unter dieser Berechnung leiden vor allem geringfügig selbständig Tätige oder Bezieher einer Rente, die nicht als Pflichtmitglied versichert werden können. Auch sind häufig Studierende betroffen, die altersbedingt nicht mehr im günstigen Studententarif versichert sind. Jene Personengruppen haben oft keine oder nur sehr geringe Einkünfte und können die geforderten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nicht finanzieren.

Die Bürgerbeauftragte begrüßt daher zunächst das Bestreben der Bundesregierung, die Mindestkrankenversicherungsbeiträge für kleine Selbständige zu reduzieren; die Bemessungsgrundlage hierfür soll von heute 2.283,75 € auf 1.150,00 € reduziert werden.[24] Erforderlich ist jedoch eine verhältnismäßige Beitragsfestsetzung für alle Betroffenen. So sollte die Mindestbeitragsbemessung auf eine Geringfügigkeitsgrenze von 450,00 € abgesenkt und oberhalb dieser Grenze konkret einkommensbezogene Beiträge in Ansatz gebracht werden.

[21] § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. § 4 Abs. 2 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018 vom 16. November 2017, BGBl. **I**, Nr. 74, S. 3779.

[22] § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 1 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018 vom 16. November 2017, BGBl. **I**, Nr. 74, S. 3779.

[23] § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 1 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018 vom 16. November 2017, BGBl. **I**, Nr. 74, S. 3779.

[24] Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 zur 19. Legislaturperiode, S. 102.

Eine Absenkung der Mindestbeitragsgrundlagen für freiwillig Versicherte wäre selbstverständlich mit Einnahmeverlusten der Krankenkassen verbunden. Anstatt jedoch gerade die Geringverdiener besonders unverhältnismäßig zu belasten, sollte die gesetzliche Krankenversicherung einheitlicher und solidarischer finanziert werden. So könnten die Versicherungspflichtgrenze[25] und die Beitragsbemessungsgrenze[26] angehoben werden. Zudem könnte die Familie der gesetzlich Versicherten insgesamt erweitert werden, so dass z. B. mehr Selbständige, Besserverdienende oder auch Beamtinnen und Beamte Mitglieder werden. Langfristig bedarf es nach Auffassung der Bürgerbeauftragten für ein gerechtes sowie leistungs- und finanzstarkes Gesundheitssystem der Einführung einer einheitlichen, solidarischen Versicherung für alle.

Auch 2017 haben nicht finanzierbare, rückwirkend erhobene oder nachberechnete Beiträge dazu geführt, dass Leistungsansprüche vieler Petentinnen und Petenten nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruhend gestellt wurden. Jene sog. „Notversorgung“ wird angeordnet, wenn Beitragsschulden in Höhe von mindestens zwei Monatsbeiträgen entstehen. Die Betroffenen können dann lediglich noch in bestimmten Notfällen Leistungen beanspruchen. Ein umfassender Versicherungsschutz entsteht frühestens wieder, wenn Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II bzw. SGB XII bezogen werden. Ferner, wenn eine wirksame Ratenzahlung zustande kommt und die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Gerade die Verhandlungen über tragfähige Raten – zusätzlich zu den laufenden Beiträgen – sind in der Praxis jedoch regelmäßig erfolglos, obwohl die Versicherten angemessene Raten zahlen wollen und können. Die Bürgerbeauftragte fordert daher erneut einen verbindlichen, gesetzlich klar geregelten Anspruch auf Abschluss einer tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung.

Bezüglich der rückwirkenden Beitragsberechnung für freiwillig in der Krankenkasse Versicherte, insbesondere für Selbständige, hat sich die Rechtslage zum 1. Januar 2018 geändert. Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden nun zunächst nur vorläufig festgesetzt und anhand des Steuerbescheides dann später rückwirkend korrigiert, § 240 Abs. 4a SGB V. Bislang wurden die Beiträge – sowohl positiv als auch negativ – nicht für die Vergangenheit, sondern erst ab dem Monat nach Ausfertigung des Einkommenssteuerbescheides angepasst.

Beiträge für Selbständige: Bringt die Gesetzesänderung zum 1. Januar 2018 eine Verbesserung?

Künftig werden auf Grundlage des Einkommensteuerbescheides die Beiträge rückwirkend ermittelt, so dass es entweder zu Beitragsnachzahlungen oder zu Beitragserstattungen kommt. Die Bürgerbeauftragte sieht in der Gesetzesänderung zwar etwas mehr Gerechtigkeit, befürchtet aber auch künftig unbillige Härten. Zwar kann es künftig zu Beitragserstattungen kommen, wenn die Einnahmen der Versicherten in der Zwischenzeit gesunken sind. Beitragsnachforderungen im Falle höherer Einnahmen können Versicherte jedoch wirtschaftlich überfordern. Zudem werden bis zur Ausstellung des Steuerbescheides wie bisher für einen langen Zeitraum Beiträge erhoben, die häufig nicht den tatsächlichen Einkünften entsprechen. Grundlage für die vorläufigen Beträge ist weiterhin der letzte Steuerbescheid, der noch deutlich höhere oder niedrigere Einkünfte betreffen kann. Die Neuregelung könnte nach Einschätzung der Bürgerbeauftragten vor allem auch viele nebenberuflich Selbständige besonders hart treffen. Diese können häufig kostenlos familienversichert werden, solange ihre Einnahmen eine Grenze von 435,00 € im Monat nicht überschreiten. Selbst bei nur geringfügig höheren Einnahmen werden wegen der allgemeinen Mindestbemessungsgrenze von 1.015,00 € ca. 180,00 € an Beiträgen im Monat fällig – und dies künftig rückwirkend für einen langen Zeitraum, abhängig vom Zeitpunkt des Erlasses des Steuerbescheides.

[25] Die Versicherungspflichtgrenze oder Jahresarbeitsentgeltgrenze ist eine Sozialversicherungs-Rechengröße, die bestimmt, ab welcher Höhe des regelmäßigen jährlichen Arbeitsentgelts Arbeitnehmer*innen nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein müssen, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Diese Versicherten können dann in eine private Krankenversicherung wechseln. 2018 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 59.400,00 €.

[26] Die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt, bis zu welcher Höhe Einkünfte gesetzlich Versicherter für Beiträge der gesetzlichen Sozialversicherung herangezogen werden. Für Einkommen, das die Grenze übersteigt, müssen keine Beiträge gezahlt werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung liegt die Beitragsbemessungsgrenze 2018 bei 53.100,00 €.

Erfreulich ist dagegen, dass viele Rentnerinnen und Rentner seit August 2017 bessere Möglichkeiten einer Rückkehr in die Gesetzliche Krankenversicherung bzw. eines Verbleibs als Pflichtmitglied haben. Grundsätzlich werden wegen der sog. „9/10-Regelung“ Personen im Ruhestand nur dann Pflichtmitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVdR), wenn sie in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens mindestens zu 90 % gesetzlich krankenversichert waren, § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V. Personen, die jene Vorversicherungszeit nicht erfüllen, werden entweder als freiwilliges Mitglied gesetzlich weiterversichert oder müssen privatversichert bleiben. Damit sind in der Regel deutlich höhere Kosten gegenüber einer Pflichtmitgliedschaft in der KVdR verbunden. Aufgrund einer Gesetzesänderung des § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V werden seit dem 1. August 2017 pro Kind nun pauschal drei Jahre auf diese Vorversicherungszeit angerechnet – sowohl für die Mütter als auch für die Väter. Die Neuregelung entlastet nach Auffassung der Bürgerbeauftragten insbesondere Frauen, die während der Kindererziehung privatversichert waren und später in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zurückgekehrt sind. In anderen Konstellationen führt die „9/10-Regelung“ jedoch weiterhin zu unverhältnismäßigen Nachteilen, häufig z. B. im Falle der Scheidung von – in aller Regel privat versicherten – Beamtinnen und Beamten.

134 Eingaben betrafen im Berichtsjahr das Thema Krankengeld. Streitgegenstand war erneut in vielen Fällen die Einstellung des Krankengeldes wegen vermeintlich wiedererlangter Arbeitsfähigkeit. Hintergrund ist häufig ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), welches – entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte – Arbeitsfähigkeit attestiert. Versicherte müssen in dieser Situation befürchten, weder Krankengeld noch alternative Sozialleistungen zu erhalten, wenn sie sich weiter krankschreiben lassen und deshalb ihre Arbeit nicht wieder aufnehmen bzw. dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen können. Denn Krankengeld wird nur dann rückwirkend gewährt, wenn die Kasse letztlich von der Arbeitsunfähigkeit überzeugt werden kann. Arbeitslosengeld I erhalten lediglich Personen, die den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen, also gesundgeschrieben sind, § 138 Abs. 1 Nr. 3 SGB III. Selbst ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II scheidet häufig aus, wenn z. B. die Partnerin oder der Partner der Betroffenen über Einkünfte verfügt. Die Bürgerbeauftragte unterstützt die Petentinnen und Petenten in diesen Fällen durch eine Prüfung aller denkbaren Ansprüche und eine Unterstützung beim weiteren Vorgehen. Zum Beispiel können Betroffene ggf. Arbeitslosengeld I erhalten, wenn sie wegen ihrer Erkrankung zwar noch nicht wieder auf ihren eigentlichen Arbeitsplatz zurückkehren können, aber für andere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gesundgeschrieben, also verfügbar sind. Wenn jedoch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Betroffenen selbst an der weiteren Arbeitsunfähigkeit festhalten, ist eine durchgehende soziale Absicherung häufig nicht möglich.

Die Bürgerbeauftragte fordert daher erneut, den Anspruch auf Krankengeld im Wege einer Gesetzesänderung als „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ auszugestalten. Anders als nach der aktuellen Rechtslage hätte ein Widerspruch gegen die Einstellung des Krankengeldes dann eine sog. aufschiebende Wirkung und die Zahlungen müssten bis zur Entscheidung über die streitige Arbeitsunfähigkeit bzw. bis zum Erreichen der maximalen Dauer vorläufig weiter erfolgen. Für Fälle, in denen eine weitere Arbeitsunfähigkeit letztlich nicht nachgewiesen werden kann, könnten Erstattungsansprüche zwischen der Agentur für Arbeit und den Krankenkassen statuiert werden.

Krankengeld: Oft wird die Leistung auf Grundlage eines Gutachtens des MDK, beruhend auf der Aktenlage, eingestellt. Für Betroffene ist das nicht nachvollziehbar.

Häufig liegen Streitigkeiten über die weitere Arbeitsunfähigkeit jedoch auch mangelnde Informationen der Versicherten und ihrer Ärztinnen und Ärzte zugrunde. So können die Betroffenen regelmäßig nicht nachvollziehen, wie und weshalb der MDK zu seiner Einschätzung gelangt ist, da dessen Gutachten zumeist nicht nach einer persönlichen Begutachtung erstellt werden, sondern nach Aktenlage. Die Bürgerbeauftragte fordert die Krankenkassen daher auf, ihren Einstellungsbescheiden obligatorisch das MDK-Gutachten beizufügen. Ferner kennen Versicherte naturgemäß nicht die Voraussetzungen für andere Sozialleistungen, insbesondere Arbeitslosengeld I und II. Auch hier sieht die Bürgerbeauftragte die Kassen in der Verantwortung, ihre Mitglieder besser über die ein-

zelnen Leistungsansprüche und deren Voraussetzungen zu informieren. Schließlich sind nicht nur vielen Versicherten, sondern auch deren Ärztinnen und Ärzte die Maßstäbe für Arbeitsunfähigkeit nicht im Einzelnen vertraut. So bezieht sich die Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich auf die zuletzt konkret geschuldete Tätigkeit, also den tatsächlichen Arbeitsplatz. Nach dem Ende eines Arbeitsverhältnisses, z. B. infolge einer Kündigung oder Befristung, kann die Krankenkasse Versicherten aber zumutbare ähnliche Tätigkeiten entgegen halten. Diesen ggf. weiteren Maßstab der Arbeitsunfähigkeit sollte die Ärzteschaft bei ihren Bescheinigungen sensibler im Auge haben.

Auch 2017 waren wieder 20 Petentinnen und Petenten Opfer der sog. Krankengeldfalle. Versicherte, die während des Krankengeldbezuges ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten kein Krankengeld mehr – und häufig auch keine andere Sozialleistung –, wenn sie eine Folgebescheinigung über ihre Arbeitsunfähigkeit einen Werktag zu spät einholen (§ 46 Satz 2 SGB V). In der Regel wird dann auch der Status als Pflichtmitglied in der Krankenversicherung beendet. Im Ergebnis verlieren Betroffene sowohl ihren Krankenversicherungsschutz als auch ihre Existenzgrundlage wegen einer Formalität – denn dass sie tatsächlich weiter erkrankt sind, ist oft offensichtlich.

Einen kleinen Fortschritt aus der Sicht der Versicherten gab es in diesem Zusammenhang durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG)[27], dessen 3. Kammer nun infolge eines Kammerwechsels für Streitigkeiten über Krankengeldansprüche zuständig ist. Der Entscheidung zufolge darf eine Krankenkasse Versicherten, die zur Feststellung ihrer weiteren Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig persönlich einen Vertragsarzt aufsuchen, Krankengeldzahlungen nicht verweigern, wenn die Ärztin oder der Arzt die Ausstellung der Folgebescheinigung irrtümlich aus nichtmedizinischen Gründen unterlässt. Maßgeblich sei, so das BSG, dass die oder der Versicherte die ihr oder ihm vom Gesetz übertragene Obliegenheit, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit Sorge zu tragen, erfülle, indem sie oder er alles in ihrer oder seiner Macht Stehende tue, um die ärztliche Feststellung zu erhalten. Versicherte dürften insoweit nicht auf – ungewisse – Regressansprüche gegen ihre Ärztinnen und Ärzte verwiesen werden. Ob von dieser Rechtsprechung auch Fälle erfasst sind, in denen Patientinnen und Patienten z. B. wegen Überfüllung der Sprechstunde abgewiesen werden oder die Praxis unerwartet und ohne Hinweis auf eine Vertretung geschlossen hat, wird noch zu klären sein.

Krankengeld: Die Rechtsfolgen einer verspäteten Bescheinigung bleiben unverhältnismäßig

In allen anderen Konstellationen sind die Rechtsfolgen einer verspäteten Bescheinigung noch immer völlig unverhältnismäßig. Aufgrund der gesetzlichen Regelungen führt eine Lücke von einem Werktag weiterhin zur Einstellung des Krankengeldes, auch wenn die Versicherten unstreitig dauerhaft erkrankt sind. Die Bürgerbeauftragte wird daher nicht müde zu fordern, den Krankengeldanspruch nicht von Zufällen abhängig zu machen, sondern endlich an die objektive und nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit zu knüpfen.

Insgesamt 64 Eingaben betrafen Streitigkeiten über die Finanzierung von Hilfsmitteln und medizinischen Leistungen, insbesondere auch „alternativen“ Behandlungsmethoden. Hintergrund der ablehnenden Entscheidungen der Kassen war in der Regel, dass die begehrte Leistung nicht Gegenstand der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses[28] bzw. des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes[29] war. Für die Versicherten bedeutete dies häufig einen Widerspruch zur Empfehlung und Expertise ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die die betreffenden Behandlungen oder Hilfsmittel verordnet hatten.

[27] BSG, Urteil vom 11. Mai 2017, B 3 KR 22/15 R.

[28] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands. Er ist gesetzlich ermächtigt, in vielen Bereichen über die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten zu entscheiden.

[29] Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist der bundesweite Verband der Krankenkassen in Deutschland. Ihm sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Aufgaben der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen.

Auf der Grundlage des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes[30] sollen nun die Versorgungsmöglichkeiten aktualisiert, die Qualität der Hilfsmittelversorgung gestärkt und die Heilmittelerbringung finanziell aufgewertet werden. Die Bürgerbeauftragte wird sorgfältig beobachten, ob sich die Qualität der Versorgung für die Versicherten tatsächlich deutlich verbessert und auf den aktuellen Stand der Wissenschaft gebracht wird.

Bei der Verordnung von Cannabis gibt es immer noch eine große Unsicherheit

Ein gesetzlich klar geregelter Anspruch auf Cannabis als Heilmittel besteht bereits seit März 2017. Nach dem neu angefügten § 31 Abs. 6 SGB V haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis, wenn eine Alternative nicht zur Verfügung steht oder nach Einschätzung der behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht zur Anwendung kommen kann. Zudem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder schwerwiegende Symptome bestehen.[31] Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung einer Genehmigung der Krankenkasse, die jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen verweigert werden darf. Damit soll die Therapiehoheit ausdrücklich bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten liegen. Bislang kam eine Verordnung zulasten der Krankenkassen regelmäßig nicht in Betracht und entsprechende Produkte konnten nur mit erheblichem Aufwand legal erworben werden. Die Bürgerbeauftragte begrüßt die Neuregelung, sieht aber bei deren Umsetzung erhebliche Probleme. Einerseits ist die Versorgungssituation unklar, Engpässe sind zu befürchten. Zwar wird eine Cannabisagentur beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet, die den Anbau von Cannabis für therapeutische Zwecke künftig genehmigen und regulieren soll. Bis diese zur Verfügung steht, muss jedoch noch einige Jahre ausschließlich auf Importe zurückgegriffen werden, für die nach derzeitigem Stand nur Anbieter aus Kanada und den Niederlanden in Betracht kommen. Andererseits beobachtet die Bürgerbeauftragte trotz der eindeutigen Rechtslage aktuell noch eine große Unsicherheit und Zurückhaltung seitens der Ärzteschaft. So haben sich im Berichtsjahr einige Betroffene an die Bürgerbeauftragte gewandt, deren Ärztinnen und Ärzte zwar eine Behandlung mit Cannabis empfohlen, sich aber dennoch gescheut hatten, entsprechende Verordnungen auszustellen. Die Bürgerbeauftragte appelliert daher an alle Beteiligten, auch die tatsächliche Umsetzung des rechtlichen Anspruchs zu gewährleisten, damit Schmerzpatienten künftig endlich angemessen versorgt werden können.

Gesetzliche Rentenversicherung

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung verzeichnete die Bürgerbeauftragte im Berichtsjahr 229 Petitionen. Im Vorjahr waren es 226.

Die Bürgerbeauftragte musste erneut feststellen, dass die Höhe der gesetzlichen Rente sowohl im Alter als auch bei Erwerbsminderung für viele Betroffene nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu bestreiten.

Oft wird nach Hinzuverdienstmöglichkeiten gefragt, weil die Rente zum Leben nicht reicht

So betrafen zahlreiche Eingaben Fragen der Hinzuverdienstmöglichkeiten. Wer die Regelaltersgrenze erreicht hat, darf zur gesetzlichen Rente unbegrenzt dazuverdienen, ohne eine Anrechnung des Einkommens in Kauf nehmen zu müssen. Für vorzeitige Altersrenten und Renten wegen Erwerbsminderung gelten dagegen Hinzuverdienstgrenzen, die sich zum 1. Juli 2017 infolge des sog. „Flexirentengesetzes“[32] geändert haben. Anstelle des monatlichen Hinzuverdienstes von 450,00 Euro, der vorher zu keiner Rentenkürzung führte, gilt bei einer vorzeitigen Altersrente nun eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze von 6.300,00 Euro. Wird diese Grenze überschritten, wird der übersteigende Betrag in der Regel zu 40 % auf die Vollrente an-

[30] Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung vom 4. April 2017, BGBl. I, Nr. 19, S. 778 ff.

[31] Siehe hierzu auch Fallbeispiel, S. 69 f.

[32] Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben vom 8. Dezember 2016, BGBl. 2016, Teil I Nr. 59.

gerechnet. Bei einem verhältnismäßig hohen Verdienst entfällt die Rente ggf. vollständig. Die neuen Regelungen betreffen auch Renten wegen voller Erwerbsminderung. Bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gelten abweichende neue Hinzuverdienstgrenzen, die sich nach den individuellen beitragspflichtigen Einkünften der Versicherten richten. Die Bürgerbeauftragte hält es weiterhin[33] für zwingend erforderlich, neben Hinzuverdienstmöglichkeiten auch einen Rentenfreibetrag einzuführen, um der zunehmenden Altersarmut zu begegnen. So sollten bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII vor allem gesetzliche Renten, aber auch die private bzw. betriebliche Altersvorsorge teilweise anrechnungsfrei bleiben, um die Lebensleistung der Betroffenen zu würdigen und finanzielle Spielräume zu ermöglichen, die zumindest leicht über dem Existenzminimum liegen. Die von der Bundesregierung geplante „Grundrente“ ist dabei ein Schritt in die richtige Richtung; die Voraussetzungen hierfür werden jedoch viel Menschen nicht erfüllen[34].

Mit dem „Flexirentengesetz“ wurden ebenfalls neue Möglichkeiten für einen flexibleren Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand und eine längere Berufstätigkeit eingeführt. Wenn Rentnerinnen und Rentner über die reguläre Regelaltersgrenze hinaus arbeiten, können sie jetzt von weiteren Rentenbeiträgen profitieren und zusätzlich einen Rentenzuschlag von 0,5 % für jeden Monat erhalten, solange sie auf ihre Rente verzichten. Zudem können Versicherte statt ihrer vollen Altersrente zunächst auch nur eine Teilrente beanspruchen und daneben weiter rentenversicherungspflichtig arbeiten bzw. ab Erreichen der Regelaltersgrenze auf die Rentenversicherungsfreiheit verzichten. Voraussetzung dafür ist aber, dass bereits ein Rentenanspruch besteht. Eine vorzeitige Altersrente kann in der Regel frühestens ab dem 63. Geburtstag in Anspruch genommen werden, allerdings mit Abschlägen von 0,3 % für jeden Monat vor Erreichen der Regelaltersgrenze. Diese Abschläge gelten auch für eine Teilrente. Nach Auffassung der Bürgerbeauftragten profitieren von der Reform lediglich Versicherte, die mit zunehmendem Alter noch arbeiten können und wollen. Für Personen mit belastenden Berufen und Menschen mit einer Erwerbsminderung bieten die Neuregelungen dagegen zu wenig.

Erwerbsminderungsrenten liegen oft unter dem Existenzminimum

Vor allem bei den insgesamt 78 Petitionen zu Renten wegen Erwerbsminderung musste die Bürgerbeauftragte nach wie vor feststellen, dass die Betroffenen häufig nicht ausreichend abgesichert sind. Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten können, sind weiterhin stark von Armut bedroht. Im letzten Erfassungszeitraum betrug die durchschnittliche Höhe einer Rente wegen voller Erwerbsminderung 736,00 €.[35] Selbst unter Berücksichtigung bescheidener Wohnkosten reicht eine durchschnittliche Erwerbsminderungsrente damit weiterhin häufig nicht aus, um das Existenzminimum zu gewährleisten.

Die Bürgerbeauftragte begrüßt deshalb die langfristigen Verbesserungen bei der Berechnung der Erwerbsminderungsrenten infolge des sog. „EM-Leistungsverbesserungsgesetz“[36]. Sie sieht darin jedoch lediglich einen Schritt in die richtige Richtung. Nach der Gesetzesänderung profitieren die ab dem 1. Januar 2018 Betroffenen davon, dass die sog. Zurechnungszeit bei Renten wegen Erwerbsminderung bis 2024 schrittweise um drei Jahre verlängert wird. Bislang hatte das Gesetz (§ 59 SGB VI) unterstellt, dass Versicherte ohne Eintritt der Erwerbsminderung nur bis zu ihrem 62. Geburtstag gearbeitet hätten. Künftig werden weitere Zeiten zugerechnet, ab 2024 dann bis zum 65. Geburtstag. Diese Anpassung soll nach den Ergebnissen der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU, CSU und SPD beschleunigt werden, so dass Zeiten bis zur Regelaltersgrenze von aktuell 65 Jahren und acht Monaten direkt zugerechnet werden können[37]. Nach Auffassung der Bürgerbeauftragten reicht es

[33] Vgl. Tätigkeitsbericht 2016, S. 34.

[34] Versicherte, die in der gesetzlichen Rentenversicherung 35 Jahre an Beitragszeiten oder Zeiten der Kindererziehung bzw. Pflegezeiten aufweisen, sollen künftig ein „Alterseinkommen“ von 10,00 % über ihrem individuellen Grundsicherungsbedarf erhalten. Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 zur 19. Legislaturperiode, S. 92.

[35] Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen 2017, S. 126.

[36] Gesetz zur Verbesserung der Leistungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und zur Änderung anderer Gesetze vom 17. Juli 2017, BGBl. 2017, Teil I Nr. 48.

[37] Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 zur 19. Legislaturperiode, S. 92.

allerdings nicht aus, die Zurechnungszeiten zu verlängern, auch die Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten müssen wieder abgeschafft werden. Seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2000 müssen die Betroffenen Rentenabschläge von in der Regel 10,80 % in Kauf nehmen (§ 77 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI), vergleichbar mit Personen, die freiwillig eine vorzeitige Rente beanspruchen. Menschen mit einer Erwerbsminderung erhalten eine vorzeitige Rente aber gerade nicht freiwillig.

Angesichts der dargestellten Probleme fordert die Bürgerbeauftragte erneut, die gesetzliche Rente insgesamt wirkungsvoll zu stärken. Auch die beabsichtigte[38] Absicherung des Rentenniveaus von 48 % bis zum Jahr 2025 ist nicht zufriedenstellend. Um die gesetzliche Rente als wichtigste Säule der Altersversorgung zu unterstützen, sollte die Beitrags- und Steuerfreiheit der Entgeltumwandlung in der betrieblichen Altersversorgung abgeschafft werden. Denn diese entzieht dem System der gesetzlichen Rentenversicherung Einnahmen und wirkt sich auf das Rentenniveau aller Versicherten negativ aus. Stattdessen sollten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen. Auch die Pflichtversicherten selbst sollten laufende zusätzliche Beiträge freiwillig einzahlen können, um ihre Rentenansprüche zu verbessern. Den bislang nicht Pflichtversicherten, insbesondere Selbständigen, sollte der Weg in die gesetzliche Rentenversicherung geebnet werden. Eine sog. „Opt-out-Lösung“[39], wonach Selbständige zwar zur Altersvorsorge verpflichtet werden, aber auch private Verträge anstelle einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung wählen können, sind aus Sicht der Bürgerbeauftragten vor dem Hintergrund einer beabsichtigten Stärkung der gesetzlichen Rentenversicherung problematisch.

Schließlich war die Zahl der Eingaben zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr mit insgesamt 45 auffällig hoch. Im Vorjahr waren es 28. Zahlreiche Petentinnen und Petenten klagten darüber, gar keine oder keine geeignete Förderung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes zu erhalten. Die Bürgerbeauftragte betont daher erneut den Grundsatz, dass Prävention und Rehabilitation Vorrang vor einer Rente haben müssen. Sie fordert eine konsequente und am konkreten Einzelfall orientierte Unterstützung der Versicherten, um einer drohenden Erwerbsminderung zu begegnen oder Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.

