SCHLESWIG-
HOLSTEINISCHER
LANDTAG

Bürgerbeauftragte für
soziale Angelegenheiten