Kinder- und Jugendhilfe

Die Anzahl der Petitionen aus dem Bereich Kindertagesstättengesetz (KiTaG) ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Es wird immer wieder deutlich, dass die Familien die Berechnung der KiTa-Beiträge nicht nachvollziehen können. Die bisherigen Angebote zur Kindertagesbetreuung gewährleisten zudem häufig noch nicht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dies ist vor allem im Bereich der Betreuung der unter Dreijährigen (U-3) ein Problem.

Nicht alle Eltern finden einen KiTa-Platz, der ihnen die gewünschte Berufstätigkeit ermöglicht

Nicht alle Eltern finden für ihr Kind am Ende der Bezugsdauer des Elterngeldes oder direkt nach der Geburt einen Betreuungsplatz, der mit ihrem Wunsch nach Erwerbstätigkeit vereinbar ist. Selbst wenn sie eine Tagesmutter oder einen Krippen-/KiTaplatz finden, decken die Öffnungszeiten in vielen Fällen nicht den von ihnen gewünschten zeitlichen Rahmen ab. Immer mehr Mütter und Väter müssen auch am späten Nachmittag und abends arbeiten und häufig längere Strecken pendeln. Für Eltern, die an Wochenenden arbeiten oder bei Dienstreisen und Fortbildungen über Nacht unterwegs sind, gibt es ebenfalls keine ausreichenden Betreuungsangebote.[40]

[38] Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 zur 19. Legislaturperiode, S. 92.

[39] Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 zur 19. Legislaturperiode, S. 93.

[40] Im Januar 2016 ist das neue Bundesprogramm „KitaPlus: Weil gute Betreuung keine Frage der Uhrzeit ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gestartet. Mit dem Programm fördert das Bundesfamilienministerium erweiterte Betreuungszeiten in KiTas, Horten und in der Kindertagespflege, um Eltern eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Weitere Informationen dazu: https://kitaplus.fruehe-chancen.de/.

Während die Bürgerbeauftragte im Jahr 2016 in diesem Bereich 25 Eingaben erreichten, waren es im Berichtsjahr 41 Eingaben. Dabei betrafen weiterhin viele Petitionen die Überprüfung von KiTa- und Krippenbeiträgen der Eltern. Solange der Reformprozess der Landesregierung in Schleswig-Holstein zur KiTafinanzierung und zu den Elternbeiträgen noch nicht abgeschlossen ist, wird dies weiterhin ein wichtiges Thema bleiben.[41] Zum KiTa-Jahr 2020/21 soll nach dem Willen der Landesregierung ein verlässliches, bezahlbares und transparentes System stehen, das eine hochwertige Betreuung sicherstellen soll. Es ist aus Sicht der Bürgerbeauftragten dringend erforderlich, die Eltern von den zum Teil sehr hohen Beiträgen zu entlasten und eine Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit herzustellen.[42] Dieses Ziel könnte man allerdings am besten mit einer Beitragsfreiheit erreichen. Die Gebühren für eine Betreuung sollen nach den jetzigen Plänen der Landesregierung für eine Standardbetreuung einheitlich für alle sein, unabhängig vom Wohnort.[43] Das vom Land im Jahr 2017 eingeführte sog. „KiTa-Geld“[44] soll abgeschafft werden. Das Land will schrittweise 180 Millionen Euro zusätzlich für die KiTafinanzierung bereitstellen. Davon sollen mit 60 Millionen Euro die Eltern entlastet werden, mit weiteren 50 Millionen Euro soll der Betriebskostenzuschuss des Landes an die Kommunen aufgestockt werden. Weitere 70 Millionen Euro sollen in Maßnahmen zur Steigerung der Qualität fließen. Es bleibt abzuwarten, ob die beabsichtigte, erforderliche Reform der KiTafinanzierung zu einer Entlastung der Eltern führen wird.

Ein Schwerpunkt bezog sich im Berichtsjahr auf die Umsetzung des Rechtsanspruchs auf Förderung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege (§ 24 SGB VIII). Viele Familien wandten sich verzweifelt an die Bürgerbeauftragte, da sie befürchteten, überhaupt keinen Platz für ihre Kinder zu erhalten. Mit Inkrafttreten des Kinderförderungsgesetzes (KiföG) im Dezember 2008 wurde der Bedarf vieler Familien an einem Rechtsanspruch auf frühkindliche Bildung und Betreuung (U-3) ab dem 1. August 2013 nach langer Debatte anerkannt. Trotz eines dann folgenden Ausbaus der Kinderbetreuung in Schleswig-Holstein (insgesamt ca. 90.000 betreute Kinder in 2008 gegenüber ca. 104.000 in 2016[45]) ist der Betreuungsbedarf noch nicht gedeckt. Im Vergleichszeitraum stieg das pädagogische Personal in Kindertageseinrichtungen von ca. 11.000 Stellen (2008) auf 18.000 (2016). Nach Feststellung des Forschungsberichts des Deutschen Instituts für Sozialwirtschaft (DISW) bleibt die Grundausstattung mit Personal in den Kindertagesstätten in Schleswig-Holstein hinter den Standards zurück, die für eine gute Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder erforderlich und wissenschaftlich geboten sind.[46] Nach dem Forschungsbericht kam es in mehr als jeder fünften Einrichtung aufgrund von Personalengpässen bereits zu Gruppenschließungen.[47] Die Bürgerbeauftragte fordert dazu auf, z. B. die Arbeitsbedingungen des pädagogischen Personals aufzuwerten, um so neue Kräfte zu gewinnen. Zum Beispiel können zurzeit angehende Erzieherinnen und Erzieher während ihrer dreijährigen Ausbildung Förderung nach dem sog. „Aufstiegs-BAföG“[48] erhalten. Diese Leistung wird im dritten Schuljahr jedoch nicht

[41] Vgl. Tätigkeitsbericht 2016, S. 36. Die neue Landesregierung beabsichtigt, bis 2020 eine Neuregelung der KiTa-Gesetzgebung und der KiTa-Finanzierung auf den Weg zu bringen. Land und kommunale Spitzenverbände einigten sich in den Auftaktgesprächen zu den KiTa-Kosten am 3. November 2017 darauf, die Finanzierungsstruktur für die KiTas zu vereinfachen und einheitlicher zu gestalten. Dabei soll auch Bürokratie abgebaut werden; Kreisen, Städten, Gemeinden und Trägern soll es leichter gemacht werden, für die Zukunft zu planen. Dabei setzen die Beteiligten auf eine enge Zusammenarbeit und frühzeitige Einbindung - sowohl untereinander als auch mit Elternvertretern und Trägerverbänden. Bereits 2018 sollen die ersten Eckpunkte der Finanzierung vorliegen, die ab 2020 umgesetzt werden sollen.

[42] Schleswig-Holstein hat mit die höchsten Elternbeiträge im Ländervergleich: Beitrag für Ganztagsplatz U3 – bis 600,00 €, Beitrag für Ganztagsplatz Ü3 – bis 400,00 € (vgl. Bertelsmann Stiftung, Länderreport 2017).

[43] Es soll dann nur noch zwei unterschiedliche, gedeckelte Beiträge geben, abhängig davon, ob es sich um eine Betreuung von Kindern unter oder über drei Jahren handelt.

[44] Nach § 25b KiTaG sollen die Familien mit Kindern unter drei Jahren finanziell durch ein KiTa-Geld in Höhe von 100,00 € entlastet werden. Voraussetzung dafür ist ein Antrag beim Landesamt für soziale Dienste in Neumünster. Die Zahlung ist einkommensunabhängig.

[45] Statistisches Bundesamt, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Berechnungen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik 2006 - 2016.

[46] Forschungsbericht: Personalausfälle in Kindertageseinrichtungen in Schleswig-Holstein, DISW, 30. September 2016, S. 1.

[47] Forschungsbericht: Personalausfälle in Kindertageseinrichtungen in Schleswig-Holstein, DISW, 30. September 2016, S. 1, 23 ff.

[48] Vgl. www.aufstiegs-bafoeg.de.

mehr gezahlt, weil der Lehrplan nicht die gesetzlichen Vorgaben für den Unterrichtsumfang erfüllt. Dies bedeutet häufig das Aus für eine bereits zwei Jahre dauernde Ausbildung und verstärkt das Problem des Fachkräftemangels. Die Bürgerbeauftragte appelliert dringend an den Gesetzgeber und die zuständigen Träger, eine Lösung zu finden. Derzeit werden bereits Gespräche mit den Fachschulen mit dem Ziel geführt, die Unterrichtspläne zu verändern.

Dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe obliegt grundsätzlich die Verpflichtung, einen Platz in einer Tageseinrichtung und – im Falle einer frühkindlichen Förderung – eine Tagespflegeperson bzw. einen Krippenplatz zur Verfügung zu stellen. Es besteht jedoch kein Anspruch auf Schaffung neuer Plätze.[49] Die derzeitige Betreuungsquote beträgt in Schleswig-Holstein 30,9 % für Kinder von 0 bis 2 Jahren und 92,7 % für Kinder von 3 bis 5 Jahren.[50] Damit ist jedoch noch nicht allen Wünschen der Eltern Rechnung getragen. In Schleswig-Holstein wünschten sich im Jahr 2016 insgesamt 45,5 % der Eltern Betreuung für Kinder unter drei Jahren, während die tatsächliche Betreuungsquote bei 30,9 % lag. Insgesamt fehlten 10.341 Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren in Schleswig-Holstein.[51] Für die Kinder im Alter zwischen drei und fünf Jahren hatten 97,1 % der Eltern einen Betreuungswunsch, die tatsächliche Betreuungsquote lag hier bei 92,7 %.[52]

In einigen Fällen, die an die Bürgerbeauftragte herangetragen wurden, blieb den Eltern nichts anderes übrig, als ihre Kinder in einer Betreuung in einer anderen Gemeinde unterzubringen, wenn in der eigenen Gemeinde oder kreisfreien Stadt kein bedarfsgerechter Betreuungsplatz zur Verfügung stand. Dem Wunsch- und Wahlrecht der Eltern[53] ist dabei Rechnung zu tragen. Es kann sich sowohl auf die örtliche Lage oder die Öffnungszeiten, als auch die inhaltliche pädagogische Ausrichtung der Einrichtung beziehen.

Im Juli 2017 wandte sich eine Familie verzweifelt an die Bürgerbeauftragte, da sie bei einem Wechsel ihrer Kinder von der KiTa der Wohnortgemeinde in eine andere Gemeinde Unterstützung benötigte. Aufgrund diverser Vorfälle während der Betreuungszeit und eines massiv gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen den Eltern und dem pädagogischen Personal der Kindertageseinrichtung in öffentlicher Trägerschaft hatten die Eltern schweren Herzens den Entschluss gefasst, ihre beiden Kinder aus der Betreuung zu nehmen. Zunächst wurden die Kinder für einen längeren Zeitraum zu Hause von der Mutter betreut, die deshalb ihrem Beruf nicht mehr nachgehen konnte. Die Familie benötigte daher einen KiTa-Platz in einer anderen Gemeinde und stieß dabei auf erhebliche Probleme. Erst nachdem die Bürgerbeauftragte verschiedene Vermittlungsgespräche geführt hatte, lag dann vier Wochen später die vom Bürgermeister der Wohnortgemeinde unterzeichnete Kostenübernahmeerklärung vor. Diese Erklärung hatte die aufnehmende Gemeinde vor Aufnahme der Kinder verlangt.

Wenn ein Kostenausgleich verweigert wird, haben die Eltern oft keine Möglichkeit ihr Kind in einer KiTa außerhalb der Wohnortgemeinde unterzubringen

Hintergrund ist, dass nach § 25a KiTaG ein Kostenausgleichsanspruch zwischen Wohnortgemeinde des Kindes und Standortgemeinde der KiTa besteht.[54] Dieser Anspruch betrifft allerdings ausschließlich das Rechtsverhältnis zwischen den

[49] Vgl. OVG Schleswig, Beschluss vom 1. November 2000, 2 M 32/00.

[50] Statistisches Bundesamt 2017, Betreuungsquote der Kinder unter 6 Jahren in Kindertagesbetreuung und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1. März 2016.

[51] Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2017.

[52] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kindertagesbetreuung Kompakt, Ausgabe 02, Stand Januar 2017, S. 9, 19; www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI17_010.pdf.

[53] Das Wunsch- und Wahlrecht ist geregelt in § 5 SGB VIII.

[54] Nach § 25a Abs. 1 Satz 1 KiTaG hat die Standortgemeinde einen Anspruch auf Erstattung der Kosten gegenüber der Wohngemeinde, wenn in der Wohngemeinde zum Zeitpunkt des gewünschten Aufnahmetermins ein bedarfsgerechter Platz nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Gem. § 25a Abs. 3 Satz 1 KiTaG gilt dies auch dann, wenn die Erziehungsberechtigten aus besonderen Gründen eine Platz außerhalb ihrer Wohngemeinde in Anspruch nehmen.

jeweiligen Gemeinden. Den Erziehungsberechtigten selbst stehen daraus keine Ansprüche zu. Deshalb können die Eltern den Kostenausgleich auch nicht selbst einklagen.[55] Wird dieser aber nicht gewährt, so ist eine Betreuung des Kindes in einer anderen Gemeinde oft nicht möglich. Nach Auffassung der Bürgerbeauftragten ist die derzeitige Rechtspraxis, die Aufnahme von einer zuvor erstellten Kostenübernahmeerklärung abhängig zu machen, inakzeptabel. Sie appelliert hier an den Landesgesetzgeber, den Kostenausgleich nach § 25a KiTaG so auszugestalten, dass den Eltern ein eigener einklagbarer Anspruch erwächst.

Schwierig ist auch nach wie vor die Situation für Familien, wenn die KiTa-Beiträge zu hoch sind. Es wandten sich z. B. die Eltern zweier Kinder an die Bürgerbeauftragte, weil sie mit den Beiträgen in Höhe von 359,00 € monatlich finanziell überfordert waren. Die Eltern hatten zur Berechnung ihres Anteils an den Betreuungsgebühren dem zuständigen Amt Unterlagen über ihre Einkünfte vorgelegt. Sie führen ein kleines Taxiunternehmen, woraus sie im Wesentlichen ihre Einkünfte generieren. In der anzuwendenden Gebührensatzung ist geregelt, dass als Einkommen aus selbständiger Tätigkeit der Gewinn zuzüglich der Abschreibung (AfA) zu Grunde zu legen ist. Nach Auffassung der Eltern war das vom Amt ermittelte Einkommen viel zu hoch errechnet worden, so dass im Weiteren auch die von ihnen zu zahlenden KiTa-Beiträge in Höhe von 359,00 € nicht korrekt ermittelt worden waren.

Die Bürgerbeauftragte prüfte die Berechnung und forderte eine Korrektur. Eine vom Rechtsamt der Stadt durchgeführte Günstigerprüfung wegen einer unzumutbaren Belastung (§ 90 Abs. 3 und 4 SGB VIII)[56] und Überprüfung des Einkommens ergab daraufhin eine Gebührenermäßigung von 100 %. Die Eltern hatten nur noch die Verpflegungskosten in Höhe von 40,00 € pro Kind zu zahlen. Es ist der Eindruck der Bürgerbeauftragten, dass von der Möglichkeit der Entlastung der Eltern wegen einer unzumutbaren Belastung nach wie vor zu wenig Gebrauch gemacht wird. Insbesondere die Beratung der Eltern durch die Behörden ist an diesem Punkt noch nicht gut und umfassend genug. Weitere Eingaben betrafen das Thema Schulbegleitung nach § 35a SGB VIII. Erfreulicherweise konnte die Bürgerbeauftragte feststellen, dass nach einem deutlichen Anstieg im Jahr 2016 mit insgesamt 49 Eingaben zur Schulbegleitung nach SGB VIII wieder ein deutlicher Rückgang der Eingaben zu verzeichnen war. Im Berichtsjahr 2017 gab es lediglich 16 Eingaben zur Schulbegleitung mit Bezug zum SGB VIII. Dabei spielte die Frage der Kostenverantwortlichkeit für den sog. „pädagogischen Kernbereich“ und die Abgrenzung von den Teilhabeleistungen keine Rolle mehr. Dies ist aus Sicht der Bürgerbeauftragten zu begrüßen.

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

In diesem Arbeitsbereich ist die Zahl der Eingaben im Vergleich zum Vorjahr mit 267 zu 277 ganz leicht zurückgegangen. Den Schwerpunkt der Eingaben bildeten dabei erneut 221 Anfragen zum Bereich des Schwerbehindertenrechts.[57] Wie in den Vorjahren ging es hier überwiegend um Anfragen zur Feststellung einer Behinderung, zur Höhe des Grades der Behinderung[58] (GdB) und zur Zuerkennung von Merkzeichen.[59] Maßgebliche Rechtsgrundlagen sind hier die Versorgungsmedizin-Verordnung (Vers-MedV) und die zu § 2 der Verordnung erlassene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Diese wird regelmäßig an den medizinischen Fortschritt angepasst und dient den versorgungsärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern als verbindliche Norm für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen.

Die Bürgerbeauftragte wurde im Berichtsjahr häufig mit der Frage konfrontiert, wann eine Behinderung vorliegt. Eine Behinderung liegt nach den gesetzlichen Regelungen vor, wenn die Auswirkung

[55] Für eine Feststellungsklage der Eltern, gerichtet auf die Verpflichtung der Wohngemeinde zur Leistung eines Kostenausgleichs, fehlt nach der derzeitig gefassten Regelung in § 25a KiTaG die Klagebefugnis nach § 24 Abs. 2 VwGO.

[56] Vgl. Tätigkeitsbericht der Bürgerbeauftragten 2015, S. 21 f.; 2016, S. 36.

[57] Sozialgesetzbuch neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX), Teil 2, Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen.

[58] Der Grad der Behinderung ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens und bezieht sich auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache.

[59] Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen.

einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht und dadurch eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Bei abklingenden Gesundheitsstörungen ist der Wert festzusetzen, der dem über sechs Monate hinaus verbliebenen oder voraussichtlich verbleibenden Gesundheitsschaden entspricht. Im Hinblick hierauf erreichten die Bürgerbeauftragte wieder viele Anfragen zur Bildung des Gesamt-GdB, wenn mehrere Gesundheitsstörungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen vorlagen. Nach der Vers-MedV sind bei der Entscheidung von den Gutachterinnen und Gutachtern zwar die Einzel-GdB anzugeben, bei der Ermittlung des Gesamt-GdB dürfen die einzelnen Werte jedoch nicht addiert werden. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Bei der Entscheidung wird vom höchsten Einzel-GdB ausgegangen, anschließend wird im Hinblick auf alle weiteren Gesundheitsstörungen geprüft, ob das Ausmaß der Behinderung dadurch tatsächlich größer wird. Hier konnte die Bürgerbeauftragte die Bürgerinnen und Bürger erneut darüber informieren, dass die Entscheidungen des Landesamtes für soziale Dienste (LAsD) nicht auf der Grundlage von Bewertungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getroffen wurden, sondern auf Vorschlägen der versorgungsärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern nach Maßgabe der Vers-MedV beruhten. Durch die Erläuterungen der Bürgerbeauftragten konnten die Ratsuchenden die Verfahrensweise besser nachvollziehen.

Im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit stellte die Bürgerbeauftragte fest, dass die Versorgungsmedizinischen Grundsätze überwiegend rechtmäßig angewandt wurden. Nur in einigen Fällen waren Entscheidungen des LAsD im Abgleich mit den Grundsätzen nicht nachvollziehbar. Es wurden zum Teil die Befundunterlagen der behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhäuser nicht richtig ausgewertet oder nicht ausreichend berücksichtigt. Das LAsD soll sich anhand der ärztlichen Unterlagen ein Gesamtbild über den körperlichen und psychischen Zustand der Antragstellerinnen und Antragsteller machen. Nach entsprechender Erläuterung konnte die Bürgerbeauftragte hier erreichen, dass eine Erhöhung des GdB vorgenommen wurde, begehrte Merkzeichen zuerkannt oder weitere Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt wurden.

Fragen gab es zum Beispiel zum Nachprüfungsverfahren und zur Gleichstellung

Es erreichten die Bürgerbeauftragte auch Anfragen, in denen es um eine Erläuterung hinsichtlich eines Nachprüfungsverfahren im Schwerbehindertenrecht ging. Ist aus medizinischen Gründen eine wesentliche Besserung und Stabilisierung der Gesundheitsstörung zu erwarten, schlägt das LAsD einen Nachbegutachtungstermin vor. Die Nachbegutachtung wird u. a. bei Gesundheitsstörungen (z. B. bösartigen Tumoren), die zu Rezidiven[60] neigen, oder nach einer Organtransplantation durchgeführt. Hier wird berücksichtigt, dass diese Gesundheitsstörungen auch eine besondere seelische Belastung mit sich bringen. Daher wird der GdB zunächst höher bewertet, als es der eigentlichen körperlichen Funktionsbeeinträchtigung entspricht, und das LAsD wartet in solchen Fällen eine Zeit der Heilungsbewährung ab. Die Heilungsbewährung beträgt je nach Art der Erkrankung zwei bis fünf Jahre. Nach Ablauf dieser Zeit prüft das Landesamt, ob der GdB entsprechend der verbliebenen funktionellen Beeinträchtigung herabzusetzen ist. Das Nachprüfungsverfahren beginnt etwa vier Monate vor Ablauf der Heilungsbewährung. Dieses Verfahren war den Betroffenen oft nur schwer zu vermitteln, obwohl das LAsD bereits im Ursprungsbescheid hierauf hingewiesen hatte.

Weitere Fragen gab es zur Gleichstellung.[61] Behinderte Menschen mit einem festgestellten GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, können den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden. Eine Gleichstellung soll vor allem dazu dienen, einen geeigneten Arbeitsplatz zu erlangen oder einen bestehenden Arbeitsplatz zu behalten. Voraussetzung für die Anerkennung ist allerdings,

[60] Wiederauftreten einer Krankheit.
[61] § 2 Abs. 3 SGB IX.

dass die anerkannte Funktionsbeeinträchtigung Grund für bestehende Schwierigkeiten ist. Gleichgestellte Menschen haben im Arbeitsleben dieselben Rechte wie schwerbehinderte Menschen, bis auf zwei Ausnahmen: Sie erhalten keinen zusätzlichen Urlaub und spezielle Regelungen zur Altersrente gelten nicht. Der Antrag auf Gleichstellung ist bei der Agentur für Arbeit zu stellen.

Das Merkzeichen aG ist auch bei schweren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu erteilen

Wie auch in den Vorjahren bildeten Fragen zum begehrten Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) einen Schwerpunkt. Nach Zuerkennung dieses Merkzeichens ist unter anderem möglich, bundesweit auf den besonders ausgewiesenen Parkplätzen für Schwerbehinderte (Rollstuhlfahrersymbol) zu parken. Die Straßenverkehrsbehörde stellt auf Antrag der Betroffenen einen entsprechenden EU-Parkausweis aus. Durch das ab dem 1. Januar 2017 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz wurden die Voraussetzungen für das Merkzeichen aG neu formuliert. Die Anspruchsvoraussetzungen wurden erweitert. Die bisherigen Voraussetzungen bezogen sich hauptsächlich auf orthopädische Leiden. Hierzu zählten z. B. Querschnittslähmung, Doppeloberschenkel- oder Doppelunterschenkelamputation sowie Erkrankungen mit vergleichbaren Einschränkungen. Durch das Bundessozialgericht[62] wurde klargestellt, dass sich der Anspruch auf das Merkzeichen aG nicht nur auf orthopädische Erkrankungen bezieht, sondern auch auf innere Erkrankungen. Nach wie vor sind als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihrer Behinderung nur mit großer Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Pkw bewegen können. Hierzu zählen Personen, die bereits für eine kurze Entfernung – aus medizinischer Notwendigkeit – auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen sind. Das kann aufgrund neuromuskulärer oder mentaler Erkrankungen oder auch wegen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Atmungsorgane notwendig sein, ferner bei Gangstörungen mit neurologischen Ursachen, der Unfähigkeit, ohne Unterstützung selbst zu gehen (z. B. bei Querschnittslähmung, Multiple Sklerose, ALS oder Parkinson), bei Funktionsverlust beider Beine oder eines Beines ab Oberschenkelhöhe ohne die Möglichkeit einer prothetischen oder orthetischen Versorgung. Auch gilt dies bei schwersten Gefäßerkrankungen wie z. B. arterillen Verschlusserkrankungen und bei metastasierenden Tumorerkrankungen mit schwersten Beeinträchtigungen. Grundvoraussetzung für die Zuerkennung des Merkzeichen aG ist aber weiterhin ein GdB von 80, bezogen auf die genannten Beeinträchtigungen. Die Bürgerbeauftragte konnte im Berichtsjahr diesbezüglich keine Probleme feststellen und wird die weitere Entwicklung und Umsetzung beobachten.

Soziale Pflegeversicherung

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Eingaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung von 53 auf 71. Der Zuwachs lässt sich mit der gestiegenen Anzahl an Beschwerden und Anfragen erklären, die sich auf das neue Begutachtungssystem zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) beziehen, welches Anfang des Jahres 2017 eingeführt wurde.

Das neue Begutachtungsassessment und die Umstellung auf die neuen Pflegegrade führen zu erheblichen Wartezeiten bei der Begutachtung – die Transparenz der Entscheidungen hat sich dennoch nicht verbessert

Die Umstellung auf die fünfstufigen Pflegegrade führte bedauerlicherweise zu deutlich verlängerten Wartezeiten bei der Bearbeitung der Anträge. Neben den verlängerten Wartezeiten für die Begutachtung war aber auch der ermittelte Pflegegrad für die Pflegebedürftigen bzw. die Pflegenden nach dem neuen Begutachtungssystem nicht nachvollziehbar. Bisher orientierte sich die Einstufung pflegebedürftiger Menschen vor allem an ihren körper-

[62] BSG, Urteil vom 10. Dezember 2002, B 9SB 7/01 R und BSG, Urteil vom 16. März 2016, B 9 SB 1/15 R.

lichen Defiziten. Jetzt werden die Auswirkungen körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit einbezogen, was durchaus ein deutlich besserer Ansatz ist. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich dabei nicht mehr an den Pflegeminuten, sondern an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen. Maßstab ist jetzt der Grad der Selbständigkeit. Dieser wird ermittelt, indem die Beeinträchtigung der Selbständigkeit mittels Punktwerten in sechs Bereichen begutachtet wird: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagsleben und sozialer Kontakt. Nach Meinung der Petentinnen und Petenten waren dabei die Darstellungen der Problemlagen in den Gutachten oftmals falsch wiedergegeben oder nicht richtig berücksichtigt. Hier riet die Bürgerbeauftragte den Betroffenen, Widerspruch einzulegen und in der Begründung Punkt für Punkt möglichst konkret und detailliert die Gegenargumente darzustellen und wenn möglich durch Atteste bestätigen zu lassen.

Weitere Anfragen gab es wieder zu den Voraussetzungen einer Förderung von Umbaumaßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Häusliche Pflege ist oft nur durchführbar, wenn das Wohnumfeld der Pflegebedürftigen so gestaltet wird, dass Pflege erleichtert und den Betroffenen eine weitestgehend selbständige Lebensführung ermöglicht wird. Beispiele sind Treppenlifte, Rampen oder der Umbau des Badezimmers. Hier wurden u. a. Anträge abgelehnt, weil die Pflegekassen die Umbaumaßnahme nicht als Verbesserung der Pflegesituation anerkannte, sondern diese als allgemeine Maßnahme zur Modernisierung und Veränderung der Pflegesituation betrachteten.

Einige Fragen gab es zu Pflegeleistungen mit Auslandsbezug. Hier stellten die Bürgerinnen und Bürger die Frage, ob es richtig sein kann, dass Grenzgänger, die im Ausland arbeiten, in Deutschland aber wohnhaft sind, kein Pflegegeld von ihrer Pflegekasse erhalten, sondern lediglich Sachleistungen. Dies entspricht leider der Rechtslage. Für die Krankenversicherung regelt eine EU-Verordnung[63] in Modifizierung des Wohnortprinzips, dass der bisherige Staat zuständig bleibt, solange das Versicherungsverhältnis oder die Absicherung durch einen Gesundheitsdienst andauern. In Sinne der Verordnung handelt es sich bei Pflegeleistungen um Leistungen bei Krankheit. Soweit also Versicherungsverhältnis/Absicherung in einem anderen Mitgliedsstatt besteht, erfolgt die medizinische Versorgung in Deutschland im Wege der Sachleistungsaushilfe. Es besteht ein Anspruch auf medizinische Versorgung in Deutschland durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, auf Medikament und Heilmittel. Erfasst werden auch die Sachleistungen der Pflegeversicherung, nicht jedoch das Pflegegeld, weil Geldleistungen nur vom zuständigen Träger unmittelbar erbracht werden.

Im Kreis Schleswig-Flensburg gibt es noch keinen gemeinsamen Pflegestützpunkt

Bedauerlicherweise hat der Kreis Schleswig-Flensburg als letzter Kreis in Schleswig-Holstein immer noch keinen gemeinsamen Pflegestützpunkt eingerichtet. Das Ziel der Pflegestützpunkte ist die Gewährung einer wohnortnahen Beratung mit verbindlichen Sprechstunden. Die Pflegestützpunkte sollen umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach den Sozialgesetzbüchern und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landerechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten geben. Finanziert werden die Pflegestützpunkte zu je einem Drittel von den Kranken- und Pflegekassen, den Kreisen oder kreisfreien Städten und dem Land Schleswig-Holstein.

Sozialhilfe

Die Zahl der Eingaben aus dem Bereich der Sozialhilfe war mit 406 im Vergleich zum Vorjahr (423) leicht rückläufig. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass sich die Zahl der Eingaben aus dem Bereich Eingliederungshilfe erstmalig wieder verringert hat, da sich zahlreiche Problemstellungen zum Thema Schulbegleitung und „pädagogischer Kernbereich“ durch die Vereinbarung des

[63] Art. 17 bis 21 VO 883/2004.

Kommunalpakets III[64] sowie durch die Grundsatzentscheidungen des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2016[65] und des Landessozialgerichts vom 13. Januar 2017[66] nunmehr geklärt haben.

Den Schwerpunkt der Eingaben (205) bildeten weiterhin diejenigen aus dem Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, gefolgt von 89 Eingaben aus dem Themenfeld Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Weitere 64 Petitionen gab es zu den Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem 5. Kapitel sowie 7. bis 9. Kapitel des SGB XII und 48 Eingaben aus dem Bereich Hilfe zum Lebensunterhalt.

Zahlreiche Gesetzesänderungen führten zu vielen Nachfragen

Insgesamt war das Berichtsjahr geprägt von zahlreichen Änderungen im Bereich der Sozialhilfe, die entsprechende Nachfragen bei den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern auslösten. So konfrontierte der Gesetzgeber die Verwaltung bereits in der ersten Hälfte des Jahres 2017 mit einer bis dahin selten vorgekommenen Menge an neuen Vorschriften, bei denen es sich größtenteils nicht nur um die Änderung einzelner Rechtsnormen, sondern um systematische Veränderungen grundsätzlicher Art handelte. Zu nennen ist dabei an erster Stelle das am 29. Dezember 2016 verkündete Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches das bisherige Reha- und Teilhaberecht im SGB IX sowie das im 6. Kapitel des SGB XII verankerte Recht der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen grundlegend reformieren soll. Ziel ist es u. a., das Recht der Teilhabe behinderter Menschen aus dem nachrangigen Fürsorgesystem des SGB XII mit seinen strengen Einkommens- und Vermögensvorschriften herauszulösen. Aufgrund der Komplexität der Veränderungen, die teilweise auch weitreichende Umstrukturierungen und neue Prozesse in der Praxis zur Folge haben, hat sich der Gesetzgeber dazu entschlossen, das Bundesteilhabegesetz stufenweise in vier Reformstufen vom 1. Januar 2017 bis zum 1. Januar 2023 in Kraft treten zu lassen.

Die erste – und einzige in den Berichtszeitraum fallende – Reformstufe betrifft die Anhebung der Freibeträge bei Einkommen und Vermögen für den Bereich der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege zum 1. Januar 2017. Der neu eingeführte § 82 Abs. 4 SGB XII[67] regelt, dass berufstätigen Beziehern von Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege ein Einkommensfreibetrag in Höhe von 40% des Nettoeinkommens, höchstens jedoch 65% der Regelbedarfsstufe 1 (mithin 265,85 € im Berichtsjahr) zusteht. Auch der Vermögensfreibetrag wurde deutlich erhöht. So stehen Beziehern von Eingliederungshilfe nach § 60a SGB XII und Beziehern von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 66a SGB XII[68] nunmehr 25.000 € als zusätzlicher[69] Vermögensfreibetrag zu.

Ab 1. Januar 2020 (3. Stufe der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes[70]) soll die Eingliederungshilfe dann komplett in das SGB IX übergehen. In diesem Zuge wird der Einkommensfreibetrag noch weiter erhöht und jährlich angepasst und die Grenze des Schonvermögens wird auf über 50.000 € angehoben. Auch das Einkommen der Ehe- und Lebenspartner soll dann bei der Bedarfsfeststellung ab 2020 nicht mehr mitzählen. Ab dem Jahre 2020 soll sich die Eingliederungshilfe damit auf die reinen Fachleistungen, die Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung benötigen, wie z. B. Assistenz, Mobilitätshilfen oder Hilfsmittel, konzentrieren. Die existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt und die Kosten der Unterkunft und Heizung

[64] Vereinbarung zwischen dem Land Schleswig-Holstein und den kommunalen Landesverbänden über eine Beteiligung des Landes an den Kosten der Integration auf kommunaler Ebene sowie weiterer finanzieller Entlastungsmaßnahmen vom 7. November 2016, vgl. Tätigkeitsbericht der Bürgerbeauftragten aus dem Jahre 2016, S. 42.

[65] BSG, Urteil vom 9. Dezember 2016, B 8 SO 8/15R.

[66] LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 13. Januar 2017, L 9 SO 185/16 B ER.

[67] Seit weiteren Änderungen zum 1. Januar 2018 nunmehr § 82 Abs. 6 SGB XII.

[68] Hinweis: Der Freibetrag nach § 66a SGB XII gilt allerdings nur für solches Vermögen, dass überwiegend aus Erwerbseinkommen während des Leistungsbezuges erworben worden ist.

[69] Neben dem Freibetrag nach § 1 der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII.

[70] Zur Erläuterung: Die 2. Reformstufe des BTHG ab 1. Januar 2018 betrifft die Neuregelung des Allgemeinen Teils des SGB IX (ins besondere Bedarfsermittlung, Zuständigkeitserklärung, Teilhabeplanung), des Schwerbehindertenrechts sowie des Vertragsrechts der Eingliederungshilfe. Die 4. Reformstufe ab 1. Januar 2023 soll die Zugangsvoraussetzungen zur Eingliederungshilfe völlig neu gestalten, nachdem diese zuvor wissenschaftlich untersucht und modellhaft erprobt worden sind.

sollen dann ausschließlich über die Sozialhilfe oder die Grundsicherung für Arbeitsuchende finanziert werden. Dies wird – insbesondere bei stationären Unterbringungsformen – zu erheblichen Umstrukturierungen in der Praxis führen.

Die Bürgerbeauftragte bewertet die durch das Bundesteilhabegesetz hervorgebrachten Änderungen unterschiedlich. Was die finanziellen Verbesserungen im Bereich der Eingliederungshilfe anbelangt, waren diese längst überfällig und verbessern die Situation von Betroffenen nachhaltig. So erinnert die Bürgerbeauftragte z. B. an die bereits im Tätigkeitsbericht aus dem Jahre 2014[71] thematisierte Problematik der Finanzierung der Unterbringung minderjähriger Kinder mit Behinderung in heilpädagogischen Tagesgruppen. Da die Unterbringung als Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft qualifiziert wurde und damit nicht kostenprivilegiert nach § 92a SGB XII war, wurden die Eltern durch ihre Pflicht zur Entrichtung eines Kostenbeitrages auf Sozialhilfeniveau heruntergerechnet. Sie hatten daher u. a. sämtliches für die Altersvorsorge zurückgelegtes Vermögen bis auf einen kleinen Schonbetrag einzusetzen. Durch die nunmehr erfolgte und künftig weiterhin erfolgende Anhebung der Vermögensfreibeträge entspannt sich diese Situation erfreulicherweise etwas. Allerdings fällt die Anhebung der Einkommensfreibeträge, die momentan leider auf 65 % der Regelbedarfsstufe 1 gedeckelt sind (s. o.), aus Sicht der Bürgerbeauftragten zu gering aus. Auch hätte sich die Bürgerbeauftragte gewünscht, dass die Anhebung der Freibeträge nicht in 2 Stufen (nämlich 2017 und 2020) erfolgt, sondern sogleich die höheren Freibeträge gewährt worden wären und auch das Partnereinkommen bereits jetzt freigestellt worden wäre.

Die nächste Änderung bestand in der aus Sicht der Bürgerbeauftragten lange überfälligen und oftmals geforderten Änderung der Vermögensfreibeträge für sämtliche Leistungen des SGB XII zum 1. April 2017 in § 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des SGB XII.[72] Danach steht jedem Bezieher von SGB XII-Leistungen sowie jeder sonstigen leistungsberechtigten Person (insbesondere Ehe- und Lebenspartner) nunmehr ein Vermögensfreibetrag von 5.000,00 € – statt bisher 1.600,00 € bzw. 2.600,00 € – zu. Eine im Verhältnis entsprechende Anhebung um weitere 500,00 € erfolgt auch für alle Personen, die von den Leistungsberechtigten unterhalten werden, also insbesondere Kinder in Einstandsgemeinschaften. Mit dieser Anhebung soll der notwendige Spielraum für das selbstbestimmte Wirtschaften der Leistungsberechtigten sichergestellt werden.

Die Bürgerbeauftragte bewertet die Anhebung der Vermögensfreibeträge als ersten Schritt in die richtige Richtung, wenngleich die Anhebung aus ihrer Sicht nicht weit genug reicht. Sie sollte sich vielmehr an den deutlich höheren Freibeträgen der Grundsicherung für Arbeitsuchende orientieren. Hier wird der Grundfreibetrag nach § 12 Abs. 2 Nr. 1 SGB II vom Lebensalter des Hilfebedürftigen abhängig gemacht und für jedes vollendete Lebensjahr werden 150,00 € angerechnet. So haben 64 Jahre alte SGB II-Leistungsempfängerinnen und -empfänger einen Grundfreibetrag von 9.600,00 €, während die gleiche Person bei Erreichen der Altersgrenze und dem damit verbundenen Wechsel ins SGB XII nur 5.000,00 € an Schonvermögen zustehen würden. Dieser auch nach Änderung der Verordnung noch immer gravierende Unterschied in beiden Leistungssystemen ist den Betroffenen nur schwer zu vermitteln. Insofern hält die Bürgerbeauftragte ihre Forderung weiterhin aufrecht, die Vermögensfreibeträge im SGB XII denen des SGB II anzupassen.

Viele Änderungen zum 1. Juli 2017 für die Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung verschlechtern die Rechtslage der Betroffenen und machen die Rechtsanwendung komplizierter

Zahlreiche weitere Änderungen für die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung traten schließlich zum

[71] Tätigkeitsbericht 2014, S. 64 f.

[72] Vgl. Beschluss des Bundestages vom 1. Dezember 2016, auf den Entschließungsantrag der Bundesregierung, BT-Drucksache 18/10528, S. 5, infolge dessen die Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII durch Ministerverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geändert worden war.

1. Juli 2017 in Kraft. Die Bürgerbeauftragte beobachtet die meisten dieser Änderungen mit Sorge, da sie die Rechtslage des Bürgers verschlechtern, die Rechtsanwendung verkomplizieren und den Verwaltungsaufwand erhöhen. Sie mahnt die Verwaltungen daher, die Regelungen mit Augenmaß anzuwenden und die Bürgerinnen und Bürger bereits im Vorwege umfassend zu beraten, damit diese entsprechende Vorkehrungen treffen können, um nicht völlig überraschend eine Kürzung ihres Leistungsanspruchs hinnehmen zu müssen.

Zu nennen ist hier die Regelung des § 37a SGB XII, welche Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, ein Darlehen zu beantragen, wenn sie ihr anzurechnendes Einkommen – wie z. B. beim erstmaligen Rentenbezug – erst am Monatsende erhalten und ihren Lebensunterhalt bis zum tatsächlichen Zuflusszeitpunkt nicht selber decken können. Das Darlehen wird dann ab dem Folgemonat mit Raten in Höhe von fünf Prozent des Eckregelsatzes (20,45 € im Berichtsjahr) mit den laufenden Leistungen aufgerechnet, allerdings nur bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50 % des Eckregelsatzes (204,50 € im Berichtsjahr). In der Vergangenheit wurde in diesen Fällen trotz Fehlens einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage oftmals ebenfalls ein Darlehen gewährt, dass dann aber aufgrund finanzieller Überforderung der Betroffenen in eine Beihilfe umgewandelt bzw. niedergeschlagen wurde. Diese Möglichkeit für eine bürgerfreundliche Regelung besteht nun leider nicht mehr.

Eine weitere Neuregelung zum Juli 2017 betrifft den Fall, dass Grundsicherungsberechtigte sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten. Nach der Vorschrift des § 41a SGB XII erhalten sie nunmehr nach Ablauf der vierten Woche bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr ins Inland keine Leistungen mehr. Bislang konnten Grundsicherungsempfänger ohne Verlust des Leistungsanspruchs ins Ausland fahren, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt weiterhin in Deutschland hatten. Hierfür wurde von der Verwaltungspraxis und den Gerichten teilweise ein Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Monaten als unschädlich angesehen.

Schließlich wurde mit § 42a SGB XII eine Neuregelung der Bedarfe für Unterkunft und Heizung für diejenigen Grundsicherungsempfänger geschaffen, die in der Wohnung von Eltern, volljährigen Geschwistern oder eines volljährigen Kindes leben und keinen gesonderten Mietvertrag abgeschlossen haben. Für diesen Personenkreis werden die Kosten für Unterkunft und Heizung nunmehr in pauschalierter Form nach einer Differenzmethode als Bedarf berücksichtigt. Ferner wurde für Leistungsberechtigte in Wohngemeinschaften ohne eigenen Mietvertrag eine Regelung geschaffen, wonach sie Anspruch auf kopfteilige Aufwendungen für Unterkunft und Heizung eines entsprechenden Mehrpersonenhaushaltes haben. Die Bürgerbeauftragte weist darauf hin, dass diese neue Berechnungsmethode viel zu kompliziert ist und vielfach zu gravierenden finanziellen Verschlechterungen für die Betroffenen führen wird. So hatte sie sich im Berichtsjahr mit einem Fall zu befassen, in dem eine 81-jährige Rentnerin – ohne gesonderten Mietvertrag – zusammen mit ihrer 51-jährigen und infolge eines Impfschadens schwerstbehinderten Tochter zusammenlebte und beide seit Jahren Grundsicherungsleistungen bezogen. Unterkunftskosten wurden dabei monatlich ihn Höhe von 760,00 € (zwei Mal Mietrichtwert für einen Einpersonenhaushalt) übernommen. Würde man bei diesem Fall nun die Neuregelung des § 42a Abs. 4 Satz 1 SGB XII[73] anwenden, würden beide Damen zusammen nur noch 440,00 € (Mietrichtwert für zwei Personen) an Unterkunftskosten zuerkannt werden. Im konkreten Fall konnte die Bürgerbeauftragte mit dem kommunalen Träger allerdings aushandeln, dass von der Anwendung der Neuregelung wegen der Besonderheit des Falles kein Gebrauch gemacht wurde und somit die höheren Unterkunftskosten weiter gezahlt wurden.

Weitere Neuerungen zum 1. Juli betrafen neben redaktionellen Veränderungen die Einschränkung der Möglichkeiten zur Übernahme einer angemessenen Sterbegeldversicherung (§ 33 Abs. 2 SGB XII), Direktzahlungen an Stromanbieter bei Stromschulden (§ 43a Abs. 4 SGB XII) sowie die vorläufige Leistungserbringung bei schwankenden Einkommensverhältnissen (§ 44a SGB XII).

[73] Zur Erklärung: § 42a Abs. 3 SGB XII betrifft den Fall, dass die leistungsberechtigte Person mit anderen zusammenlebt, die ihren Lebensunterhalt ohne staatliche Hilfe decken können. Die beiden Damen im Beispielsfall bezogen hingegen beide Grundsicherung.

Neben Fragen zu den zahlreichen Neuerungen betrafen – wie im Vorjahr – die meisten Eingaben (ca. 25,00 %) aus dem Bereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Probleme bzw. Fragestellungen zum Thema Kosten der Unterkunft und Heizung (§ 35 SGB XII). Dabei erstreckten sich die Petitionen auf Fragen zur Höhe der zu übernehmenden Unterkunftskosten („Mietrichtwerte"), die Bereiche Kostensenkungsverfahren und Umzug, Übernahme von Doppelmieten, Umgang mit Betriebs- und Heizkostenguthaben und Nachforderungen sowie die Übernahme von Instandhaltungskosten bei Eigenheimbesitzern.

Ein Kreis veranlasste den Umzug einer Rentnerin im Grundsicherungsbezug. Die Auszugsrenovierung sollte sie dann aber allein übernehmen.

Eine Rentnerin wandte sich z. B. hilfesuchend an die Bürgerbeauftragte, weil der Kreis sich – trotz eigener Veranlassung der Umzugs und Angemessenheit der neuen Wohnung – weigerte, die Kosten ihrer mietvertraglich geschuldeten Auszugsrenovierung zu übernehmen. Als Begründung hatte der Kreis angeführt, ein Hausbesuch habe ergeben, dass die seit 10 Jahren bewohnte Wohnung der Rentnerin doch ordentlich ausschauen würde und daher keiner Renovierung bedürfe. Eine Prüfung des Falles durch die Bürgerbeauftragte ergab, dass der Hausbesuch stattgefunden hatte, als noch sämtliche Bilder an den Wänden und Möbel in der Wohnung waren. Die Rentnerin konnte der Bürgerbeauftragten durch Fotos nachweisen, wie renovierungsbedürftig die Wohnung im ausgeräumten Zustand aussah. Die Bürgerbeauftragte riet der Rentnerin daher die Fotos umgehend dem Kreis zu übermitteln. Außerdem nahm die Bürgerbeauftragte selbst Kontakt zum zuständigen Sozialamt auf und setzte sich für eine Kostenübernahme ein. Zwei Monate später meldete sich die dankbare Rentnerin bei der Bürgerbeauftragten, um mitzuteilen, dass die 2.200,00 € für Malerarbeiten nun vom Kreis übernommen worden waren.

Ein weiteres knappes Viertel der Eingaben aus dem Bereich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung hatte den Bereich Einkommen und Vermögen zum Thema. Neben Nachfragen zu den Neuregelungen der Vermögensfreibeträge zum 1. April 2017 (s. o.) betrafen die Eingaben hier z. B. die Anrechnung von Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit, die Absetzbarkeit von Beiträgen zu Versicherungen, die Anrechnung von Erbschaften, den Schutz von Lebensversicherungen, Bestattungsvorsorgeverträgen, Kraftfahrzeugen sowie selbstbewohnten Hausgrundstücken. Hinsichtlich letzterem sei auf eine neuere Entscheidung des Bundessozialgerichts[74] zu den Voraussetzungen und Grenzen der Verwertung eines Hausgrundstücks nach § 90 Abs. 2 Nr. 8 SGB XII hingewiesen. In dem zu entscheidenden Fall ging es um eine Grundsicherungsempfängerin, die ihr selbst bewohntes Hausgrundstück aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht verlassen und damit nicht veräußern konnte. Da sowohl das Haus als auch das Grundstück für den Bereich der Sozialhilfe zu groß[75] und damit nicht angemessen waren, wurde die Grundsicherung nur auf Darlehensbasis nach § 91 SGB XII gezahlt. Das BSG entschied nun jedoch, das psychische Erkrankungen des Eigentümers eines selbst bewohnten Hausgrundstücks bereits der Verwertbarkeit nach § 90 Abs. 1 SGB XII entgegenstehen können, sofern sich diese prognostisch auf einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten erstrecken. Die Bürgerbeauftragte, die in der Vergangenheit bereits öfter mit ähnlich gelagerten Fällen befasst war, weist die Sozialämter daher darauf hin, dass bei der Vermögensprüfung nicht nur die Größe eines Hausgrundstücks, sondern auch dessen tatsächliche Verwertbarkeit vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen des Eigentümers zu berücksichtigen sind.

Viele Betroffene wandten sich an die Bürgerbeauftragte, weil der Regelsatz nicht auskömmlich war

[74] BSG, Urteil vom 9. Dezember 2016, B 8 SO 15/15 R.

[75] Die Rechtsprechung hierzu ist stark einzelfallbezogen. Es gelten aber gem. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013, B 14 AS 90/12 R die Vorgaben im 2. WoBauG. Danach gelten z. B. bei Eigenheimen/Eigentumswohnungen für eine Person 80/ 90 qm Wohnflächengröße und eine Grundstücksgröße von 500 qm für ein freistehendes Haus als angemessen.

Wie bereits in den Vorjahren gab es auch im Berichtsjahr Eingaben von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern, die sich an die Bürgerbeauftragte wandten, weil die Höhe des Regelsatzes nicht auskömmlich war. Als Grund dafür wurden neben hohen Abschlägen für Strom, für nicht verschreibungspflichtige Medikamente sowie für Fahrtkosten zu Arztbesuchen, die nicht von der Krankenkasse übernommen wurden, angeführt. Leider konnte hier nur in Einzelfällen über eine Bedarfserhöhung nach § 27a Abs. 4 SGB XII Abhilfe geschaffen werden. Eine grundsätzliche Änderung der Bemessung der Regelsätze (z. B. Erhöhung des Anteils für Strom, stärkere Berücksichtigung von Ansparungen für langlebige Gebrauchsgegenstände, Berücksichtigung von Benzinkosten) wurde hingegen auch im Jahr 2017 bedauerlicherweise nicht vom Bundesgesetzgeber vorgenommen.

Eine weitere Häufung der Eingaben aus dem Bereich der Grundsicherung gab es zu den Mehrbedarfstatbeständen des § 30 SGB XII sowie zur Wohnungserstausstattung nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII. Außerdem musste die Bürgerbeauftragte zahlreichen Bürgerinnen und Bürgern die – gerade in Mehrpersonenkonstellationen nicht ganz einfache – Abgrenzung der einzelnen existenzsichernden Leistungen des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und Grundsicherung bei Erwerbsminderung) sowie deren Abgrenzung zu den laufenden Leistungen des SGB II (Sozialgeld und Arbeitslosengeld II) und das Verhältnis zum Wohngeld erläutern.

Die Zahl der Eingaben aus dem Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat sich von 101 Eingaben im Vorjahr auf 89 Eingaben im Berichtsjahr reduziert. Diese Verringerung ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass sich die Anzahl der Petitionen zum Thema Schulbegleitung SGB XII[76] von 54 im Jahre 2016 auf nunmehr 21 reduziert hat, weil die Finanzierung der Schulbegleitung zwischenzeitlich durch die Verabschiedung des Kommunalpaketes vom 7. November 2016[77] sichergestellt ist. Zudem haben sich das Bundessozialgericht[78] wie auch das Landessozialgericht[79] nunmehr eindeutig zur Auslegung des umstrittenen Begriffs des „pädagogischen Kernbereichs“ positioniert. Danach bestimmt sich der „pädagogische Kernbereich“ nicht nach den schulrechtlichen Vorschriften des jeweils betroffenen Landes, sondern bundeseinheitlich durch Auslegung der sozialhilferechtlichen Vorschriften des SGB XII. Folglich dürfen die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein Ansprüche auf Schulbegleitung nicht unter Verweis auf die Inklusionsverpflichtung des Landes ablehnen.

Schulbegleitung: Die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Krankenkassen und der Eingliederungshilfe ist schwierig und wird oft auf dem Rücken der Kinder ausgetragen

Zum Thema Schulbegleitung sind im Berichtsjahr allerdings zwei neue Problemstellungen aufgetaucht, die die Bürgerbeauftragte mit Sorge erfüllen. Dabei handelt es sich zum einen um die Frage der Zuständigkeit von Krankenkasse oder Eingliederungshilfe in Kollisionsfällen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Schulbegleitung nach §§ 53 ff. SGB XII. Zum Tragen kommt diese Problematik z. B. in Fällen, in denen Schülerinnen und Schüler an Diabetes oder Epilepsie erkrankt sind und aufgrund dessen im Schulalltag oder auf Klassenfahrten[80] eine Begleitperson zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels oder der Hilfestellung bei epileptischen Anfällen benötigen.

Hier musste die Bürgerbeauftragte leider – insbesondere im Kreis Rendsburg-Eckernförde – vermehrt erfahren, dass Betroffene von der Eingliederungshilfe zur Krankenkasse geschickt wurden und umgekehrt. Im Ergebnis fühlte sich kein Leistungsträger zuständig, so dass die betroffenen Schüle-

[76] Die Zahl der Eingaben zur Schulbegleitung aus dem SGB VIII hat sich von 49 im Jahre 2016 auf 18 im Jahre 2017 reduziert. Aus dem Bereich des SGB V waren im Jahre 2017 10 Eingaben zum Thema Schulbegleitung zu verzeichnen.

[77] Vereinbarung zwischen dem Land Schleswig-Holstein und den kommunalen Landesverbänden über eine Beteiligung des Landes an den Kosten der Integration auf kommunaler Ebene sowie weiterer finanzieller Entlastungsmaßnahmen vom 7. November 2016, vgl. Tätigkeitsbericht der Bürgerbeauftragten aus dem Jahre 2016, S. 42.

[78] BSG, Urteil vom 9. Dezember 2016, B 8 SO 8/15 R.

[79] LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 13. Januar 2017, L 9 SO 185/16 B ER.

[80] Vgl. Fallbeispiel, S. 71 f.

rinnen und Schüler zeitweise nicht am Unterricht teilnehmen konnten bzw. die Teilnahme an der Klassenfahrt in Frage stand. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten fehlt es hier an einer unbürokratischen Kommunikation der beteiligten Rehabilitationsträger, wie sie z. B. von Seiten der Landeshauptstadt Kiel praktiziert wird. Die Landeshauptstadt nimmt in derartigen Kollisionsfällen von sich aus Kontakt zur Krankenkasse auf und handelt mit der Krankenkasse „hinter den Kulissen" eine (teilweise) Kostenerstattung aus. Die betroffenen Familien erhalten zeitnah eine Bewilligung. Die Bürgerbeauftragte wünscht sich, dass auch die übrigen kommunalen Träger wie auch die Krankenkassen – sofern eine eigene Kostenbeteiligung nicht völlig außer Frage steht – in Fällen dieser Art kurzer Hand telefonisch oder per E-Mail Kontakt zum jeweils anderen Träger aufnehmen und eine anteilige Kostentragung unbürokratisch vereinbaren und die Betroffenen zeitnah eine Bewilligung erhalten.[81]

Schulbegleitung: Kinder mit Behinderung sind von der Offenen Ganztagsschule oft ausgeschlossen

Ein weiteres Problem, das im Zusammenhang mit der Bewilligung von Anträgen auf Schulbegleitung aufgetaucht ist, besteht in der Finanzierung der Schulbegleitung für Zeiten der Nachmittagsbetreuung behinderter Kinder entweder im Rahmen der Offenen Ganztagsschule (OGS) oder im Rahmen einer Hortbetreuung. Mehrere Betroffene hatten sich mit diesem Anliegen an die Bürgerbeauftragte gewandt, weil das Sozialamt ihnen die Kostenübernahme hierfür verweigert hatte und jeweils das betroffene Kind als einzige oder einziger aus dem Klassenverband nicht an der Nachmittagsbetreuung teilnehmen konnte. Die Bürgerbeauftrage hatte daraufhin unter Verweis auf entsprechende Rechtsprechung des SG Gießen[82] Kontakt zum betreffenden Kreis aufgenommen. Nach Auffassung des Sozialgerichts Gießen handelt es sich bei den Kosten für die Schulbetreuung für die Nachmittagsstunden der OGS um eine gemäß § 92 Abs. 2 SGB XII einkommens- und vermögensunabhängig zu gewährende Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung nach § 53 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII, da auch Schülerinnen und Schüler mit Behinderung das Recht haben, wie alle anderen Schülerinnen und Schüler mitzumachen und nicht von einzelnen Veranstaltungen ausgeschlossen werden dürfen. Es bedürfe insoweit einer inklusiven Betrachtung der Grundschule. Da die Kosten einer Schulbegleitung – gemessen an den Möglichkeiten eines durchschnittlichen Privathaushaltes – beträchtlich sind, kämen die faktischen Auswirkungen der Versagung der Betreuung in den Nachmittagsstunden einem Verbot der Teilnahme an der OGS für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung, der aus durchschnittlichen finanziellen Verhältnissen stammt, sehr nahe. Wenn Schülerinnen und Schüler mit Behinderung letztlich aus wirtschaftlichen Gründen an der OGS nicht teilnehmen kann, weil sich dann die gesamte Familie wegen seiner Behinderung erheblich einschränken muss, um die Schulbegleitung mitzufinanzieren, so sei hierin eine jedenfalls mittelbare Diskriminierung zu sehen, die nicht dem Gedanken der Eingliederungshilfe entspreche. Dies gelte auch unabhängig davon, ob für die Teilnahme an der OGS eine Schulpflicht bestünde oder nicht. Bedauerlicherweise teilte das zuständige Sozialamt diese Rechtsauffassung nicht. Es berief sich vielmehr darauf, dass in dem Kurssystem der OGS keine Aktivitäten stattfänden, die primär das Ziel einer angemessenen Schulbildung verfolgten. Der Kreis ordnete die Hilfe daher als Hilfe zur Teilhabe in der Gemeinschaft ein, so dass die Eltern für die Schulbegleitung in den Nachmittagsstunden mithin selber einen Kostenbeitrag zu entrichten hätten. Und auch das daraufhin von der betroffenen Familie angerufene Sozialgericht lehnte den Eilantrag ab, weil es die Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung im Rahmen der OGS ebenfalls nicht als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung einordnete. Die Bürgerbeauftragte hält diese Auslegung für sehr problematisch, gerade auch im Hinblick auf den durch das Bundesteilhabegesetz neu verabschiedeten § 112 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, der allerdings erst im Jahre 2020 (3. Stufe der Umsetzung des BTHG) in Kraft tritt. Dort ist ausdrücklich geregelt, dass Leistungen zur Unterstützung schulischer Ganztagesangebote in der offenen Form den Hilfen zu einer Schulbildung zuzuordnen sind.

Weitere Eingaben aus dem Bereich Eingliederungshilfe betrafen die Übernahme der Leistungen in

[81] Vgl. Anregungen und Vorschläge, S. 17 f.

[82] SG Gießen, Beschluss vom 2. September 2017, S 18 SO 131/15.

Form eines persönlichen Budgets, die Zuständigkeitsregelung des § 14 SGB IX, die Berechnung von Kostenbeiträgen sowie Fragen zur Finanzierung des behindertengerechten Umbaus eines Kraftfahrzeugs.

Hinsichtlich zuletzt genannter Thematik sei z. B. auf einen Einzelfall verwiesen, der Ende September 2017 bei der Bürgerbeauftragten eingegangen ist und leider immer noch charakteristisch für den Umgang mit Behinderung in einigen Kreisen ist. So hatte sich der Vater einer schwerstbehinderten 30-jährigen jungen Frau (GdB 100, Merkzeichen B, aG, H, Pflegegrad 5) an die Bürgerbeauftragte gewandt, da der Antrag auf Kostenübernahme für den Einbau einer Rampe mit Kraftknotensystem (Kosten ca. 2.500,00 €) in das neue Kraftfahrzeug der Eltern abgelehnt worden war. Die Rampe war erforderlich, da die junge Frau auf den Transport ihres Elektrorollstuhls angewiesen war, den sie unter der Woche in einer stationären Eingliederungshilfeeinrichtung mit angeschlossener Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und am Wochenende zur Mobilität und Freizeitgestaltung bei ihren Eltern (Besuche von Nachbarn im Dorf, Treffen der Freiwilligen Feuerwehr sowie von Sport- oder Theaterveranstaltungen, etc.) benötigte. Die Bedienung eines Schieberollstuhls, den man z. B. für den Transport mit dem Auto zusammenklappen kann, war der jungen Frau aufgrund ihrer Erkrankung nicht möglich, da sie mit den Händen nicht richtig greifen kann. Der E-Rollstuhl ersetzt ihre Beine und ist ihre einzige Möglichkeit, sich frei und ohne fremde Hilfe fortzubewegen.

Die Bürgerbeauftragte unterstützte die betroffene Familie beim Verfassen des Widerspruchs und nahm zudem persönlich Kontakt zum betreffenden Kreis auf. Von dort bekam sie allerdings zu hören, dass die behinderte junge Frau schließlich sieben Tage die Woche eine vollstationäre Maßnahme vom Kreis finanziert bekomme, sie auch am Freizeitprogramm der Einrichtung teilnehmen könne und die Gesellschaft ihrer Eltern sehr üppig in Anspruch nehmen würde. Schließlich gäbe es Grenzen, was man dem Staat abverlange könne. Man warf der behinderten jungen Frau regelrecht vor, dass sie ausnahmslos jedes Wochenende im Haushalt ihrer Eltern verbringen wollte und verwies darauf, dass der Kreis eine monatliche Familienheimfahrt mit einem Taxiunternehmen finanzieren würde. Außerdem wurde auf eine mögliche Kostenübernahme aus Stiftungsgeldern hingewiesen. Die Bürgerbeauftragte empfand dieses Verhalten des Kreises als unangemessene Einmischung in die Freizeitgestaltung eines behinderten Menschen und ermutigte die Familie daher, einen Eilantrag bei dem zuständigen Sozialgericht zu stellen. Nur eine Woche später erklärte sich der Kreis daraufhin bereit, die Kosten für die Anschaffung der mobilen Rampe zu übernehmen.

Einen deutlichen Anstieg von ca. 30,00 % war bei den Eingaben der Hilfen in besonderen Lebenslagen zu verzeichnen. Dabei waren fast 50,00 % aller Eingaben aus diesem Bereich dem Kontext Hilfe zur Pflege zuzuordnen (§§ 61 ff. SGB XII). Schwerpunkte waren Fragen zu ambulanten Leistungen sowie solche zur Übernahme ungedeckter Heimkosten einschließlich des Problems eines Unterhaltsrückgriffs gegenüber Kindern. Der Grund für diesen Anstieg besteht darin, dass Pflege aufgrund des demographischen Wandels ein immer präsenteres Thema in zahlreichen Familien ist und Betroffene mit den durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) hervorgebrachten Neuerungen, die sich auch auf die Sozialhilfe auswirken, zu kämpfen haben.

Pflegestärkungsgesetz II: Es gibt keinen Bestandsschutz bei der Hilfe zur Pflege für diejenigen, die bisher mit „Pflegestufe 0“ Leistungen erhalten haben

So besteht ein Problem darin, wie nunmehr mit Personen umzugehen ist, die der ehemaligen „Pflegestufe 0“ zuzuordnen sind und die bislang ambulante oder stationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt erhalten haben. Dies betraf vornehmlich ältere Alleinstehende, die mit der Haushaltsführung überlastet waren, Menschen, bei denen die Gefahr einer Vereinsamung besteht oder Personen mit Suchtproblemen oder psychischen Belastungen, die in Wohnheimen untergebracht waren. Der Gesetzgeber hat nämlich in dem neu eingeführten § 61a Abs. 1 SGB XII auf eine Regelung für den Umgang von Fällen unterhalb des Pflegegrades 1 verzichtet, so dass nunmehr keine Leistungen unterhalb von Pflegegrad 1 möglich sind. Bislang hatten diese Menschen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII a. F. erhalten. Diese Regelung stellte eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage für Leistungen der Hilfe zur Pflege unterhalb der Pflegestufe 1 dar und ist seit dem 1. Januar 2017 weggefallen. Für Bestandsfälle werden laufende Leistungen gemäß § 138 Satz 1 SGB XII lediglich bis zur Neubegutachtung und Feststellung des Pflegegrades weitergezahlt.

Eine darüber hinausgehende Besitzstandswahrung ist nicht vorgesehen. Der Gesetzgeber hat in Kenntnis der Problematik[83] auch keine Überleitung von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2 (sog. „doppelter Stufensprung“) vorgesehen, wie es sie im SGB XI gibt (§ 140 SGB XI). Die Sozialämter standen daher zu Anfang dieses Jahres vor der Frage, wie mit Fällen umzugehen ist, bei denen nach einer Neubegutachtung herauskommt, dass die Antragstellerinnen und Antragsteller lediglich Pflegegrad 1 oder weniger[84] haben, aber dennoch ein pflegerischer Bedarf vorhanden ist, der auch nicht durch den Entlastungsbetrag[85] kompensiert werden kann.

Die Bürgerbeauftragte möchte den Sozialämtern in Schleswig-Holstein an dieser Stelle danken, dass sie verantwortungsvoll mit der neuen Situation umgegangen sind und in Fällen, die auch nach Neubegutachtung maximal dem Pflegegrad 1 zugeordnet wurden, nach Lösungen gesucht haben, um keine faktischen Verschlechterungen für die Betroffenen herbeizuführen. Hilfreich war hier die Auffangnorm des § 73 SGB XII („Hilfe in sonstigen Lebenslagen“), über die dringend notwendige Bedarfe an körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht werden können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ohne die Hilfegewährung die Führung eines menschenwürdigen Lebens nicht möglich wäre. Davon ist vor allem bei bestehender oder drohender Verwahrlosung auszugehen. Ergänzend sind ggf. Hilfen bei der Haushaltsführung über § 70 SGB XII zu gewähren.

Zunehmend gibt es Fragen zu der Übernahme der Bestattungskosten

Zudem gab es aus dem Bereich der Hilfen in besonderen Lebenslagen einen deutlichen Anstieg der Petitionen zum Thema Übernahme von Bestattungskosten nach § 74 SGB XII. Dabei musste die Bürgerbeauftragte feststellen, dass die Frage, wer Verpflichtete oder Verpflichteter ist bzw. in welchem Verhältnis mehrere Verpflichtete zueinander stehen, bei den einzelnen kommunalen Trägern teilweise sehr unterschiedlich gehandhabt wird. So hatte sich die Bürgerbeauftragte insbesondere mit der Konstellation zu befassen, dass es nach dem Bestattungsgesetz des Landes Schleswig-Holstein[86] (§§ 13, 2 Satz 1 Nr. 12 BestattungsG) mehrere Verpflichtete unterschiedlichen Ranges (z. B. die Tochter und den Enkel der Verstorbenen) gab und der nachrangig Verpflichtete zur Kostentragung herangezogen wurde, weil der vorrangig Verpflichtete nicht leistungsfähig war. Nach Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten ist dies nicht rechtmäßig, da in § 2 Nr. 12 Satz 2 BestattungsG ausdrücklich festgeschrieben ist, dass die Hinterbliebenen nur in der in § 2 Satz 1 Nr. 12 BestattungsG bestimmten Reihenfolge zur Erfüllung verpflichtet sind. So sind z. B. Enkelkinder der verstorbenen Person dann nicht zur Tragung der Bestattungskosten verpflichtet, wenn noch Kinder der oder des Verstorbenen vorhanden sind. Auch nach der Rechtsprechung zahlreicher Landessozialgerichte[87] ist zur Tragung der Bestattungskosten bei bestattungsrechtlicher Rangfolge nur die oder der vorrangig Bestattungspflichtige verpflichtet, nicht aber der lediglich nachrangig Verpflichtete. Nach Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten gilt dies auch bei fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit der oder des vorrangig Verpflichteten. Das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht hat sich zu dieser Rechtsfrage bislang noch nicht positioniert.

Im Zusammenhang mit der Gewährung von Bestattungskosten ist der Bürgerbeauftragten positiv aufgefallen, dass sich einige kommunale Träger, darunter z. B. die Hansestadt Lübeck, nunmehr zusammengesetzt haben, um die Richtlinien zur Höhe der übernahmefähiger Posten einer Bestattung der aktuellen Preisentwicklung anzupassen. Dies war dringend erforderlich geworden, da die Richtlinien

[83] Vgl. BR-Drs. 410/6 vom 12. August 2016, S. 99.

[84] Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Leistungen der vollstationären Pflege gibt es nämlich erst ab Pflegegrad 2.

[85] Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI steht Menschen in häuslicher Pflege ab Pflegegrad 1 zu und bemisst sich auf bis zu 125,00 €. Er dient der Entlastung pflegender Angehöriger und umfasst insbesondere „niedrigschwellige Betreuungsangebote“ bei Anbietern, die nach Landesrecht zugelassen sind.

[86] Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofwesen des Landes Schleswig-Holstein vom 4. Februar 2005.

[87] LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25. April 2013, L7 SO 5656/11; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25. März 2010, L 15 SO 305/08; LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 22. Februar 2012, L 8 SO 24/11 B.

teilweise noch aus BSHG-Zeiten[88] stammen und die tatsächlichen Kosten einer Bestattung daher nicht mehr real abbildeten. Die Bürgerbeauftragte fordert daher auch die übrigen kommunalen Träger auf, ihre Richtlinien zur Höhe der übernahmefähigen Kosten den aktuellen Preisen im Bestattungsgewerbe anzupassen.

Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Im Bereich des BAföG ist die Zahl der Eingaben in diesem Jahr um 8 auf 75 gestiegen. Ein besonderer Schwerpunkt zeichnete sich dabei nicht ab. Neben Fragen zu den allgemeinen Förderungsvoraussetzungen einer schulischen Ausbildung gab es vor allem Fragen zur Anrechnung von Elterneinkommen. Hierbei trat vermehrt die Frage auf, wie man als Elternteil damit umgeht, wenn sich das Einkommen während des laufenden Bewilligungszeitraumes z. B. bei Arbeitslosigkeit oder Krankheit verringert.

Bei einer erheblichen Verringerung des Elterneinkommens kann dieses auf Antrag angepasst werden

Grundsätzlich ist bei der Berechnung der Leistungen das Elterneinkommen maßgeblich, welches im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung erwirtschaftet wurde. Es wird auf diesen Zeitraum zurückgegriffen, weil es verwaltungstechnisch einfacher ist, das tatsächliche Einkommen für einen vergangenen Zeitraum festzustellen, als aktuelle Einkünfte zu ermitteln. Tritt der Fall jedoch ein, dass sich das Einkommen erheblich verringert, gibt es die Möglichkeit zu beantragen, dass ausnahmsweise das Einkommen des aktuellen Bewilligungszeitraumes zugrunde gelegt wird (§ 24 Abs. 3 BAföG). In diesem Fall wird allerdings nicht das Einkommen einzelner Monate betrachtet, sondern anteilig die Kalenderjahre des BAföG-Bewilligungszeitraums. Endet der Bewilligungszeitraum, so wird nach Vorliegen der abschließenden Steuerbescheide geprüft, wie hoch das Einkommen tatsächlich gewesen ist. Dementsprechend werden dann die Leistungen nachberechnet und entweder zurückgefordert oder nachträglich gewährt.

Im Frühjahr 2017 ereilte die Bürgerbeauftragte ein Hilferuf aus Lübeck. Hier mussten Schülerinnen und Schüler teilweise monatelang auf ihre Bewilligungsbescheide und somit auf die Zahlungen der Leistungen warten, weil die Stadt unverhältnismäßig lange für die Bearbeitung der Anträge brauchte. Eine Petentin musste sogar fünf Monate warten. Die Gruppe von Schülerinnen einer Berufsschule hatte sich parallel an die Presse und auch an die Politik gewandt, um dieses seit einiger Zeit bestehende Problem und den Missstand in der Behörde publik zu machen und somit die dringend benötigte Unterstützung zu erhalten. Auch die Bürgerbeauftragte nahm Kontakt zur Behörde auf. Diese Initiativen zeigten Wirkung und so konnte nach einiger Zeit durch Umstrukturierungen erreicht werden, dass die Rückstände abgearbeitet wurden.

Kindergeld

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Petitionen zu diesem Bereich im Jahr 2017 leicht von 96 auf 105 angestiegen. Erwartet worden war ein leichter Rückgang, weil die Familienkassen ihre Rückstände stark abbauen konnten und die Bearbeitungszeiten dadurch gesunken sind. In der zweiten Jahreshälfte sind aber die Bearbeitungszeiten der Familienkasse Bayern Nord[89] bei Kindergeldanträgen mit Bezug zu Dänemark wieder angestiegen. Dadurch kam es vermehrt zu Eingaben von Hilfesuchenden, die in Dänemark arbeiten, aber in Deutschland wohnen.

Zum einen war für die Betroffenen problematisch, dass sie oft bereits bis zu einem Jahr auf eine Entscheidung der Familienkasse warteten und sich im Laufe der Zeit finanzielle Probleme eingestellt hatten. Forderungen von mehreren Tausend Euro gegenüber der Familienkasse waren keine Seltenheit. Zum anderen war ärgerlich, dass die Familienkasse durch eine unberechtigte Leistungseinstellung nach einer Arbeitsaufnahme in Dänemark die Probleme selbst verursacht hatte.

[88] Also aus der Zeit vor 2005.

[89] Die Familienkasse Bayern Nord bearbeitet bundesweit alle Kindergeldfälle mit Bezug zu Dänemark. Diese Familienkasse ist nicht zu verwechseln mit der Familienkasse Nord. Zu letzterer gehören u. a. die schleswig-holsteinischen Standorte Bad Oldesloe, Elmshorn und Flensburg.

Bei einer Arbeitsaufnahme in Dänemark wird oft vorschnell die Kindergeldzahlung eingestellt

Hintergrund hierfür war, dass solche Fälle von der Familienkasse Nord an die Familienkasse Bayern Nord abgegeben werden müssen und die abgebende Familienkasse, um Überzahlungen zu vermeiden, die Zahlung sofort einstellt. Dabei wird aber immer wieder übersehen, dass der kindergeldberechtigte Elternteil weiterhin in Deutschland wohnt und arbeitet und sich an dessen Kindergeldanspruch daher gar nichts geändert hat.

Unter anderem deswegen soll Kindergeld bei einer Arbeitsaufnahme im Ausland zunächst grundsätzlich weitergezahlt werden. Stellt später die Familienkasse Bayern Nord aber fest, dass doch ein Kindergeldspruch im Ausland besteht, sollen mögliche Überzahlungen mit der ausländischen Familienkasse verrechnet werden. Hierzu müsste dann ein Erstattungsanspruch z. B. bei der dänischen Verbindungsstelle angemeldet werden.

Der kindergeldberechtigte Elternteil muss zudem prüfen, ob er nicht aus zwei Ländern Kindergeld beziehen kann. Wohnt der Kindergeldberechtigte mit seinen Kindern z. B. in Deutschland und arbeitet in Dänemark, erhält er dänisches Kindergeld. Für Kinder ab drei Jahren ist aber das deutsche Kindergeld höher. Die Familienkasse Bayern Nord würde dann die Differenz zum höheren deutschen Kindergeld zahlen. Da es in den letzten Jahren in Deutschland mehrere Kindergelderhöhungen gab, kam es auch vor, dass die laufenden Zahlungen von Differenzkindergeld nicht angepasst wurden. Auch hier müssen die Kindergeldberechtigten die Zahlungen sorgfältig überprüfen.

In Dänemark wird Kindergeld nur bis zum 18. Lebensjahr gezahlt, in Deutschland aber bis zum 25. Lebensjahr, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. So z. B., wenn das Kind eine Ausbildung macht oder einen Ausbildungsplatz sucht. In diesen Fällen sollten die Kindergeldberechtigten bei der Familienkasse Bayern Nord das volle deutsche Kindergeld beantragen, weil das dänische Kindergeld mit dem 18. Geburtstag eingestellt wird. Es gibt immer wieder Fälle, in denen jahrelang nur das vermeintliche Differenzkindergeld von der deutschen Familienkasse gezahlt wurde. Bisher konnten Betroffene noch für vier Jahre rückwirkend das volle deutsche Kindergeld beantragen. Ab 2018 ist eine rückwirkende Beantragung von Kindergeld allgemein aber nur noch für sechs Monate möglich.

Diese Änderung wurde mit dem Steuerumgehungsbekämpfungsgesetz in das Einkommensteuergesetz eingefügt (§ 66 Abs. 3 EStG[90]). Die Bürgerbeauftragte bedauert diese Änderung, weil sie den kindergeldberechtigten Eltern die Möglichkeit nimmt, bestimmte Sachverhaltsentwicklungen abzuwarten und erst dann einen Antrag zu stellen, wenn dessen Erfolgsaussichten wahrscheinlich sind. So ist es z. B. bei behinderten Kindern oft schwer zu prognostizieren, ob sie ihren Lebensunterhalt selbst decken können oder nicht. Viele Eltern warten ein Jahr ab, prüfen die finanzielle Situation des Kindes und stellen dann rückwirkend den Kindergeldantrag. Daneben gibt es immer wieder Fallgestaltungen, bei denen die Eltern erst spät erfahren, dass ihnen Kindergeld zusteht, z. B. weil sie zunächst gar nicht wissen, dass ihnen bei einer Ausbildungsplatzsuche des Kindes Kindergeld zusteht und nicht erst ab Beginn der Ausbildung. Leben die Kinder im eigenen Haushalt und ist der Kontakt zu den Eltern nicht eng, kann es auch passieren, dass die Eltern über die Aufnahme einer Ausbildung nicht zeitnah informiert werden. Im Ergebnis werden die Rechte der kindergeldberechtigten Eltern aus Sicht der Bürgerbeaufragten zu stark durch die Neuregelung beschnitten. Den Eltern ist zu raten, immer zeitnah einen Antrag zu stellen, auch wenn die Anspruchsberechtigung unklar sein sollte.

Mit dem Jahr 2017 sind die Familienkassen dazu übergegangen, verschärft zu prüfen, ob in Rückforderungsfällen neben den Säumniszuschlägen auch Hinterziehungszinsen geltend gemacht werden können. Muss Kindergeld zurückgezahlt werden, kann der Tatbestand der Steuerhinterziehung erfüllt sein. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn ein Kind seine Ausbildung abbricht, die Familienkasse hierüber nicht informiert wird und daher monatelang Kindergeld zu Unrecht gezahlt wird. Die Betroffenen waren zum Teil sehr erbost, dass ihnen in Schreiben oder Bescheiden der Familienkasse strafrechtliche Konsequenzen angedroht wurden.

[90] Artikel 7 Nr. 6 Buchstabe c und Nr. 7 des Steuerumgehungsbekämpfungsgesetzes vom 23. Juni 2017, BGBl. I S. 1682.

Eine Nachfrage der Bürgerbeauftragten bei der Familienkasse Nord ergab, dass die Androhung von strafrechtlichen Konsequenzen nur erfolgen soll, wenn den Kindergeldberechtigten ein Vorwurf bezüglich der Überzahlung gemacht werden kann. Dies ist z. B. nicht der Fall, wenn das Kind zum Ende eines Monats eine Abschlussprüfung besteht, das Ende der Ausbildung unverzüglich der Familienkasse mitgeteilt wird und trotzdem zu Beginn des Monats Kindergeld gezahlt wird, weil die Mittelung noch nicht verarbeitet wurde. Die Bürgerbeauftragte wird bei zukünftigen Eingaben prüfen, ob die Familienkassen hier mit dem notwendigen Augenmaß vorgehen.

Immer wieder erreichen die Bürgerbeauftragte Anfragen – auch von anderen Behörden – wann unbegleiteten Geflohenen bzw. Asylsuchenden unter 25 Jahren Kindergeld zusteht. Hier ist zu beachten, dass grundsätzlich in Deutschland ein Kindergeldanspruch nicht dem Kind, sondern einem Elternteil zusteht. Dieser muss in aller Regel zumindest theoretisch zur Zahlung von Einkommenssteuer in Deutschland verpflichtet sein. In den meisten Fällen leben aber beide Eltern jener Kinder im Ausland. Ein Kindergeldanspruch scheidet damit häufig aus. Sind aber beide Eltern (nachweislich) verstorben, kann das Kind als Vollwaise Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz[91] bis zum 25. Lebensjahr erhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen (z. B. Ausbildung) vorliegen.

Kinderzuschlag

Die Zahl der Petitionen ist im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr von 36 auf 31 gesunken. Der erneute Rückgang dürfte insbesondere auch auf die Leistungsverbesserungen beim Unterhaltsvorschuss[92] ab dem 1. Juli 2017 zurückzuführen sein. Unterhaltsvorschussleistungen werden nämlich direkt beim Kind als Einkommen angerechnet und führen zur Minderung oder gar zum Wegfall des Anspruches auf Kinderzuschlag. So beträgt die Höhe des Unterhaltsvorschusses für 6 - 11 Jahre alte Kinder 205,00 € und für 12 - 17 Jahre alte Kinder 273,00 €.[93] In beiden Fällen wird der höchstmögliche Kinderzuschlag von 170,00 € damit deutlich übertroffen. Besonders die Ausweitung der Bezugsdauer beim Unterhaltsvorschuss von 72 Monaten auf längstens 18 Jahre[94] führt dazu, dass betroffene Familien den höheren Unterhaltsvorschuss viel länger erhalten können und nicht auf den niedrigeren Kinderzuschlag angewiesen sind.

Für die Bürgerinnen und Bürger ist nicht nachvollziehbar, warum nach jahrelanger Gewährung von Kinderzuschlag plötzlich zusätzliche Nachweise über die Geltendmachung von Unterhaltszahlungen vorgelegt werden müssen

Kindesunterhalt und Unterhaltsvorschuss sind im Verhältnis zum Kinderzuschlag vorrangige Leistungen. Daher verlangten die Familienkassen von den Antragstellerinnen und Antragstellern mit Nachdruck den Nachweis, dass Unterhaltszahlungen beim Unterhaltspflichtigen geltend gemacht wurden bzw. Unterhaltsvorschuss bei der Unterhaltsvorschusskasse beantragt wurde. Kamen die Antragstellerinnen und Antragsteller ihrer Nachweispflicht nicht ausreichend nach, wurden die Anträge wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt.

Dies konnten die Betroffenen oftmals nicht verstehen, weil sie in der Vergangenheit Kinderzuschlag bezogen hatten, ohne dass sie umfangreiche Nachweise zur Geltendmachung von Unterhaltszahlungen vorlegen mussten. Eine Nachfrage der Bürgerbeauftragten bei der Familienkasse Nord ergab dann auch, dass tatsächlich die internen Dienstanweisungen in diesem Punkt „verschärft“ worden waren. Demnach sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angehalten, die Geltendmachung von Unterhaltszahlungen und Unterhaltsvorschuss strenger und regelmäßiger zu überprüfen.

Zu streng war man z. B. in folgendem Fall: Die Petentin hatte ein Urteil eines Familiengerichts aus 2015 vorgelegt und den Nachweis erbracht, dass sie mit Hilfe einer Rechtsanwältin seit 2016 versucht, den Unterhalt beim Kindesvater einzutreiben. Sogar eine Strafanzeige wurde gestellt. Trotz-

[91] In aller Regel richtet sich der Kindergeldanspruch nach dem Einkommensteuergesetz, §§ 62 ff. EStG.
[92] Vgl. hierzu auch den Bericht zum Unterhaltsvorschussgesetz S. 56.
[93] Für Kinder bis zum 5. Lebensjahr werden 154,00 € gezahlt.
[94] Diese Bezugsdauer wird erreicht, wenn von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr Unterhaltsvorschuss bezogen wird.

dem verlangte die Familienkasse 2017, dass neue Nachweise einzureichen seien.[95] Aus ihnen sollte hervorgehen, welche aktuellen Maßnahmen ergriffen worden waren, um den Unterhalt einzutreiben.

Mit Hilfe der Bürgerbeauftragten gelang es, die Familienkasse davon zu überzeugen, zunächst den Ausgang der laufenden Verfahren abzuwarten. Offensichtlich wollte oder konnte der Kindesvater keinen Unterhalt zahlen und die Petentin hatte alle notwendigen Schritte unternommen, um zu ihrem Recht zu kommen.

Die Bürgerbeauftragte erwartet hier, dass die Familienkassen mit Augenmaß vorgehen und die Antragstellerinnen und Antragsteller nicht zwingen, sinnlose Verfahren anzustrengen, obwohl sehr deutlich ist, dass es nicht zu Unterhaltszahlungen kommen wird. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein Kindesvater seit Jahren im Ausland untergetaucht ist, um sich auch seiner Unterhaltspflicht zu entziehen.

Unverständlich ist weiterhin, dass den Bescheiden zum Kinderzuschlag nicht automatisch ein Berechnungsbogen beigelegt wird. Ohne diesen ist es für die Bürgerinnen und Bürger nahezu unmöglich, die Entscheidungen der Familienkasse nachzuvollziehen. Dies ist insbesondere wichtig, wenn zunächst ein vorläufiger Bescheid[96] ergeht und erst Monate später nach erneuter Prüfung ein abschließender Bescheid erlassen wird. Die Betroffenen können ohne Berechnungsbögen nicht erkennen, welche konkreten Veränderungen in den Berechnungen ursächlich für die neue Leitungshöhe sind. Dies führt zu erheblichen Unsicherheiten und Verzögerungen bei Widerspruchsverfahren, weil ein Widerspruch in aller Regel erst dann begründet werden kann, wenn der angeforderte Berechnungsbogen vorliegt.

Ohne einen Berechnungsbogen können die Betroffenen zudem nicht kontrollieren, ob die maßgeblichen Rahmendaten (z. B. Bruttoeinkommen, Kosten für Unterkunft und Heizung) stimmen, obwohl gerade hier eine beachtliche Fehlerquelle liegt. Die Bürgerbeauftragte fordert daher weiterhin, dass die Berechnungsbögen den Bescheiden obligatorisch beigelegt werden.

Die übrigen Petitionen hatten im Wesentlichen Fragen zu Anspruchsvoraussetzungen, zum Kindeseinkommen, zu Rückforderungen sowie zum anrechenbaren Einkommen und Vermögen zum Gegenstand. Gestritten wurde in einem Fall auch um die Anrechnung einer vom Arbeitgeber gezahlten Verpflegungspauschale für einen Fernfahrer als Einkommen. Die Familienkasse verlangte, im Gegensatz zu den Vorjahren, Nachweise über die von der Verpflegungspauschale getätigten Ausgaben (z. B. Rechnungen von Autobahnraststätten). Diese hatte der Betroffene aber nicht umfassend gesammelt.[97]

Beim Kinderzuschlag wird der hohe bürokratische Aufwand und die Kompliziertheit der Leistung gerügt

Die Bürgerbeauftragte vertrat die Ansicht, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Verpflegungspauschalen nicht ohne Grund zahlen und die Vorlage von Einzelnachweisen einen hohen bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten bedeuten würde. Es sei auch gerade der Sinn einer Pauschale, den Verwaltungsaufwand zu begrenzen, indem eben nicht exakt abgerechnet wird. Die Familienkasse blieb aber bei ihrer Ansicht, dass sie Absetzungen vom Einkommen nur vornehmen könne, wenn die Ausgaben nachgewiesen werden. Da der Hilfesuchende eine Klage vermeiden wollte, wurden nur die Kosten abgesetzt, die er belegen konnte, was im Ergebnis zu einem etwas geringeren Anspruch auf Kinderzuschlag führte. Die Hilfesuchenden kritisierten auch wieder die Kompliziertheit der Leistung und den hohen bürokratischen Aufwand[98], dem kein adäquater Leistungsanspruch entgegen-

[95] Hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass der Fall einen Zeitraum im Jahr 2017 betraf, für den die Alleinerziehende noch nicht von den höheren Leistungen beim Unterhaltsvorschuss profitieren konnte.

[96] Ein vorläufiger Bescheid ergeht z. B. in allen Fällen, bei denen das monatlich zugrunde gelegte Erwerbseinkommen auf einer Durchschnittsberechnung beruht, weil das Erwerbseinkommen von Monat zu Monat schwankt.

[97] Vgl. auch Anregungen und Vorschläge, S. 14 f.

[98] Dieser ist noch gestiegen, seitdem die Familienkassen Nebenkosten für die Unterkunft nur noch in dem Monat berücksichtigen dürfen, in dem sie anfallen. Dies betrifft insbesondere Eigentümer von Häusern oder Eigentumswohnungen. Die vorher zulässige Bildung eines monatlichen Durchschnittsbetrages ist nicht mehr zulässig.

stehen würde sowie die vielen Rückforderungen. Die Bürgerbeauftragte teilt diese Ansicht und hält daher an ihrer Auffassung fest, dass das System der Familienförderung grundlegend zu reformieren ist.

Durch die verbesserten Leistungen beim Unterhaltsvorschuss dürfte die Zahl der Leistungsberechtigten beim Kinderzuschlag deutlich zurückgehen. Dies sollte der Gesetzgeber zum Anlass nehmen, die Wirksamkeit des Kinderzuschlages (Vermeidung der Inanspruchnahme von SGB II-Leistungen) zu überprüfen. Möchte er weiterhin am Kinderzuschlag festhalten, sollte er zumindest prüfen, ob durch Verfahrensvereinfachungen der Verwaltungsaufwand nicht erheblich vermindert werden kann. Zu denken wäre etwa daran, dass bei der Überprüfung von Einkommensprognosen Abweichungen nach oben in einer bestimmten Größenordnung (z. B. bis 10,00 %) akzeptiert werden, um aufwendige Rückforderungsverfahren zu vermeiden.

Schulangelegenheiten

Im Bereich der Schulangelegenheiten zeichnete sich im vergangenen Berichtsjahr ein deutlicher Anstieg der Eingabezahlen von 34 auf 68 Eingaben ab. Dieser Zuwachs ist vorrangig auf den gestiegenen Bekanntheitsgrad der Bürgerbeauftragten auch im schulischen Kontext zurückzuführen. Insbesondere die Verteilung der Kontaktdaten der Beschwerdestelle für Kinder und Jugendliche an den Schulen hat dies bewirkt.

Die Eingaben betrafen Themen wie Beschulungsmöglichkeiten, Fragen zur Schülerbeförderung, Nachteilsausgleiche oder den Umgang mit Mobbing an Schulen.

Ein wiederkehrendes Problem hatten im vergangenen Berichtsjahr einige Schülerinnen und Schüler aus dem Kreis Dithmarschen bei ihrer Schülerbeförderung. Zum Schuljahr 2015/2016 wurde die Sekundarstufe I (Klassenstufen fünf bis zehn) am Schulstandort Lunden geschlossen, sodass die Kinder auf andere Schulen ausweichen mussten. Etwa 120 Schülerinnen und Schüler aus dem Raum Lunden besuchen seither die Gemeinschaftsschule der Stadt Tönning im Kreis Nordfriesland.

Nach der Schülerbeförderungssatzung des Kreises Dithmarschen werden die Kosten der Schülerbeförderung zur nächstgelegenen Schule der gleichen Schulart im Kreisgebiet anerkannt (§ 1 Abs. 3). Da die Kosten für den ÖPNV im Kreisgebiet Dithmarschen in den meisten Fällen für Schülerinnen und Schüler aus dem Raum Lunden sehr hoch sind und die Kinder beim Besuch einer Schule im Kreisgebiet häufig erhebliche Fahrt- und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, haben sich viele Eltern dazu entschlossen, ihre Kinder auf die – nähere – Schule nach Tönning zu schicken.

Die Stadt Tönning hat für diese Schülerinnen und Schüler extra eine Beförderung durch drei Schulbusse eingerichtet, die zu einem Eigenbeitrag von 45,00 € monatlich genutzt werden kann. Diese Kosten werden von der SVG Südwestholstein ÖPNV-Verwaltungsgemeinschaft der Kreise Dithmarschen, Pinneberg und Segeberg, der durch den Kreis Dithmarschen die Aufgaben der Schülerbeförderung insoweit übertragen wurden, jedoch nicht anerkannt, da es sich nicht um eine Schule im Kreisgebiet handelt.

Für den Fall, dass ein Kind eine Schule in einem anderen Kreis besucht, sieht die Schülerbeförderungssatzung des Kreises Dithmarschen vor, dass nur die Kosten anerkannt werden, die beim Besuch der nächstgelegenen Schule der gleichen Schulart entstehen würden (§ 1 Abs. 3). Dieser Mehrkostenbeitrag wird von der SVG durch eine Gegenüberstellung der ÖPNV-Kosten zu beiden Schulen berechnet. Erst nach Zahlung dieser Mehrkosten werden die Fahrkarten an die Kinder ausgehändigt. Kurios wird die Berechnung der SVG, weil für diesen Vergleich nicht die Kosten der Schulbusse der Stadt Tönning herangezogen werden, sondern die deutlich höheren Kosten[99] für die offizielle ÖPNV-Verbindung nach Tönning. Begründet wird dies damit, dass es sich bei den Bussen der Stadt Tönning nicht um freigestellten Verkehr im Sinne der Schülerbeförderungssatzung handelt (vgl. § 4 Abs. 3 der Schülerbeförderungssatzung des Kreises Dithmarschen).

Durch diese Berechnungsweise werden die betroffenen Eltern im Ergebnis regelmäßig schlechter

[99] In einem Einzelfall betrugen die Kosten für den ÖPNV nach Tönning 1.426,20 € pro Schuljahr anstatt 540,00 € für die Busse der Stadt Tönning.

gestellt als durch die Nutzung der Busse der Stadt Tönning. Denn die Verbindung des ÖPNV nach Tönning ist regelmäßig teurer als die Fahrt zu kreiseigenen Schulen.[100]

Die Haltung der SVG, die drei Schulbusse nach Tönning nicht für die Schülerbeförderung freizustellen, ist rechtlich nicht angreifbar.[101] Wünschenswert wäre jedoch ein Einlenken des Kreises zugunsten der betroffenen Eltern, indem eine bedarfsgerechte Busverbindung für die 120 betroffenen Schülerinnen und Schüler eingerichtet oder zumindest die Schulbusse der Stadt Tönning als freigestellter Verkehr anerkannt werden.

Einige Eltern bemängelten zudem das Inklusionskonzept als verbesserungswürdig und wünschten sich mehr Wahlfreiheit hinsichtlich der Art der Beschulungsform. So wurde auch der Wunsch deutlich, das Kind gerade nicht inklusiv, sondern in einem Förderzentrum beschulen lassen zu können. Dies wird jedoch durch den in Schleswig-Holstein gelebten – grundsätzlich auch positiven – Vorrang der Inklusion erschwert.[102] Hintergrund ist häufig, dass das betroffene Kind nicht im gleichen Maße am Unterricht teilhaben kann wie die anderen Schülerinnen und Schüler und sich dadurch teilweise gehemmt und zurückgestellt fühlt. Dies läuft dem angestrebten Lernerfolg zuwider. Viele Eltern wünschen sich daher für ihre Kinder eine individuellere Betreuung, wie sie auf Regelschulen derzeit noch nicht umfassend sichergestellt werden kann. Hier wäre ein sensibler Umgang mit jedem Einzelfall wünschenswert, um die Eltern und insbesondere die betroffenen Kinder nicht zu überfordern. Nicht zuletzt stellt sich auch die Frage, ob die Inklusion nicht qualitativ deutlich verbessert werden muss.

Unterhaltsvorschuss

In diesem Berichtsjahr stieg die Zahl der Eingaben im Bereich des Unterhaltsvorschusses von 5 auf 24. Die Entwicklung der Zahlen liegt darin begründet, dass durch die Reform des Unterhaltsvorschussgesetzes (UVG) sowohl der Kreis der Berechtigten erweitert wurde als auch Fragen zu den teilweise neuen Voraussetzungen auftauchten.

Mit dem Unterhaltsvorschuss unterstützt der Staat Alleinerziehende und Kinder, wenn der andere Elternteil gar nicht, zu wenig oder unregelmäßig Unterhalt zahlt. Unterhaltsvorschuss wird nun bis zur Volljährigkeit des Kindes und ohne die bisher geltende Höchstdauer von 72 Monaten gewährt. In den Fällen, in denen die Höchstförderungsdauer bereits erreicht ist, müssen die Betroffenen Neuanträge stellen. Für Kinder unter 12 Jahren bleibt auch nach der Reform das Einkommen des alleinerziehenden Elternteils weiterhin unerheblich. Der neu eingeführte Anspruch für Kinder zwischen 12 und 18 besteht hingegen nur, wenn das Kind nicht auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen ist oder das Bruttoeinkommen des betreuenden Elternteils mindestens 600,00 € monatlich beträgt. Die befürchteten längeren Bearbeitungszeiten der Anträge blieben weitestgehend aus. Allerdings führten lange Verzögerungen seitens des Gesetzgebers zu Komplikationen: Das Gesetz trat erst durch die Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt vom 18. August 2017 rückwirkend zum 1. Juli 2017 in Kraft, so dass rechtzeitig gestellte Anträge nicht wie geplant und angekündigt zum 1. Juli 2017 bewilligt werden konnten. So wandten sich einige Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem SGB II mit dem Problem an die Bürgerbeauftragte, dass Ihnen die finanziellen Mittel zum Leben fehlten. Das Jobcenter hatte nämlich bereits die erwarteten Unterhaltsvorschussleistungen als Einkommen angerechnet. Diese standen jedoch tatsächlich noch nicht zur Verfügung, weil die Unterhaltsvorschusskassen auf das Inkrafttreten des Gesetzes warten mussten. Hier konnten aber in allen Fällen dank der Zusammenarbeit mit den Jobcentern zufriedenstellende Lösungen gefunden werden, indem die Betroffenen die fehlenden Beträge kurzfristig von den Jobcentern erhielten.

[100] In dem zuvor erwähnten Einzelfall betragen die Kosten einer Schülerfahrkarte zur kreiseigenen Schule 808,80 € pro Schuljahr. Dadurch hätten die Eltern einen Mehrkostenbeitrag in Höhe von 617,40 € zu leisten bevor die Schülerfahrkarte nach Tönning ausgestellt werden kann. Durch die Nutzung der Schulbusse der Stadt Tönning bezahlen die Eltern jedoch nur 540,00 € pro Schuljahr, sodass diese Beförderung sogar deutlich günstiger ist als die Beförderung zur kreiseigenen Schule.

[101] Vgl. Schleswig-Holsteinisches VerwG, Urteil vom 12. Oktober 2016, 9 A 279/15.

[102] Z. B. nehmen Förderzentren nur dann Schülerinnen und Schüler auf, wenn sie in anderen Schularten auch mit besonderen Hilfen nicht ausreichend gefördert werden können (§ 45 Abs. 1 Satz 3 SchulG SH). Dies nachzuweisen, fällt den Eltern häufig sehr schwer.

05
Fallbeispiele

Fall 1
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Jobcenter verweigert 7-köpfiger Familie Zusicherung zur Anmietung einer Wohnung

Im Juli 2017 wandte sich eine entmutigte Familie an die Bürgerbeauftragte, weil das Jobcenter ihren Antrag auf Zusicherung zur Anmietung der von ihr ausgewählten Wohnung abgelehnt hatte. Das Jobcenter begründete seine Entscheidung damit, dass eine Klausel im Mietvertrag die Familie zu sehr in ihren Rechten beschneiden würde. Vermieter und Mieter sollten nämlich für ein Jahr auf das Recht zur ordentlichen Kündigung[102] verzichten. Die gesetzliche Kündigungsfrist[103] von drei Monaten würde damit für den Mieter verlängert werden.

Die siebenköpfige Familie hingegen war sehr froh, nach langer Suche endlich eine passende und kostengünstige Wohnung gefunden zu haben. Somit war es für sie nicht nachvollziehbar, aber vor allem sehr deprimierend, dass das Jobcenter die Zusicherung abgelehnt hatte. Sie selbst fanden sich durch die Kündigungsklausel nicht zu stark benachteiligt.

Die Gerichte stützten diese Ansicht. Denn nach ständiger Rechtsprechung des BGH bleibt ein beidseitiger formularvertraglicher Kündigungsausschluss für eine Dauer von bis zu höchstens vier Jahren wirksam, wenn beide Parteien auf ihr Recht zur ordentlichen Kündigung verzichten.[104] Ein ausgehandelter Kündigungsausschluss wäre nach der Rechtsprechung des BGH nur dann wegen unangemessener Benachteiligung des Mieters unwirksam, wenn die Dispositionsmöglichkeiten des Mieters in Bezug auf Mobilität und Flexibilität in einem nicht erträglichen Maße eingeengt werden würden. Der BGH[105] hatte deshalb z. B. die Unwirksamkeit eines Kündigungsausschlusses von zwei Jahren in einem Mietvertrag über ein Zimmer eines Studenten an dessen Studienort angenommen. Im vorliegenden Fall war aber weder die Zwei-Jahresgrenze überschritten, noch waren andere Gründe ersichtlich, weshalb der Kündigungsverzicht die Mieter unverhältnismäßig benachteiligen sollte. Es lag somit kein berechtigter Grund für das Jobcenter vor, die Zusicherung zur Anmietung der Wohnung abzulehnen.

Die Bürgerbeauftragte setzte sich mit dem Jobcenter in Verbindung und trug die Argumente vor. Sie konnte erreichen, dass die Zusicherung erteilt wurde. Darüber hinaus erfuhr sie, dass die betroffene Kommune parallel ihre Richtlinien so geändert hatte, dass inzwischen auch Mietverträge mit einem Kündigungsausschluss von bis zu zwei Jahren anerkannt werden.

Die Familie war glücklich und konnte die Wohnung anmieten. (2081/2017)

[102] § 573 BGB für Vermieter.
[103] § 573c BGB.
[104] Urteil vom 8. Dezember 2010, VIII ZR 86/10; Urteil vom 23. August 2016, VIIIZR 23/16.
[105] Urteil vom 6. April 2005, VIII ZR 27/04.

Fall 2
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die falsch adressierten Antragsunterlagen

Im Juni 2017 wandte sich eine verzweifelte Bürgerin mit der Bitte um Unterstützung an die Bürgerbeauftragte. Im Verfahren zur Feststellung ihrer Erwerbsfähigkeit war sie – nicht ganz unverschuldet – zwischen die Fronten zweier Ämter geraten und wusste nun nicht mehr, wie sie sich ohne Hilfe aus dieser Lage befreien sollte.

Die Petentin bezog ALG II. Ihre Erwerbsfähigkeit war jedoch vom Jobcenter aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte angezweifelt worden. ALG II können aber nur Erwerbsfähige erhalten (§ 8 Abs. 1 SGB II). Das Jobcenter hatte sich deswegen an das Sozialamt gewandt, um dieses über den Fall zu informieren und gleichzeitig für die Betroffene Leistungen bei Erwerbsminderung[106] zu beantragen. Um ihre Erwerbsfähigkeit feststellen zu können, forderte das Sozialamt die Petentin auf, einen Fragebogen sowie eine Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht auszufüllen und unterschrieben zurückzusenden. Leistungen zum Lebensunterhalt erhielt sie während dieser Zeit weiterhin vom Jobcenter.

Die Petentin hatte dann nachweislich am 21. April 2017 alle notwendigen Unterlagen – allerdings nicht wie gefordert – beim Sozialamt, sondern fälschlicherweise beim Jobcenter eingereicht. Darunter befand sich auch ein Bescheid der Rentenversicherung Nord. Diese hatte den Antrag der Petentin auf Rente wegen Erwerbsminderung am 15. Juli 2016 abgelehnt, weil durch ein medizinisches Gutachten festgestellt worden war, dass doch Erwerbsfähigkeit vorlag. Das Jobcenter aber leitete die eingereichten Unterlagen weder an das Sozialamt weiter, noch informierte es die Bürgerin über ihren Irrtum. Die eingereichten Unterlagen schienen im Jobcenter auch nicht näher geprüft worden zu sein. Ansonsten hätte das Jobcenter erkennen können, dass bereits in dem Verfahren bei der Rentenversicherung Nord die Erwerbsfähigkeit festgestellt worden war und sich somit ein weiteres Verfahren zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit erübrigen würde, weil sich das Krankheitsbild der Petentin nicht verändert hatte.

Das Sozialamt, welches von dem Gutachten und den anderen Unterlagen keine Kenntnis erhalten hatte, lehnte am 1. Juni 2017 dann den Antrag wegen fehlender Mitwirkung ab. Als das Jobcenter von der Ablehnung des Antrages erfuhr, forderte es die Petentin auf, die benötigten Unterlagen umgehend beim Sozialamt einzureichen. Sollte sie der Aufforderung nicht nachkommen, würden die Geldleistungen entzogen werden. Die Petentin verstand die Welt nicht mehr, da sie die Unterlagen ihrer Meinung nach bereits beim zuständigen Amt eingereicht hatte. Ihre eigenen Versuche, die Situation zu klären, scheiterten, da die Unterlagen tatsächlich nicht beim Sozialamt vorlagen und das Jobcenter davon überzeugt war, die Unterlagen nicht zu haben.

Die Bürgerbeauftragte setzte sich umgehend mit dem Sozialamt in Verbindung und erläuterte die durch den Irrtum der Bürgerin entstandene Problemlage. Sie verständigte sich mit der zuständigen Sachbearbeiterin darauf, die geforderten Unterla-

[106] § 43 Abs. 1 SGB XII.

gen per Fax zu übersenden. Sie wies insbesondere auf die Entscheidung der Rentenversicherung Nord bezüglich der bereits festgestellten Erwerbsfähigkeit hin. Aufgrund dieser Unterlagen wurde der Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII wegen fehlender Erwerbsunfähigkeit abgelehnt. Das Jobcenter akzeptierte die Entscheidung des Sozialamtes und leistete schließlich weiter ALG II. Die Bürgerin war glücklich, dass sie weiterhin als Erwerbsfähige beim Jobcenter geführt wurde und so auch weiterhin eine Chance auf eine Integration in den Arbeitsmarkt hatte. (1895/2017)

Fall 3
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Geschwisterkinderwagen – Einjährige Kinder müssen eben laufen

Eine Familie wandte sich im Sommer 2017 an die Bürgerbeauftragte, weil die Bewilligung einer einmaligen Beihilfe für die Beschaffung eines Geschwisterkinderwagens abgelehnt worden war. Das Jobcenter begründete seine Entscheidung damit, dass bereits Anfang 2016 eine einmalige Beihilfe für einen Kinderwagen bewilligt worden war und der damals angeschaffte Kinderwagen nun weiter verwendet werden müsse. Ein zusätzlicher Kinderwagen stelle daher keinen notwendigen Bedarf für eine Erstausstattung bei Geburt[107] da. Vielmehr handele es sich um einen Ergänzungsbedarf, der aus der Regelleistung bestritten werden müsse.

Bei der Entscheidung hatte das Jobcenter jedoch den Sachverhalt nicht umfassend gewürdigt. Die Familie hatte bereits zwei Kinder, wobei das zweite Kind nur etwas über ein Jahr alt war. Die Entscheidung des Jobcenters hätte also bedeutet, dass das neugeborene Kind im alten Kinderwagen hätte transportiert werden können, während das zweite Kind aber alle Wege zu Fuß hätte zurücklegen müssen. Dies war schlichtweg unmöglich.

Die Bürgerbeauftragte wandte sich daher an das Jobcenter, um eine Korrektur der Entscheidung zu erreichen. Dabei machte sie deutlich, dass auch ein zweiter, einsitziger Kinderwagen – dies war ebenfalls angedacht worden – natürlich keine Hilfe sei, sondern tatsächlich ein Geschwisterkinderwagen benötigt werde, um die beiden jüngeren Kinder gleichzeitig zu transportieren.

Das Jobcenter bewilligte dann umgehend die Mittel für einen Geschwisterkinderwagen. (2381/2017)

[107] Anspruchsgrundlage ist § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB **II**, dem jedoch keine Hinweise zum Leistungsumfang zu entnehmen sind.

Fall 4
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Kein Anspruch für Hilfeempfänger auf eine warme Dusche im Winter?

Anfang des Berichtsjahres wandte sich eine Leistungsempfängerin hilfesuchend an die Bürgerbeauftragte, nachdem in ihrer Wohnung die Warmwasserversorgung infolge eines Rohrbruchs ausgefallen war.

Durch den Ausfall musste die Betroffene in einem ortsansässigen Verein kostenpflichtig duschen, wodurch ihr Kosten in nicht unerheblicher Höhe (z. B. für den Eintritt, Fahrtkosten etc.) entstanden waren.

Da die Betroffene selbst keine Absicherung durch eine entsprechende Versicherung für einen solchen Fall hatte, versuchte sie zunächst, den Schaden durch den Vermieter beheben zu lassen. Als dieser sich weigerte, senkte sie die Miete, um die Kosten, die für das auswärtige Duschen anfielen, tragen zu können. Zudem bemühte sie sich um eine andere Wohnung.

Das zuständige Jobcenter senkte in der Folge jedoch den Bedarf für Unterkunft und Heizung entsprechend der Mietminderung und lehnte den Antrag der Hilfesuchenden auf Übernahme der Kosten unter Verweis auf die Regelleistung ab.

Nach Ansicht der Bürgerbeauftragten handelt es sich jedoch nicht um Kosten für Körperpflege, sondern um Kosten, die entweder zum Bereich Heizkosten gehören oder um Kosten, die zumindest als Mehrbedarf anzuerkennen sind (§ 21 Abs. 6 SGB II). Unabhängig von der Rechtsgrundlage hätte daher das Jobcenter die Kosten als Zuschuss übernehmen müssen.

Die Bürgerbeauftragte nahm Kontakt zum Jobcenter auf und wies auf die schwierige Situation der Betroffenen hin, andernfalls im Winter ohne Warmwasser duschen oder sich waschen zu müssen. Da das Jobcenter nicht dazu bereit war, der Hilfeempfängerin übergangsweise Hilfestellungen zu geben, blieb der Betroffenen nur der Weg vor das Sozialgericht. Dieses lehnte nach Angaben der Petentin jedoch eine Kostentragungspflicht des Jobcenters durch Beschluss ab. Begründet wurde das Ergebnis damit, dass zum Duschen nicht notwendigerweise Warmwasser erforderlich sei und es daher für die Kostenübernahme keine Rechtsgrundlage im SGB II gebe.

Nach Ansicht der Bürgerbeauftragten zeigt dieser Fall sehr deutlich, wie stark die gesetzlichen Regelungen zum Teil an der Lebenswirklichkeit von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern vorbeigehen. Es steht wohl außer Frage, dass eine Person mit dem entsprechenden Einkommen den Schaden zunächst selbst behoben hätte, um im Winter regelmäßig warm duschen zu können. Einem Leistungsbeziehenden, der nicht die Geldmittel für eine Selbstvornahme hat, wird die Möglichkeit warm zu duschen dagegen als für die Sicherung des Existenzminimums nicht notwendig abgesprochen. (815/2017)

Fall 5
Arbeitsförderung

Arbeitslosengeld – Ein Missverständnis mit Folgen

Anfang des Jahres rief eine Petentin bei der Bürgerbeauftragten an, weil ihr Antrag auf Arbeitslosengeld abgelehnt worden war. Zur Begründung hatte die Bundesagentur für Arbeit angegeben, dass sie in den letzten zwei Jahren vor dem Beginn der Arbeitslosigkeit weniger als 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sei und daher die Anwartschaftszeit nicht erfüllt habe (vgl. §§ 142, 143 SGB III). Dies konnte die Petentin nicht nachvollziehen, weil sie nach ihren Berechnungen in den letzten zwei Jahren vor der Arbeitslosigkeit Arbeitsverträge mit einer Gesamtdauer von etwas mehr als 15 Monaten eingegangen war.

Die Bürgerbeauftragte schilderte daher den Sachverhalt der Bundesagentur für Arbeit. Diese bestätigte zwar, dass der Arbeitgeber der Petentin Arbeitsbescheinigungen über einen Zeitraum von etwas mehr als 15 Monaten ausgestellt hatte. Entscheidend sei jedoch nicht die Gesamtdauer der Arbeitsverträge, sondern die Gesamtdauer der Beschäftigungsverhältnisse. Hierzu hatte die Petentin im Antrag auf Arbeitslosengeld angegeben, dass sie nach der Geburt ihres zweiten Kindes, Mitte November 2015, die Arbeit nicht wieder aufgenommen, aber auch kein Kind erzogen bzw. betreut habe, obwohl sie in Elternzeit gegangen war.

Diese Aussage hatte den zuständigen Sachbearbeiter irritiert und er übersandte der Petentin einen entsprechenden Vordruck[108] mit der Bitte, ihre im Antrag gemachte Angabe zu überdenken. Zeiten der Kindererziehung können nämlich als versicherungspflichtige Zeiten berücksichtigt werden (§ 26 Abs. 2a SGB III). Die Petentin übermittelte den Vordruck an die Bundesagentur für Arbeit erneut, ohne jedoch ihre Angaben zu korrigieren. Daraufhin wurde der Ablehnungsbescheid gefertigt, weil Zeiten der Kindererziehung nicht als versicherungspflichtige Zeiten berücksichtigt werden konnten und die Anwartschaftszeit somit deutlich nicht erfüllt worden war.

Die Bundesagentur für Arbeit erklärte sich aber bereit, der Petentin erneut den Antragsvordruck zu übersenden, damit die Angaben doch noch korrigiert werden können. Die Bürgerbeauftragte rief daraufhin die Petentin an und erläuterte den aktuellen Sachstand. Die Petentin gab an, ihr sei zum einen der Unterschied zwischen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis nicht deutlich gewesen und zum anderen hatte sie zeitweise für einige Stunden auch eine Tagesmutter für das zweite Kind gehabt. Deswegen hatte sie im Ergebnis die Frage nach den Erziehungszeiten verneint und gedacht, dass die Antwort keine Rolle spielen würde.

Nachdem die Petentin schließlich die entscheidende Frage korrekt beantwortet hatte, wurde ihr rückwirkend zum 1. Dezember 2016 Arbeitslosengeld bewilligt und nachgezahlt. (245/2017)

[108] Zusatzblatt „Zeiten der Kindererziehung".

Fall 6
Arbeitsförderung

Rückforderung von Arbeitslosengeld – Schuld hat zunächst immer der Bürger

Ein Petent wandte sich im Februar 2017 an die Bürgerbeauftragte, weil er ein Anhörungsschreiben von der Agentur für Arbeit erhalten hatte. Inhaltlich ging es um die Prüfung, ob Arbeitslosengeld in Höhe von 3.022,24 € sowie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in einer Gesamthöhe von 1.078,99 € zurückgefordert werden sollten. Zur Begründung hatte die Bundesagentur für Arbeit pauschal angegeben, dass der Petent in seinem Antrag vom 5. September 2016 zumindest grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe. Der Petent war sich keiner Schuld bewusst und hatte seinen finanziellen Ruin vor Augen. Er bat die Bürgerbeauftragte zunächst darum, die Hintergründe aufzuklären.

Die Bürgerbeauftragte wandte sich daher an die Bundesagentur für Arbeit, um zu erfahren, welche konkreten Vorwürfe dem Petenten gemacht werden. Sie erfuhr, dass das Arbeitslosengeld seinerzeit abschließend bewilligt worden war, weil der Petent im Antrag angegeben hatte, dass er vom 25. Januar 1999 bis zum 16. Oktober 2016 bei einem dänischen Arbeitgeber in einem durchgehenden Beschäftigungsverhältnis gestanden habe. Diese Angaben wurden von der dänischen Behörde in der PD U1[109] und vom Arbeitgeber im Vordruck EOS 7[110] bestätigt.

Der Petent hatte dann wegen der Höhe des Arbeitslosengeldes – ohne Hilfe und Kenntnis der Bürgerbeauftragten – Widerspruch eingelegt. Im Laufe des Widerspruchsverfahrens ergaben sich Unklarheiten, die zu einer Nachfrage beim dänischen Leistungsträger[111] führten. Dabei kam heraus, dass die Beschäftigungszeiten offenbar durch Zeiten von dänischem Krankengeldbezug unterbrochen worden waren, die nach Ansicht der Bundesagentur für Arbeit gerade nicht zur Erfüllung der Anwartschaftszeit herangezogen werden können.[112] Aus Sicht der Bundessagentur für Arbeit war deswegen die erforderliche Anwartschaftszeit insgesamt nicht erfüllt worden, weil der Petent in den letzten zwei Jahren vor Beginn der Arbeitslosigkeit nicht mindestens 12 Monate in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden habe (vgl. §§ 142 f. SGB III). In der Folge müssten daher auch die bewilligten Leistungen zurückgefordert werden.

Die Bürgerbeauftragte teilte dem Petenten das Ergebnis ihrer Ermittlungen mit. Dieser zeigte sich erstaunt und erbost zugleich. Er gab an, dass er gegenüber den Mitarbeitern der Bundesagentur für Arbeit mehrfach auf die Zeiten mit Krankengeldbezug hingewiesen habe. Außerdem sei auf einer Seite der PD U1 von einer Sachbearbeiterin handschriftlich vermerkt worden, dass der Bezug von Krankengeld zu beachten sei. Diesen Hinweis habe er dann unterschrieben. Im Übrigen habe er die falschen Angaben in der PD U1 nicht zu verantworten, sondern die dänische Behörde. Die Bürgerbeauftragte bat den Petenten dann, eine Kopie des Antrages zu übersenden.

[109] Die PD U1 ist ein Formular, in dem eine ausländische Behörde verbindlich die Beschäftigungszeiten und die Höhe des Verdienstes einträgt.

[110] Vordruck, in dem der dänische Arbeitgeber die Rahmendaten des Beschäftigungsverhältnisses angibt.

[111] Styreslen for Arbejdsmarked og Rekruttering in Kopenhagen.

[112] Zu diesem Streit vgl. LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 16. Oktober 2015, L3 AL 8/14 und Tätigkeitsbericht 2015, S. 32.

Aus diesem ging hervor, dass die Beschäftigungszeiten der letzten fünf Jahre eingetragen werden sollten und hierzu die Erläuterungen zum Antrag zu beachten seien. Der Petent hatte dann entsprechend angegeben, dass er durchgehend als Schlachter beschäftigt gewesen war. Angaben zum Krankengeldbezug fehlten jedoch. Es war aber für den Laien aus dem Text des Antrages nicht erkennbar, dass solche Zeiten hätten angegeben werden müssen. Dies wurde erst unter Zuhilfenahme der Erläuterungen deutlich. Auf Nachfrage erklärte der Petent hierzu, dass ihm diese gar nicht ausgehändigt worden seien. Zudem habe er gedacht, dass das Beschäftigungsverhältnis durchgehend bestehen würde, weil er ja immer einen Arbeitsvertrag gehabt habe. Auf der PD U1 war dann der handschriftliche Vermerk der Sachbearbeiterin zum Krankengeldbezug mit der Unterschrift des Petenten deutlich zu erkennen.

Nach abschließender Bewertung der Sach- und Rechtslage kam die Bürgerbeauftragte zu dem Ergebnis, dass dem Petenten nicht vorgeworfen werden könne, er habe grob fahrlässig falsche Angaben gemacht. Vielmehr lagen der Agentur für Arbeit ausreichende Hinweise für einen Bezug von dänischem Krankengeld vor. Diese habe daher durchaus die Möglichkeit gehabt, von Anfang an eine aus ihrer Sicht[113] korrekte Entscheidung zu treffen. In der Folge wurde eine entsprechende Stellungnahme gegenüber der Bundesagentur für Arbeit abgegeben. Diese verzichtete schließlich auf eine Rückforderung und sprach dem Petenten Vertrauensschutz zu (vgl. § 45 Abs. 2 SGB X). Zum einen habe er nicht erkennen können, dass ihm kein Arbeitslosengeld zustand, zum anderen habe er auch nicht durch zumindest grob fahrlässig falsche Angaben die Auszahlung der Leistung verursacht. (392/2017)

[113] Nach anderer Ansicht trägt der Bezug von dänischem Krankengeld, genauso wie der Bezug von deutschem Krankengeld, zur Erfüllung der Anwartschaftszeiten bei (vgl. Tätigkeitsbericht 2015, S. 32).

Fall 7
Gesetzliche Krankenversicherung

Das gesamte Einkommen für die Krankenversicherung?

Zu Beginn des Jahres wandte sich eine Heilpraktikerin an die Bürgerbeauftragte, die ihre gesamten Einkünfte für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aufwenden sollte.

Die Petentin hatte Ende Dezember 2016 einen Beitragsbescheid ihrer Krankenkasse erhalten und sollte rückwirkend ab Januar 2015 Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von ca. 390,00 € monatlich zahlen. Der Beitragsrückstand betrug demgemäß fast 9.000,00 €, ab Dezember waren die monatlichen Beiträge fällig.

Die Betroffene war zuvor stets kostenlos über ihren Ehemann familienversichert. Eine Familienversicherung können Ehepartner und Kinder beantragen, wenn sie lediglich einen Minijob haben bzw. unter 435,00 € (Stand 2016: 415,00 €) im Monat verdienen und weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Dies war bei der Petentin zunächst der Fall.

Ende 2016 hatte sie jedoch ihren Steuerbescheid für 2015 erhalten, der Einkünfte von ca. 440,00 € monatlich aufwies; das Einkommen lag daher erstmals leicht über der Einkommensgrenze für eine Familienversicherung. Nach Vorlage des Steuerbescheides musste die Krankenkasse deshalb die Familienversicherung rückwirkend beenden und Beiträge für eine eigene freiwillige Versicherung erheben. Die Kasse hat dabei – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend – unterstellt, dass die Versicherte als Selbständige monatlich 2.178,75 € verdient.

Selbständige müssen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Beiträge auf der Grundlage eines fiktiven monatlichen Einkommens in Höhe von derzeit 4.425,00 € zahlen.[114] Im Jahr 2016 betrug jene sog. Beitragsbemessungsgrenze 4.237,50 €. Werden geringere Einkünfte nachgewiesen, dient ein fiktives Einkommen von mindestens 2.283,75 € (Stand 2016: 2.178,75 €) als Berechnungsgrundlage; in besonderen Härtefällen, u. a. im Fall eines Gründungszuschusses durch die Agentur für Arbeit werden Einkünfte von mindestens 1.522,50 € (Stand 2016: 1.452,50 €) unterstellt.[115]

Die Beitragsberechnung der Krankenkasse war daher auf den ersten Blick plausibel. Insbesondere konnte die Petentin die Voraussetzungen für einen Härtefall nicht erfüllen. Die Bürgerbeauftragte prüfte jedoch weiter, ob die Versicherte nach den maßgebenden Kriterien überhaupt hauptberuflich als Selbständige tätig war oder lediglich Nebeneinkünfte erwirtschaftete. Denn für nebenberuflich Selbständige gilt eine abweichende Mindestbemessungsgrundlage von 1.015,00 € (Stand 2016: 968,33 €).[116]

In der Folge begründete die Bürgerbeauftragte ge-

[114] §§ 240 Abs. 4 Satz 2, 223 Abs. 3, 6 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 4 Abs. 2 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018, BGBl. 2017, Teil I Nr. 74, S. 3779.

[115] §§ 240 Abs. 4 Satz 2, 3 SGB V, 18 Abs. 1 SGB IV, 2 Abs. 1 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018 i. V. m. § 7 Abs. 4, 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes.

[116] §§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, 18 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 4 Abs. 2 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018.

genüber der Krankenkasse, weshalb eine hauptberufliche Selbständigkeit nicht gegeben war. Die Kasse folgte schließlich dieser Einschätzung und korrigierte ihre Beitragsforderungen unter Anwendung der Mindestbemessungsgrundlage. Damit musste die Petentin rückwirkend ab Januar 2015 Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von ca. 170,00 € monatlich bezahlen.

Obwohl die Betroffene etwas erleichtert war, zeigt sich, dass die Beitragsberechnung für freiwillig Versicherte in vielen Fällen ungerecht ist. Freiwillig Versicherten, die mangels Arbeitgeberbeitrag ohnehin die vollständigen Beiträge selbst zahlen müssen, werden aufgrund der gesetzlichen Regelungen Einkünfte unterstellt, die bei Weitem nicht dem tatsächlichen Einkommen entsprechen. Die Bürgerbeauftragte fordert daher erneut[117] eine verhältnismäßige Beitragsfestsetzung für diese Versichertengruppen. Es erschließt sich nicht, weshalb Geringverdiener häufig rechnerisch deutlich mehr als 14,60 % (bzw. 14,00 % ohne Krankengeldanspruch) ihrer Einkünfte zuzüglich Zusatzbeitrag für ihre Krankenversicherung aufwenden müssen, während Personen mit einem sehr hohen Jahreseinkommen lediglich auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze von 4.425,00 € Beiträge zahlen müssen. So könnte die Mindestbeitragsbemessung auf eine Geringfügigkeitsgrenze von 450,00 € abgesenkt und oberhalb dieser Grenze konkret einkommensbezogene Beiträge in Ansatz gebracht werden. (7/2017)

[117] Vgl. Tätigkeitsbericht 2016, S. 32.

Fall 8
Gesetzliche Krankenversicherung

Fünf Wochen ohne Cannabis

Anfang Mai 2017 wandte sich ein schwerkranker Petent an die Bürgerbeauftragte, dessen chronische Schmerzen nach Einschätzung seines Facharztes lediglich mit Cannabis-Öl erträglich gelindert werden konnten. Er hatte sich daher am 1. März 2017 ein Cannabis-Präparat verordnen lassen und bei seiner Krankenkasse die Finanzierung beantragt. Da der Betroffene die Nachrichten aufmerksam verfolgt hatte, stellte er am 9. März 2017 vorsorglich erneut einen Antrag auf Kostenübernahme.

Aufgrund einer Gesetzesänderung zum 9. März 2017 besteht nun ein gesetzlich klar geregelter Anspruch auf Cannabis.[118] Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben danach Anspruch auf Versorgung mit Cannabis, wenn eine Alternative nicht zur Verfügung steht oder nach Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes nicht zur Anwendung kommen kann und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht (§ 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V).

Knapp drei Wochen nach Antragstellung hatte der Petent von seiner Krankenkasse die Nachricht erhalten, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung beauftragt worden sei. Als der Betroffene weitere zwei Wochen später immer noch keinen Bescheid bekommen hatte, bat er die Bürgerbeauftragte um Unterstützung.

Die Bürgerbeauftragte ist nach Prüfung des Vorgangs zu der Überzeugung gelangt, dass der Betroffene allein aufgrund einer sog. Genehmigungsfiktion[119] einen Anspruch auf Kostenübernahme hatte.

Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 haben Krankenkassen über Leistungsanträge innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung zu entscheiden. Die Frist beträgt fünf Wochen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme erforderlich ist und die Versicherten hierüber unterrichtet werden. Kann die Krankenkasse jene Fristen nicht einhalten, muss sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V).

Im Falle des Petenten war die fünfwöchige Frist ergebnislos verstrichen. Eine weitere Mitteilung der Krankenkasse war zuvor nicht erfolgt. Dem Argument der Kasse, zum Zeitpunkt der ärztlichen Verordnung habe es noch gar keinen gesetzlichen Anspruch auf Cannabis im Sinne des Petenten gegeben, trat die Bürgerbeauftragte entgegen: Eine Genehmigungsfiktion tritt nach Auffassung der Bürgerbeauftragten nicht lediglich dann ein, wenn Leistungen begehrt werden, die grundsätzlich vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind. Maßstab ist vielmehr die Frage, ob die beantragten Leistungen aus der Perspektive der Versicherten offensichtlich nicht in

[118] Siehe hierzu auch Berichte aus den Tätigkeitsbereichen, S. 34.
[119] Siehe hierzu auch Fallbeispiel S. 73 f.

Betracht kommen können.[120]

Nachdem die Bürgerbeauftragte eine entsprechende Stellungnahme an die Krankenkasse verfasst und zusätzlich auf den weiteren Antrag des Petenten vom 9. März verwiesen hatte, erhielt der Petent schließlich drei Tage später den Bewilligungsbescheid von seiner Kasse. (1399/2018)

[120] Vgl. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017, Az.: B 1 KR 1/17 R.

Fall 9
Gesetzliche Krankenversicherung / Sozialhilfe

Keine Klassenfahrt für Kinder mit einer Schwerbehinderung?

Im Frühjahr wandte sich die Mutter eines achtjährigen Jungen an die Bürgerbeauftragte, dessen Teilnahme an einer Klassenfahrt nach Föhr wegen seiner Schwerbehinderung zu scheitern drohte.

Der Junge ist an Diabetes erkrankt und leidet unter dem Asperger-Syndrom. Pflegegrad 2, ein Grad der Behinderung von 50 sowie das Merkzeichen H (Hilflosigkeit) sind anerkannt bzw. zugesprochen worden. Das Kind benötigt daher auch in der Schule und auf einer Klassenfahrt aus verschiedenen Gründen eine individuelle Unterstützung.

Die Petentin hatte deshalb einen Antrag auf eine Begleitperson für die Klassenfahrt beim Fachdienst Eingliederungshilfen des Kreises Rendsburg-Eckernförde gestellt. Dieser hatte seine Zuständigkeit verneint und den Antrag an die Krankenkasse des Kindes weitergeleitet, da diese ausschließlich für Leistungen der Krankenbeobachtung zuständig sei. [121]

Der Kreis hatte § 14 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX angewendet. Danach hat der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt wird, innerhalb von zwei Wochen zu prüfen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu, in diesem Fall der Krankenkasse. Der zweitangegangene Träger ist an die Abgabe gebunden und muss zeitnah über den Antrag entscheiden – und zwar nicht nur nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz, sondern nach allen möglichen Anspruchsgrundlagen, § 14 Abs. 2 Satz 1-3 SGB IX. Eine eventuelle Pflicht zur Kostenerstattung zwischen den Trägern folgt dann aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX.[122]

Die Krankenkasse hatte daraufhin sog. Leistungen der häuslichen Krankenpflege bewilligt, jedoch nur für täglich sechs Blutzuckermessungen und Insulingaben. Für eine allgemeine Krankenbeobachtung oder Begleitung sei die Zuständigkeit der Krankenversicherung jedoch nicht gegeben.

Die Petentin stand damit vor unlösbaren Problemen. Einerseits waren die bewilligten Leistungen der Krankenkasse finanziell bei Weitem nicht ausreichend. Andererseits ließ sich auf Föhr kein Pflegedienst finden, der überhaupt eine Betreuung und Versorgung des Kindes übernehmen konnte. Das Kind war daher auf eine Begleitperson vom Festland angewiesen, für die nicht nur die vollständigen Tagessätze, sondern auch Reise- und Übernachtungskosten gezahlt werden mussten. Gespräche mit dem Kreis und der Kasse blieben erfolglos. Auch eine beauftragte Rechtsanwaltskanzlei konnte der Petentin nicht weiterhelfen. Sie beauftragte daher zunächst auf eigene Kosten eine Schulbegleitung und bat die Bürgerbeauftragte um Unterstützung.

Die Bürgerbeauftragte prüfte die Rechtslage und kam zu dem Ergebnis, dass der Kreis durchaus

[121] Siehe hierzu auch Anregungen / Vorschläge, S. 17 f.
[122] Siehe hierzu auch Fallbeispiel, S. 73.

Leistungen hätte bewilligen müssen. Denn nach Auffassung der Bürgerbeauftragten kommen vorrangig Leistungen der Eingliederungshilfe und nicht der Behandlungspflege in Frage, wenn eine Schulbegleitung in erster Linie darauf gerichtet ist, den Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt für ein Kind zu ermöglichen, das z. B. an Diabetes erkrankt ist.[123] Da aufgrund der Weiterleitung jedoch nun die Krankenkasse vollumfänglich über die Teilhabeleistungen entscheiden musste, wandte sich die Bürgerbeauftragte mit einer umfassenden Stellungnahme an diese und verwies auf die Möglichkeit, Erstattungsansprüche gegen den Kreis zu erheben. Da die Kasse überzeugt werden konnte, dass es keine Alternative zu einer Begleitperson für die gesamte Dauer der Klassenfahrt gab, übernahm die Kasse schließlich alle Kosten für die Betreuung und Versorgung einschließlich der Reise- und Übernachtungskosten der Begleitperson.

Die Bürgerbeauftragte hat im Berichtsjahr häufiger erhebliche Probleme bei der Zuständigkeitsklärung zwischen den Fachdiensten der Eingliederungshilfen und den Krankenkassen beobachtet. Diese wurden leider auf dem Rücken der Kinder mit einer Schwerbehinderung und deren Eltern ausgetragen, die ohne Bewilligung einer Schulbegleitung nicht planen konnten und von einer Teilhabe ausgeschlossen waren. Auch hat die Bürgerbeauftragte festgestellt, dass der Inklusionsgedanke bei der Wahl der Ziele für Klassenfahrten oft nicht berücksichtigt wurde. Eine angemessene Betreuung ist auf den Inseln naturgemäß schwieriger zu organisieren als auf dem Festland. Die Bürgerbeauftragte appelliert daher dringend an die Kreise, Anträge auf Eingliederungshilfen, insbesondere für Schulbegleitungen, maßvoll, konstruktiv und praktikabel im Sinne der Betroffenen zu bearbeiten. (1434/2017)

[123] Vgl. LSG Hessen, Beschluss vom 15. März 2017, L 4 SO 23/17 B ER.

Fall 10
Gesetzliche Rentenversicherung

Die groteske Weiterleitung

Im Mai 2017 wandte sich ein ratloser Petent an die Bürgerbeauftragte, der ganz offensichtlich eine medizinische Rehabilitation benötigte. Der Betroffene hatte Ende 2016 einen Arbeitsunfall erlitten, der zunächst auch von seiner Unfallversicherung – der VBG – als solcher anerkannt wurde. In der Folge hatte die VBG zwar nicht die Notwendigkeit weiterer Behandlungen und einer stationären Rehabilitation angezweifelt. Sie vertrat aber die Auffassung, dass die Beeinträchtigungen des Versicherten nicht mehr auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien, sondern auf Vorerkrankungen beruhten. Ein entsprechender Bescheid der VBG war bereits seit Januar 2017 rechtskräftig, der Betroffene hatte diesen akzeptiert.

Auf Empfehlung seiner Krankenkasse stellte der Petent seinen Reha-Antrag daher nicht bei der VBG, sondern bei seiner Rentenversicherungsträgerin, der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese berücksichtigte in keiner Weise die vorangegangenen Entscheidungen der VBG und leitete den Antrag trotz erkennbarer Unzuständigkeit an die Unfallversicherung weiter – allerdings nicht an die VBG, sondern an die BG Verkehr. Bei der BG Verkehr war der Betroffene nie versichert. Dort gab es folglich nicht einmal Daten und eine Versicherungsnummer.

Die Rentenversicherung hatte § 14 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX angewendet. Danach hat der Träger, bei dem ein Reha-Antrag gestellt wird, innerhalb von zwei Wochen zu prüfen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Der zweitangegangene Träger ist an diese Abgabe gebunden und muss zeitnah über den Antrag entscheiden – und zwar nicht nur nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz, sondern nach allen möglichen Anspruchsgrundlagen, § 14 Abs. 2 Satz 1 - 3 SGB IX. Eine mögliche Pflicht zur Kostenerstattung zwischen den Trägern folgt aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX.

Nach zahlreichen erfolglosen Telefonaten mit allen beteiligten Behörden bat der Petent schließlich die Bürgerbeauftragte um Unterstützung.

Die Bürgerbeauftragte gelangte zunächst zu dem Ergebnis, dass letztlich die Rentenversicherung zur Kostenerstattung an die Unfallversicherung verpflichtet wäre, da sie zu Unrecht ihre Zuständigkeit verneint hatte. Daher verfasste die Bürgerbeauftragte eine Stellungnahme an die Rentenversicherung und empfahl aus Gründen der Praktikabilität, den Antrag trotz Weiterleitung doch noch positiv zu bescheiden. Parallel dazu nahm die Bürgerbeauftragte Kontakt zur VBG und zur BG Verkehr auf und bat diese, entsprechende Stellungnahmen an die Rentenversicherung zu übermitteln.

Nach erneuter Prüfung erließ die Rentenversicherung einen positiven Leistungsbescheid, so dass der Petent im Juni seine Rehabilitation endlich beginnen konnte.

Die hier maßgebliche Vorschrift soll der schnellen Klärung des zuständigen Rehabilitationsträgers dienen, damit Versicherte trotz des komplizierten Systems der sozialen Sicherung in kurzer Zeit die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation erhalten. In der Praxis beobachtet die Bürgerbeauftragte jedoch häufig erhebliche Probleme bei der Zuständigkeitsklärung – zu Lasten der Betroffenen.[124] (1613/2017)

[124] Siehe hierzu auch Fallbeispiel, S. 71 f.

Fall 11
Kinder- und Jugendhilfe

Rechtsanspruch KiTa-Platz – Kein Platz für Zwillingspärchen wegen des Fachkräftemangels?

Im Juni 2017 nahm ein berufstätiger Vater von seinerzeit 3 1/2- jährigen Zwillingen Kontakt zur Bürgerbeauftragten auf. Bereits im Oktober 2015 hatte die türkischstämmige Familie beim zuständigen Amt der Stadt um eine Betreuung in einer Kindertageseinrichtung nachgesucht und einen schriftlichen Antrag gestellt. Es wurden insgesamt drei Betreuungswünsche für Einrichtungen mitgeteilt, die in unmittelbarer Wohnortnähe der Familie liegen. Im Dezember 2015 erhielt die Familie dann ein Schreiben der Behörde, dass die Kinder in die Warteliste der gewünschten Einrichtungen aufgenommen wurden. Der Vater fragte immer wieder beim Amt nach, wann den Kindern nun endlich ein Platz zur Verfügung gestellt würde. Dort wurde er jedoch immer wieder vertröstet. Der Vater machte sich große Sorgen um die zukünftige Entwicklung seiner Kinder. Nach seiner Auffassung würden sich die Kinder nur dann richtig entwickeln können, wenn sie auch mit anderen Kindern zusammen kämen.

Die Aufklärung des Sachverhalts und eine Rückfrage beim Fachbereichsleiter Kindertagesstätten ergaben, dass aktuell keine freien Plätze zur Verfügung standen. Es wurde weiter mitgeteilt, dass die Kinder sich auf der sogenannten Rechtsanspruchsliste befänden.[125] Allerdings habe man aufgrund des massiven Personal- bzw. Fachkräftemangels nicht allen Anträgen entsprechen können. Gerade im aktuellen Kindergartenjahr seien die Meldezahlen weit über denen der Vorjahre. Im Übrigen würden im betreffenden Kreis Plätze immer nur zum neuen Kindergartenjahr, also dem 1. August, vergeben werden.

Dem Petenten wurden rechtliche Möglichkeiten aufgezeigt. Der Rechtsanspruch auf einen bedarfsgerechten KiTa-Platz ist gerichtlich durchsetzbar. Unter Umständen haben die Eltern auch einen Anspruch auf Übernahme der Differenzkosten für eine selbstbeschaffte Betreuung in einer Kindertageseinrichtung, wenn die Behörde zuvor aufgefordert wurde, verbindlich zu erklären, wann der Anspruch erfüllt wird und eine Ersatzbeschaffung angekündigt wurde (§ 36a Abs. 3 SGB VIII analog).[126] Des Weiteren kann ggf. auch ein Schadensersatzanspruch aus Amtshaftung[127] in Frage kommen. Die Eltern könnten den Ersatz ihres Verdienstausfalls verlangen, wenn ihren Kindern entgegen vom Kreis kein Betreuungsplatz zur Verfügung gestellt wird und sie deshalb keiner Beschäftigung nachgehen können (§ 24 Abs. 2 und 3 SGB VIII).[128]

Der Vater schrieb daraufhin den Träger der öffentlichen Jugendhilfe an und gab ihm mit einer Frist von einer Woche auf, eine Erklärung abzugeben, dass die Kinder noch im kommenden Kindergartenjahr, also ab August 2017, bei der Vergabe der Plätze berücksichtigt würden. Eine Reaktion erfolgte indes nicht.

[125] Der Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung für Kinder ab drei Jahren ergibt sich aus § 24 Abs. 3 SGB VIII.

[126] Der sog. Sekundäranspruch entsteht dann, wenn der Primäranspruch auf Besuch einer Kindertageseinrichtung nicht erfüllt wird.

[127] Rechtsgrundlage hierfür ist § 839 Abs. 1 Satz 1 BGB i. V. m. Artikel 34 Satz 1 GG; vgl. dazu OVG Sachsen, Urteil vom 14. März 2017, 4 A 280/16 m. w. N.

[128] BGH, Urteil vom 20. Oktober 2016, III ZR 278/15, wegen unterbliebener Bereitstellung eines Betreuungsplatzes für ein Kind unter drei Jahren.

Die Bürgerbeauftragte schaltete sich erneut ein und wandte sich an die Stadt, um eine gerichtliche Auseinandersetzung zu vermeiden. Einen Monat später erhielt die Familie dann die Nachricht, dass für die Zwillinge je ein Elementarplatz[129] in einer städtischen KiTa am Wohnort, vier Kilometer entfernt, zur Verfügung stand.

Die Familie traf aufgrund der großen Verunsicherung – immerhin waren zwischenzeitlich fast zwei Jahre vergangen – jedoch die Entscheidung, die Plätze nicht anzunehmen, da ihnen die Entfernung zu weit war und sie gerade eine andere Lösung gefunden hatten. (1856/2017)

[129] Bei einem Elementarplatz handelt es sich um einen KiTa-Platz für drei- bis sechsjährige Kinder, im Gegensatz dazu handelt es sich um einen sog. Krippenplatz, wenn das Kind noch keine drei Jahre alt ist und in einer Tageseinrichtung betreut wird.

Fall 12
Schwerbehindertenrecht

Trotz eindeutiger Befundberichte – Eine eindeutig falsche Entscheidung

Im Mai 2017 wandte sich eine Petentin in der Angelegenheit ihres Bruders an die Bürgerbeauftragte, weil sie und ihr Bruder mit einer Entscheidung des Landesamtes für soziale Dienste (LAsD) nicht einverstanden waren. Sie berichtete, dass ihr Bruder seit einigen Jahren an einer Herzerkrankung litt, und wegen dieser Erkrankung vom Landesamt im Jahr 2014 ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 festgestellt worden war.

Aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung der anerkannten Gesundheitsstörung und weiterer Erkrankungen wie Adipositas und Gicht mit Gelenkbeteiligung hatte der Petent beim LAsD einen höheren GdB, die Feststellung der weiteren Gesundheitsstörungen sowie die Zuerkennung des Merkzeichen G[130] beantragt.

Das LAsD berücksichtigte eine Verschlimmerung des Herzschadens und die weiteren Gesundheitsstörungen und stellte einen GdB von 50 fest. Die Zuerkennung des Merkzeichens G wurde jedoch mit der Begründung abgelehnt, dass nach den medizinischen Unterlagen eine erhebliche Gehbehinderung nicht vorliege. Der Petent sei in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr nicht erheblich beeinträchtigt. Diese Entscheidung konnte der Petent nicht nachvollziehen. Er erhob Widerspruch, wandte sich mit der Bitte um Unterstützung an die Bürgerbeauftragte und bat um eine Überprüfung der Entscheidung.

Nach Durchsicht der entscheidungsrelevanten Unterlagen stellte die Bürgerbeauftragte fest, dass die Befundunterlagen der Krankenhäuser nicht richtig berücksichtigt und ausgewertet worden waren. Die Gesundheitsstörungen des Petenten, insbesondere die Schwere des Herzschadens, wurden in diesen Berichten ausführlich und detailliert beschrieben. Es ging eindeutig daraus hervor, dass der Petent ab November 2016 an einer Herzinsuffizienz mit Schweregrad drei[131] und ab Januar 2017 mit Schweregrad vier erkrankt sei.

Nach der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung – Teil D – ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr vor allem bei Herzschäden mit Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach Schweregrad drei anzunehmen.

Die Bürgerbeauftragte informierte das LAsD über das Ergebnis ihrer Prüfung. Sie wies zur Ergänzung ihrer Darlegungen zudem auf einen aktuellen Kurzbericht der Hausärztin hin und bat darum, die getroffene Entscheidung im Hinblick auf die Zuerkennung des Merkzeichens G zu überprüfen. Dieser Bitte folgte das LAsD und erkannte das Merkzeichen G zu. (1616 /2017)

[130] Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.
[131] Schweregradeinteilung, eins = leicht, vier = schwer.

Fall 13
Sozialhilfe/Grundsicherung

Die verhinderte Inklusion: Kreis verweigert junger Frau mit Hörschädigung die Übernahme von Umzugskosten

Am 30. Dezember 2016 wandte sich die Mutter einer 28-jährigen, hochgradig hörgeschädigten jungen Frau (GdB 100, Merkzeichen Gl, H, G, RF[132]) ratsuchend an die Bürgerbeauftragte, da der Antrag ihrer Tochter auf Kostenübernahme für den geplanten Umzug nach Hamburg abgelehnt worden war.

Eine Prüfung der Unterlagen ergab, dass die junge Frau bislang in einer Kleinstadt im ambulant betreuten Wohnen gelebt hatte und fortlaufend Grundsicherung nach dem 4. Kapitel des SGB XII bezog. Parallel dazu erhielt sie Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung durch den Kreis. Die zuständige Hilfeplanerin aus dem Bereich Eingliederungshilfe war mit der jungen Frau, die bislang völlig isoliert gelebt hatte, übereingekommen, dass sie in das ambulant betreute Wohnen nach Hamburg umziehen sollte, da dort eine Betreuung durch Fachkräfte für Menschen mit einer Hörbehinderung stattfindet, die die Gebärdensprache beherrschen und sich auch in der Hörgeschädigtenpädagogik auskennen. Hinzu kam, dass in dem Wohnprojekt in Hamburg die einzige, ebenfalls hörgeschädigte Freundin der Petentin lebt und es in Hamburg durch den Verband für Hörgeschädigte ein deutlich breiteres Angebot an Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe gibt, an dem die junge Frau bislang aufgrund der Entfernung und schlechten Verkehrsanbindung nur sporadisch teilnehmen konnte.

Die Ablehnung der beantragten Umzugskosten in Höhe von ca. 110,00 € für die Anmietung eines Umzugstransporters hatte das Amt damit begründet, dass der Umzug nach Hamburg sozialhilferechtlich nicht „notwendig“ sei und der Sozialhilfeträger den anstehenden Umzug nicht veranlasst habe.

Die Zustimmung zum Umzug ist zu erteilen, wenn der Umzug durch den Träger veranlasst oder aus anderen Gründen notwendig ist und die neue Wohnung angemessen ist (§ 35 Absatz 2 Satz 6 SGB XII). Die Angemessenheit war im vorliegenden Fall völlig unproblematisch gegeben, da die neue Wohnung sogar monatlich 54,00 € günstiger war als die alte und deutlich unter den Mietrichtwerten für eine Einzelperson in Hamburg wie auch im Kreis lag.

Streitig war damit allein die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit[133] des Umzugs. Diese bestimmt sich danach, ob der Umzug durch den Sozialhilfeträger veranlasst worden ist oder ob für den Umzug ein plausibler, nachvollziehbarer und verständlicher Grund vorliegt, von dem sich auch ein Nichtleistungsempfänger leiten lassen würde. Davon ausgehend haben sich in Literatur und Rechtsprechung im Laufe der Zeit unterschiedliche Fallgruppen herausgebildet, bei denen von einer Notwendigkeit des Umzugs auszugehen ist.[134] Eine ist z. B. der Umzug aus gesundheitlichen oder dringenden persönlichen Gründen. Diese Konstellation war nach

[132] Erläuterung zu den Merkzeichen: Gl = gehörlos; H = Hilflos, d h. die Person bedarf für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf eines jeden Tages dauernd fremder Hilfe; G = gehbehindert, wobei die Voraussetzung auch erfüllt sein kann, wenn die Orientierungsfähigkeit erheblich gestört ist; RF = Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht.

[133] Zur Erklärung: § 35 SGB XII spricht von „Notwendigkeit“, wo hingegen § 22 SGB II a. F. lange Zeit von „Erforderlichkeit“ sprach.

[134] Vgl. Berlit in: Nomos Kommentar SGB XII, 10. Auflage 2015, § 35 Rdnr. 90, 92 m. w. N.

Auffassung der Bürgerbeauftragten auch im vorliegenden Fall aufgrund der schwerwiegenden Hörschädigung der jungen Frau und den damit verbunden sozialen Schwierigkeiten gegeben. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten kam hinzu, dass der Umzug mittelbar – und zwar durch die Entscheidung der Eingliederungshilfe des Kreises, die einen Umzug nach Hamburg befürwortete – sogar vom Träger selbst veranlasst worden war. Schließlich muss der Kreis gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern als Einheit auftreten und darf Betroffene nicht durch widersprüchliche Entscheidungen unterschiedlicher Fachdienste finanzielle Nachteile zufügen.

Die Bürgerbeauftragte half der Petentin daher beim Verfassen des Widerspruchs und nahm überdies Anfang Januar 2017 Kontakt zu der Stadtverwaltung auf, welche die Ablehnung ausgesprochen hatte. Dort zeigte man zwar Verständnis für die Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten, äußerte jedoch, dass die Fachaufsicht des Kreises die Zustimmung unter Verweis auf eine Arbeitsempfehlung[135] zu den Kosten der Unterkunft verweigert hatte, weil ein vergleichbarer Fall dort nicht aufgelistet worden sei. Eine nähere Betrachtung der Arbeitsempfehlung durch die Bürgerbeauftragte ergab allerdings, dass dort unter Punkt 6.2.1 sehr wohl „gesundheitliche Gründe“ als Umzugsgründe aufgeführt waren und zudem ein Punkt „besondere Gründe im Einzelfall“ quasi als Auffangtatbestand vorhanden war. Auch die Arbeitsempfehlung stellte aus Sicht der Bürgerbeauftragten damit kein Hindernis dar, die Umzugskosten zu bewilligen.

Die Bürgerbeauftragte entschied sich daher, zum Leiter des Fachbereichs Jugend, Familie, Schulen und Soziales des Kreises, dem sowohl der Fachdienst Eingliederungshilfe als auch der Fachdienst Soziale Leistungen unterstehen, Kontakt aufzunehmen und eine Klärung auf informellem Wege herbeizuführen. Der Fachbereichsleiter zeigte hieran jedoch keinerlei Interesse und verwies die Bürgerbeauftragte auf das förmliche Verwaltungsverfahren. Parallel dazu legte der Kreis den Fall der Fachaufsicht des Landes im Sozialministerium zur Prüfung vor, woraufhin die Bürgerbeauftragte dem Ministerium ihre Rechtsauffassung ebenfalls mitteilte.

Das Ministerium prüfte den Sachverhalt und kam zu dem Ergebnis, dass der Kreis bei seiner Ermessensentscheidung insbesondere das Recht auf Freizügigkeit nach Art. 11 GG, den Wunsch nach behindertengerechtem Wohnraum oder einem barrierefreien sozialen Umfeld nicht ausreichend gewürdigt habe. Es gab die Angelegenheit daher mit der Maßgabe zurück an den Kreis, die fachaufsichtlichen Hinweise nunmehr bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.

Ende April 2017 – die junge Frau war inzwischen längst nach Hamburg umgezogen – hatte der Kreis trotz Antwort des Ministeriums immer noch nicht über den Widerspruch entschieden. Die Bürgerbeauftragte nahm daher erneut Kontakt zum Kreis auf und bat um zeitnahe Entscheidung unter Hinweis auf die aus ihrer Sicht eindeutige Positionierung des Ministeriums.

[135] Arbeitsempfehlung KdU, Stand: 1. November 2014, Seite 39 von 66.

Der Kreis ließ sich weitere vier Wochen Zeit, bis er Ende Mai endlich über den Widerspruch entschied – allerdings nicht im Sinne der Petentin. Der Widerspruch wurde vielmehr mit der Begründung zurückgewiesen, dass der Umzug zwar ggf. wünschenswert aber „niemals notwendig oder erforderlich im Sinne einer Alternativlosigkeit“ gewesen sei. Vielmehr sei die junge Frau ausreichend mobil, um von ihrer bisherigen, barrierefreien Wohnung Angebote für Gehörlose in Hamburg wahrzunehmen.

Die Bürgerbeauftragte hielt diese Entscheidung für rechtswidrig und erörterte mit der Petentin daher die Möglichkeit einer Klage vor dem Sozialgericht. Die enttäuschte Petentin war allerdings des Streitens müde und entschied sich – auch vor dem Hintergrund des relativ geringen Streitwertes – dazu, auf eine Klage zu verzichten. Die Bürgerbeauftragte konnte dies nachvollziehen. Das Verhalten des Kreises findet sie allerdings mehr als beschämend und fragt sich, wie weit der Inklusionsgedanke im Jahre 2017 überhaupt in die Verwaltungspraxis einzelner Kommunalverwaltungen vorgedrungen ist. Denn wenn in einem Fall, in dem es um nicht einmal 110,00 € geht, so engagiert gegen und nicht für den Menschen mit Behinderung gearbeitet wird, wie wird dann erst in anderen, kostenintensiveren Fallkonstellationen vorgegangen? Die Bürgerbeauftragte nimmt diesen Fall zum Anlass, die kommunalen Träger dazu aufzurufen, ihre Arbeitsanweisungen zur Notwendigkeit des Umzugs zu überprüfen und ggf. dahingehend anzupassen, dass ausdrücklich auch die Belange von Menschen mit Behinderung als Umzugsgründe aufgeführt werden. (3646/216)

Fall 14
BAföG

Der unbekannte Härtefreibetrag

Im Mai 2017 bat eine Auszubildende die Bürgerbeauftragte um Überprüfung ihres BAföG-Bescheids. Sie hatte die Information erhalten, dass Waisenrenten seit Anfang des Jahres nicht mehr als Einkommen angerechnet werden dürfen, und hoffte nun, dass ohne Anrechnung der Halbwaisenrente ein höheres BAföG gezahlt werden würde.

Sie schilderte zudem, dass sie große Schwierigkeiten habe, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln die Kosten (Versicherung, Steuern und Benzin- und Werkstattkosten) für ihren Pkw, den sie dringend für die Ausbildung benötigte, zu decken. Ferner sei sie auch wegen einer Behinderung zwingend auf ihren Pkw angewiesen, um die Berufsschule besuchen zu können. Eine Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sei dagegen wegen der Behinderung nicht möglich.

Grundsätzlich ist eine Waisenrente als anrechenbares Einkommen im BAföG zu berücksichtigten. Dabei ist ein jedoch Freibetrag in Höhe von 180,00 € zu beachten (§ 23 Abs. 4 Nr. 1 BAföG). Diese Regelung hatte sich Anfang des Jahres aber nicht geändert. Die Berechnungen des BAföG-Amtes waren daher korrekt. Im Ergebnis wurde deshalb von der Waisenrente in Höhe von 265,10 € ein Betrag von 85,10 € als Einkommen angerechnet.

Die Bürgerbeauftragte wies die Auszubildende aber darauf hin, dass auf gesonderten Antrag ein weiterer Teil des Einkommens der Auszubildenden (höchstens jedoch 260,00 € monatlich) anrechnungsfrei gestellt werden kann, soweit dies zur Deckung besonderer Kosten[136] der Ausbildung erforderlich ist, die nicht durch den „normalen“ Bedarfssatz[137] gedeckt sind (§ 23 Abs. 5 BAföG).

Die Auszubildende stellte sodann einen Antrag auf den Härtefreibetrag mit den erforderlichen Nachweisen über die entstandenen Kosten. Im Juni meldete sich die Auszubildende erneut und berichtete erfreut, dass wegen des Freibetrages auch die 85,10 € nicht mehr als Einkommen angerechnet werden. (1640/2017)

[136] Besondere Kosten der Ausbildung sind nicht gedeckte Mehraufwendungen, z. B. für Schulgelder, Studien- und Prüfungsgebühren, sofern sie nicht bereits als Werbungskosten Berücksichtigung gefunden haben. Die Notwendigkeit der Aufwendungen ist nachzuweisen (Verwaltungsvorschrift zu § 23 BAföG, 23.5.1).

[137] Durch den Bedarfssatz gedeckt sind z. B. Ausgaben für Arbeits- und Lernmittel, Exkursionen oder Praktika.

Fall 15
Schulangelegenheiten

Zuweisung zu einem DaZ-Zentrum

In der zweiten Hälfte des Berichtsjahres wandte sich eine rumänische Familie über eine Dolmetscherin an die Bürgerbeauftragte.

Nachdem die Eltern mit ihren drei Kindern nach Deutschland gekommen waren, sollten die beiden schulpflichtigen Kinder (sechs und sieben Jahre) in verschiedenen Schulen in sogenannten „DaZ-Klassen“[138] unterrichtet werden. Da es der hoch schwangeren Mutter jedoch nicht möglich war, beide Kinder rechtzeitig zum Unterrichtsbeginn zu den Schulen zu bringen, beantragte die Familie die Zuweisung zu einer gemeinsamen Schule.

Das Schulamt konnte aufgrund der geringen Kontingente und wegen der hohen Schülerzahlen eine gemeinsame Beschulung jedoch nur an einer Schule ermöglichen, die über drei Kilometer entfernt und mit öffentlichen Verkehrsmitteln schlecht zu erreichen war.

Da die hochschwangere Mutter auch noch das dritte Kind (vier Jahre) zu betreuen hatte, stellte diese Zuweisung für die Familie eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Hinzu kam, dass die Familie zu dieser Zeit parallel vor Gericht um Grundsicherungsleistungen kämpfte und daher nicht wusste, wie sie die Busfahrten finanzieren sollte.

Die Bürgerbeauftragte nahm daraufhin mit der zuständigen Kreisfachberaterin im Schulamt Kontakt auf. Diese besprach den Fall mit dem Schulrat und konnte schließlich eine Zuweisung beider Kinder zu einer fußläufig gut erreichbaren Schule im Rahmen einer Härtefallentscheidung erreichen. (2816/2017)

[138] Vgl. Internetauftritt der Landesregierung: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/S/sprachbildung/daz.html: „Kinder und Jugendliche mit keinen oder äußerst geringen deutschen Sprachkenntnissen erhalten zunächst eine intensive Sprachbildung in den DaZ-Zentren („Deutsch als Zweitsprache“).“ (...) „Schülerinnen und Schüler nichtdeutscher Herkunftssprache erhalten so eine umfangreiche Sprachbildung. Sie sollen in Schulen aller Schularten im Rahmen einer durchgängigen Sprachbildung so gefördert werden, dass sie erfolgreich am Unterricht teilnehmen können und lernen, die deutsche Sprache in Wort und Schrift zu beherrschen.“

Fall 16
Unterhaltsvorschussgesetz

Kein Unterhaltsvorschuss nach einem One-Night-Stand?

Eine alleinerziehende Mutter wandte sich an die Bürgerbeauftragte, weil sie nicht verstehen konnte, warum die Unterhaltsvorschusskasse ihren Antrag auf Leistungen abgelehnt hatte. Das Amt begründete die Ablehnung mit der fehlenden Mitwirkung der Petentin. Sie habe zumutbare Nachforschungen nicht angestellt, um die Identität des Kindsvaters herauszufinden. Auch habe sie widersprüchliche Angaben zum Geschehen am Zeugungstag gemacht. Schließlich habe sie durch ihr Verhalten eine Situation geschaffen, in der die Feststellung der Kindsvaters aussichtslos sei, vergleichbar mit der Situation einer anonymen Samenspende.

Das Problem der Petentin war, dass sie bei einem One-Night-Stand ungewollt schwanger geworden war und den Kindsvater nicht näher kannte. Sie hatte diesen in einer Diskothek kennengelernt, als sie sich an einem Wochenende zu Besuch bei ihrer Schwester in einem anderen Bundesland aufhielt. Am selben Abend hatte sie unter Alkoholeinfluss geschützten (Kondom) Geschlechtsverkehr mit einem ausländischen Mann. Von diesem erfuhr sie lediglich seinen Vornamen und dass er sich aus beruflichen Gründen nur vorübergehend in Deutschland aufhalten würde. Weitere Informationen über seine Identität waren ihr nicht bekannt.

Ein Anspruch auf Unterhaltsvorschuss besteht grundsätzlich für jedes Kind, das bei einem seiner Elternteile lebt, der alleinerziehend ist (§ 1 UVG). Der Anspruch ist jedoch ausgeschlossen, wenn sich der alleinerziehende Elternteil weigert, die Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Unterhaltsvorschussgesetzes (z. B. Ermittlung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des familienfernen Elternteils) erforderlich sind, oder bei der Feststellung der Vaterschaft oder des Aufenthaltsortes des anderen Elternteils mitzuwirken (§ 1 Abs. 3 UVG).

Mit der Schaffung des UVG wollte der Gesetzgeber den Schwierigkeiten alleinerziehender Eltern begegnen, die dadurch entstehen, dass sich der andere Elternteil den Zahlungsverpflichtungen gegenüber seinem unterhaltsberechtigten Kind entzieht, hierzu nicht in der Lage ist oder ein Elternteil verstorben ist.[139] Damit ist der Unterhaltsvorschuss keine typische Sozialleistung, die an einen individuellen Bedarf anknüpft. Er soll vielmehr die ausfallende Mindestleistung des unterhaltspflichtigen Elternteils ersetzen. Der Gesetzgeber hat die öffentliche Unterhaltsleistung daher als „Vorschuss“ konzipiert. Sie erfolgt in der grundsätzlichen Erwartung, den geleisteten Betrag von dem säumigen, zum Barunterhalt verpflichteten anderen Elternteil zurückzuholen.[140]

Die Fallgruppe des unbekannten Kindsvaters wurde dabei vom historischen Gesetzgeber nicht gesehen. Einen Leistungsausschluss der Betroffenen sieht das Gesetz selbst aber nicht vor. Daher wird von den Ämtern teilweise versucht, diese Fallgruppe durch das Rechtsinstitut der „fehlenden Mitwirkung“ zu lösen (§ 1 Abs. 3 UVG).

[139] BT-Drs. 8/1952, S. 7.
[140] BT-Drs. 8/1952, S. 7.

Besonders irritierend wirkte dabei der Vorwurf der Behörde, der geschilderte Sachverhalt sei mit dem einer anonymen Samenspende vergleichbar. Nach der Rechtsprechung des BVerwG besteht ein Anspruch nicht, wenn der Elternteil, bei dem das Kind lebt, durch ein bewusstes und gewolltes Verhalten vor der Geburt des Kindes eine Situation schafft, in der die Feststellung der Vaterschaft und damit die des barunterhaltspflichtigen anderen Elternteils von vorneherein aussichtslos ist – wie im Fall der heterologen Insemination mittels einer anonymen Samenspende.[141] Zwar hatte die junge Frau sich bewusst und gewollt dazu entschieden, mit einem ihr unbekannten Mann Geschlechtsverkehr zu praktizieren. Sie hatte aber verhütet und damit versucht, eine Schwangerschaft zu vermeiden. Deshalb kann erst recht nicht davon ausgegangen werden, dass sie sich der Folgen ihrer Handlung zum damaligen Zeitpunkt bewusst war und diese gar gewollt hatte. Es entbehrt auch jeglicher rechtlicher Grundlage, dass ein Anspruch bereits dann ausgeschlossen sein soll, wenn sich der antragstellende Elternteil lediglich dem Risiko aussetzt hat, eine Situation zu schaffen, in der ein Rückgriff auf den zum Barunterhalt verpflichteten Elternteil unmöglich ist.

Die Behörde warf ihr auch vor, nicht alles Notwendige getan zu haben, um die Identität des Kindsvaters selbst festzustellen. Nach Ansicht des BVerwG ist die Leistung zu versagen, wenn der alleinerziehende Elternteil nicht das seinerseits Mögliche und Zumutbare tut, um den Unterhaltsanspruch der Kinder gegen den anderen Elternteil festzustellen und durchsetzen zu lassen.[142] Das Amt erwähnte im Ablehnungsbescheid aber mit keinem Wort, welche tatsächlich vorhandenen, zumutbaren und erfolgversprechenden Maßnahmen zur Identitätsfeststellung des Kindsvaters die Frau hätte durchführen sollen. Zu berücksichtigen ist hier auch, dass der Kindsvater, genau wie die Mutter, nur zu Besuch in der Gegend gewesen war und es keine gemeinsamen Bekannten gab. Suchaufrufe oder Aushänge in der Diskothek sind im Übrigen nicht zumutbar. Problematisch ist dabei insbesondere, dass die ungewollte Schwangerschaft nach einem One-Night-Stand in diesem Kontext eben auch nur eine Frau treffen kann. Dies hieße – folgt man der Logik der Behörde – dass eine Frau nicht unter den gleichen Bedingungen Sex haben kann wie ein Mann. Dies ist in Zeiten der Gleichberechtigung durchaus als diskriminierend zu bewerten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass der Unterhaltsvorschuss vorrangig dem Kind zugutekommt. Das Kind aber ist völlig unschuldig an den Umständen seiner Zeugung und leidet dennoch unmittelbar unter der verschlechterten finanziellen Situation.

Wie im vorliegenden Fall auch, kommt es bei den Befragungen der Mütter oft zu unangenehmen und peinlichen Situationen. Denn die Behörde steht vor der Aufgabe, herauszufinden, ob die Kindsmutter tatsächlich den Vater nicht kennt oder ob sie dieses lediglich vorgibt. Die junge Frau war durch das Verhalten der Behörde in diesem Verfahren so sehr abgeschreckt, dass sie nach der Ablehnung des Widerspruchs nicht mehr den Mut und die Kraft hatte,

[141] BVerwG, Urteil vom 16. Mai 2013, Az. 5 C 28/12.
[142] BVerwG, Urteil vom 21. November 1991, 5 C 13/87.

Klage beim Sozialgericht zu erheben. Sie fürchtete, dass sich dies im gerichtlichen Verfahren wiederholen könnte. Dringend notwendig ist deshalb eine klare Regelung des Gesetzgebers zur zumutbaren Mitwirkung in diesen Fallkonstellationen, die den Müttern und auch den Behördenmitarbeitern derartige Situationen erspart und Rechtssicherheit bietet.[143] (1278/2017)

[143] Vgl. Anregungen und Vorschläge, S. 21.

06
Statistiken

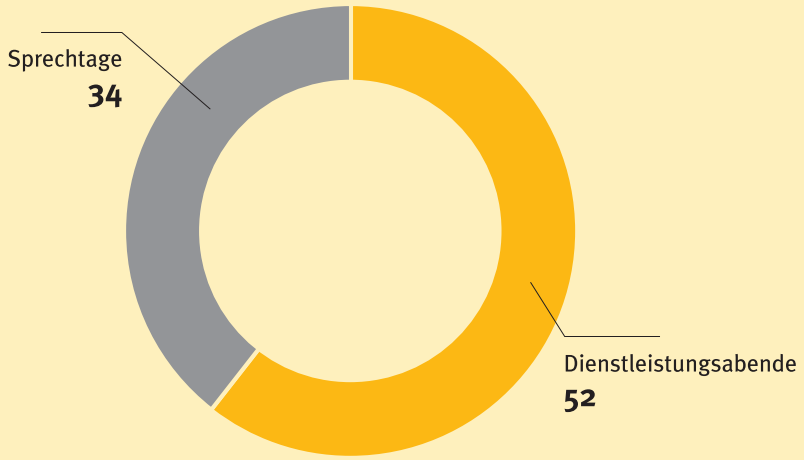
6.1
Anzahl der Gesamtneueingaben
mit Angaben/Darstellung zur Verteilung auf die verschiedenen Sachgebiete

	2017 absolut	2017 %
Arbeitsförderung	159	4,6
Grundsicherung für Arbeitsuchende	870	25,0
Kindergeld/Kinderzuschlag	136	3,9
Krankenversicherung	577	16,6
Rentenversicherung	229	6,6
Recht der Rehabilitation und Teilhabe	267	7,7
Sozialhilfe	406	11,7
Sonstige Rechtsgebiete	585	16,8
Unzulässige Eingaben	248	7,1
Gesamt	**3.477**	**100,0**

6.2
Entwicklung Eingaben nach Sachgebiet
dargestellt im Vergleich zu den letzten zwei Jahren

	2015 absolut	2016 absolut	2017 absolut
Arbeitsförderung	142	153	159
Grundsicherung für Arbeitsuchende	890	876	870
Kindergeld/Kinderzuschlag	159	133	136
Krankenversicherung	353	450	577
Rentenversicherung	199	226	229
Recht der Rehabilitation und Teilhabe	275	277	267
Sozialhilfe	450	423	406
Sonstige Rechtsgebiete	603	523	585
Unzulässige Eingaben	256	262	248
Gesamt	**3.327**	**3.323**	**3.477**

6.3
Sprechtage und Dienstleistungsabende



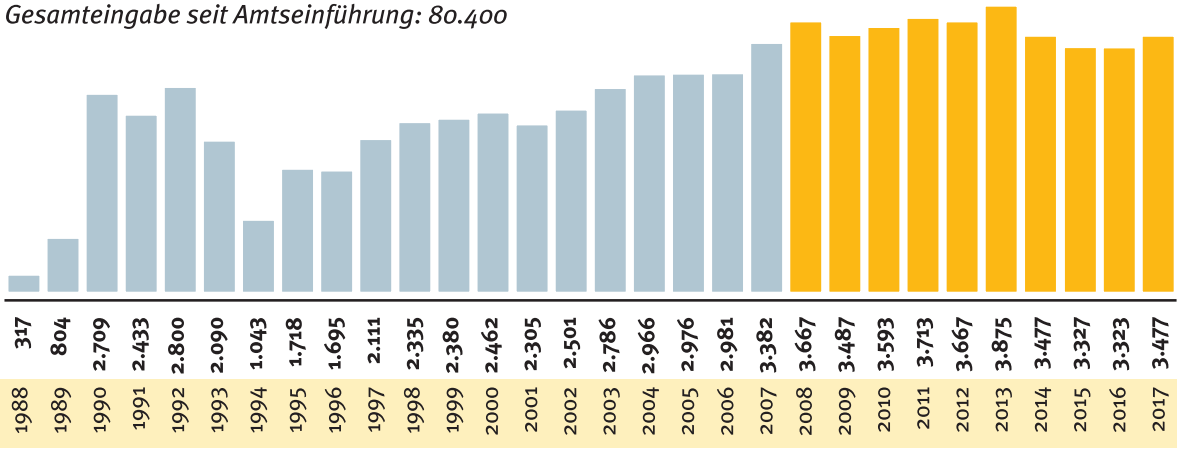
6.4
Eingaben nach Schwerpunkt der Beratung

	2015 absolut	2015 %	2016 absolut	2016 %	2017 absolut	2017 %
schriftlich (inkl. elektronisch)	589	17,7	582	17,5	522	15,0
persönlich	356	10,7	332	10,0	358	10,3
telefonisch	2.382	71,6	2.409	72,5	2.597	74,7

6.5
Eingaben nach PetentIn

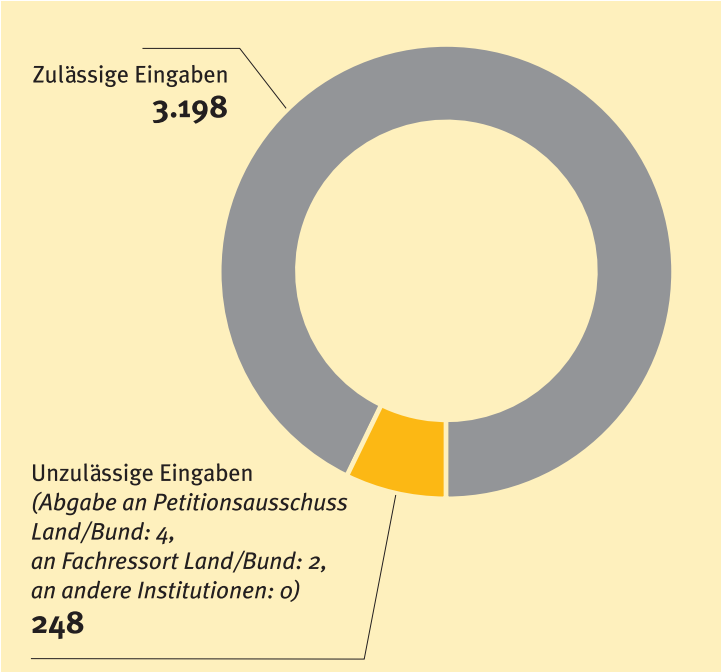
	2015 absolut	2015 %	2016 absolut	2016 %	2017 absolut	2017 %
männlich	1.168	35,1	1.170	35,2	1.248	35,9
weiblich	2.130	64,0	2.124	63,9	2.200	63,3
Trans/Ident	–	–	–	–	1	–
Petentengruppe (min. 3 Personen)	29	0,9	29	0,9	28	0,8
Gesamt	**3.327**		**3.323**		**3.477**	

6.6
Entwicklung der absoluten jährlichen Eingabenzahlen 2008 bis 2017
und Angabe zur Gesamtanzahl der jährlichen Neueingaben seit Einrichtung des Amtes 1988.
Gesamteingabe seit Amtseinführung: 80.400



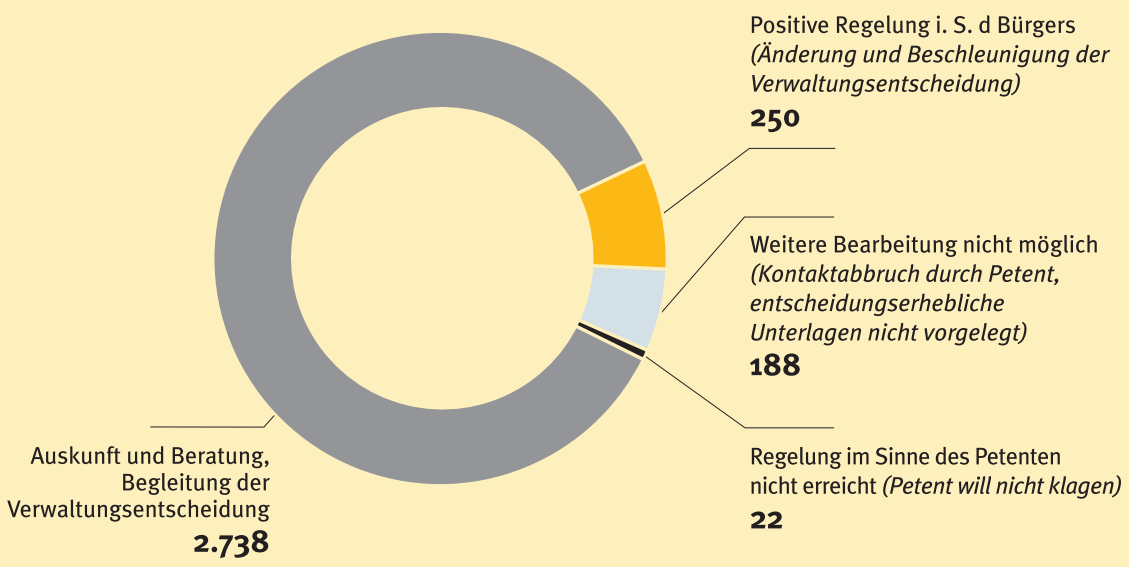
6.7
Abschließend bearbeitete Eingaben im Berichtsjahr mit Erledigungsart

6.7.1
Abschließend bearbeitete Eingaben differenziert nach zulässig/unzulässig
Zu bearbeitende Eingaben:
3.477 + Resteingaben Vorjahr (71) = 3.548
Im Berichtsjahr 2017:
3.446 erledigte Eingaben (100 %)



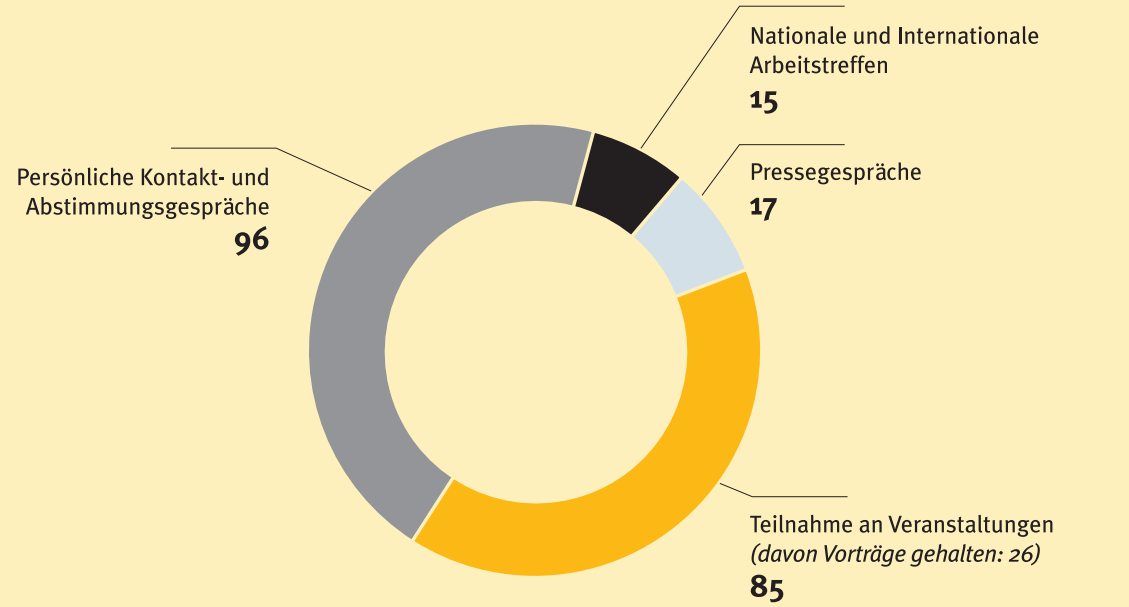
6.7.2

Abschließend bearbeitete zulässige Eingaben differenziert nach Erledigungsart
Zulässige Eingaben 2017: 3.198



6.8

Öffentlichkeitsarbeit



08
Geschäftsverteilungsplan (Stand 10.04.2018)

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten und Beauftragte für die Landespolizei			
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Bürgerbeauftragte	Samiah El Samadoni	B	1230
Stellvertreter der Bürgerbeauftragten	N. N.	B 1	1232
Vorzimmer	Birgit Kornold-Lembke (TZ)	BV	1231

Stabsstelle BS			
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referent	Thomas Richert	BS	1232
Vertretung	Dennis Bunge	ADS	1233

Aufgaben	Bearbeitung
Grundsatzüberlegungen zur strategischen Ausrichtung und Weiterentwicklung der Dienststelle, insbesondere · Beobachtung der rechtlichen Entwicklungen in allen Bereichen des Sozialrechts · Erstellung von Rechtsgutachten zu Einzelfragen · Fertigung von grundlegenden Arbeitshilfen für die Referentinnen und Referenten · Fertigung von Handreichungen sowie Aufsätzen und Inhalten für den Webauftritt der Bürgerbeauftragten Projekt: Evaluation der Arbeit der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten aus Sicht der Petentinnen und Petenten Wissenschaftliche Aufbereitung von Grundsatzangelegenheiten und besonderen Themen zum Bürger- und Polizeibeauftragtengesetz, ggf. Koordinierung von Studien Unterstützung bei komplexen rechtlichen Fragestellungen, die sich aus den allgemeinen Arbeitsabläufen der Dienststelle ergeben (bspw. bei komplexen Vergabeverfahren) Koordinierung Einführung E-Akte · Arbeitsförderung · Grundsicherung für Arbeitsuchende · Kindergeld und Kinderzuschlag	

Referat B 1	Petitionsbearbeitung, Grundsatzangelegenheiten der Dienststelle, Büroleitung		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referatsleitung	N. N.	B 1	
Vertretung	Dennis Bunge	ADS	1233
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Eva Kohl	B 11	1279
	Christine Mohr	B 12	1237
	Christian Nowak	B 13	1234
	Franziska Rüst	B 14	1235
	Susanne Schroeder	B 15	1238
	Birgit Bolduan (TZ)	B 16	1241
	Sabine Sieveke	B 17	1240
	Kirsten Bluhm (TZ)	B 18	1245
	Stefanie Schuchardt (TZ)	B 19	1245
	Irina Rümmeli (TZ)	B 20	1236
	Johanna Heiser	B 21	1249

Aufgaben	Bearbeitung
· Grundsatzangelegenheiten der Dienststelle · Entscheidung über die Zulässigkeit von Eingaben · Vorbereitung des Tätigkeitsberichtes · Verbindung zu Verbänden und Organisationen sowie zum kommunalen Bereich · Koordinierung zum Petitionsausschuss, zum Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung und zu den Landesfachressorts · Grundsatzfragen SGB IX	N. N.
· Feststellungsverfahren nach SGB IX · Landesblindengeld · Befreiung/Ermäßigung Rundfunkbeitrag · Elterngeld · Wohngeld · Parkerleichterungen in Schleswig-Holstein für Menschen mit bestimmten Mobilitätseinschränkungen · Behinderten- und Schwerbehindertenrecht	Schroeder
· Öffentlichkeitsarbeit	N. N. /Bolduan
· Internet-Redaktion/gestalterische Konzeption · Organisation von Veranstaltungen (Fachtagungen, Foren, Ausstellungen) · Erstellen von Informationsmaterial und Dokumentationen · Organisation von Außenterminen · Haushaltsangelegenheiten · Innerer Dienstbetrieb · Besuchskommission	Bolduan
· Administrator VIS · Anmeldung · Assistenz- und Schreibdienst · Bürgertelefon · Dokumentation · Materialbeschaffung · Registratur · Statistik	Sieveke
· Assistenz- und Schreibdienst · Sekretariat	Schuchardt/ Bluhm
· Assistenz- und Schreibdienst · Bücherei · Liegenschaftsangelegenheiten · Sekretariat	Rümmeli

Arbeitsbereich B 11	Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referentin	Eva Kohl	B 11	1279
Vertretung	Johanna Heiser	B 21	1249
Aufgaben			**Bearbeitung**
· Sozialhilfe, insbesondere Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Eingliederungshilfe · Soziale Pflegeversicherung · Asylbewerberleistungsgesetz · Bundesteilhabegesetz · Grundsatzangelegenheiten Asylbewerberleistungs- und Bundesteilhabegesetz einschließlich der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Anwendungshilfen · Sonstige soziale Angelegenheiten im Zuständigkeitsbereich der kommunalen Selbstverwaltung			Kohl

Arbeitsbereich B 12	Grundsicherung für Arbeitsuchende, BAföG, Soziale Pflegeversicherung		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referentin	Christine Mohr	B 12	1237
Vertretung	Franziska Rüst	B 14	1235
Aufgaben			**Bearbeitung**
· Grundsatzfragen SGB II · Grundsicherung für Arbeitsuchende · BAföG · Unterhaltsvorschuss			Mohr

Arbeitsbereich B 13	Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referent	Christian Nowak	B 13	1234
Vertretung	Susanne Schroeder	B 15	1238
Aufgaben			**Bearbeitung**
· Gesetzliche Krankenversicherung · Gesetzliche Rentenversicherung · Gesetzliche Unfallversicherung · Zusatzversorgung der VBL (Betriebsrente) · Beihilfen im öffentlichen Dienst im Zuständigkeitsbereich des Landes			Nowak

Arbeitsbereich B 14	Grundsicherung für Arbeitsuchende, Soziales Entschädigungsrecht, Schulangelegenheiten		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referentin	Franziska Rüst	B 14	1235
Vertretung	Christine Mohr	B 12	1237
Aufgaben			**Bearbeitung**
· Grundsicherung für Arbeitsuchende · Grundsatzfragen SGB II · Soziales Entschädigungsrecht · Schulangelegenheiten			Rüst

OKJ	Beschwerdestelle für Kinder und Jugendliche		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referentin und fachliche Koordinierung	Johanna Heiser	B21	1249
Vertretung	Eva Kohl	B 11	1279
Sachbearbeiter	Kay Sellmer	B 22	1246

Aufgaben	Bearbeitung
· Information und Beratung in der Kinder- und Jugendhilfe · Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit · Zusammenarbeit mit Verbänden, Vereinigungen, Jugendämtern und Einrichtungen · Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht · Koordination der Aufgabenerledigung	Heiser
· Kinder- und Jugendhilfe · Kindertagesstättengesetz · Schulbegleitung nach SGB VIII	Heiser / Sellmer

ADS	Antidiskriminierungsstelle		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referent	Dennis Bunge	ADS	1233
Vertretung	Thomas Richert	BS	1232

Aufgaben	Bearbeitung
· Information und Beratung von Bürgerinnen und Bürgern über ihre Ansprüche nach dem AGG und die Möglichkeit ihrer rechtlichen Durchsetzung sowie Herbeiführung von gütlichen Einigungen · Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit · Aufbau und Ausbau eines landesweiten Netzwerkes zum Thema Diskriminierung und Prävention sowie Unterstützung lokaler Netzwerke · Erstellung des Tätigkeitsberichts · Organisation der und Zusammenarbeit mit Verbänden, Vereinigungen und Einrichtungen	Bunge

BP	Beauftragte für die Landespolizei		
	Name	Kenn-Nr.	Telefon
Referentin	Anja Fritzler-Klatt (TZ)	BP 2	1131
Sachbearbeiterin	Heide von Petersdorff	BP 1	1248

Aufgaben	Bearbeitung
· Bearbeitung der Beschwerden und Eingaben · Öffentlichkeitsarbeit · Erstellung des Tätigkeitsberichtes · Organisation und Zusammenarbeit mit dem Innenministerium, den Polizeibehörden, Verbänden und sonstigen Einrichtungen	Fritzler-Klatt/ von Petersdorff

09

Abkürzungsverzeichnis

A	
a. a. O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
a. F.	alte Fassung
aG	außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen im Schwerbehindertenrecht)
ALG I	Arbeitslosengeld
ALG II-VO	Arbeitslosengeld II / Sozialgeld-Verordnung
AO	Abgabenordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
Az.	Aktenzeichen
B	
B	Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson (Merkzeichen im Schwerbehindertenrecht)
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAB	Berufsausbildungsbeihilfe
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BEK	Barmer Ersatzkasse
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BhV	Beihilfevorschriften
BKGG	Bundeskindergeldgesetz
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BRi	Begutachtungsrichtlinien (Pflegeversicherung)
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz (gültig bis 31.12.2004)
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
Buchst.	Buchstabe
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BüG	Bürgerbeauftragten-Gesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BZST	Bundeszentralamt für Steuern
bzw.	beziehungsweise

D	
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DVO	Durchführungsverordnung
E	
EKS	Einkommenserklärung bei selbständiger Tätigkeit
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	und so weiter
EU	Europäische Union
EuMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
F	
f.	folgende
ff.	fortfolgende
G	
G	erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen im Schwerbehindertenrecht)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Gesetzliche Krankenversicherung)
GdB	Grad der Behinderung
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
Gl	Gehörlosigkeit (Merkzeichen im Schwerbehindertenrecht)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
GVOBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt

H	
H	Hilflosigkeit (Merkzeichen im Schwerbehindertenrecht)
I	
i. d. R.	in der Regel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
info also	Informationen zum Arbeitslosen- und Sozialhilferecht (Zeitschrift)
i. V. m.	in Verbindung mit
K	
KdU	Kosten für Unterkunft und Heizung
KiTaG	Kindertagesstättengesetz
KiZ	Kinderzuschlag
L	
LAsD	Landesamt für soziale Dienste
LT- Drs.	Landtagsdrucksache
LSG	Landessozialgericht
M	
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Bundes-verbandes der Krankenkassen
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
N	
n. F.	neue Fassung
P	
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
R	
Rn.	Randnummer
RSV	Regelsatzverordnung
RV	Rentenversicherung
S	
SchulG	Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz
S.	Seite
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebentes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SoSi	Soziale Sicherheit (Zeitschrift)
Steuer-ID	Steueridentifikationsnummer
T	
TK	Techniker Krankenkasse
U	
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
V	
Vers-MedV	Versorgungsmedizinverordnung
vgl.	vergleiche
Z	
z. B.	zum Beispiel
ZfF	Zeitschrift für Fürsorgewesen

10
Stichwortverzeichnis

V

W

Z

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten
des Landes Schleswig-Holstein

Karolinenweg 1
24105 Kiel
Telefon: (0431) 988-1240
www.buergerbeauftragte-sh.de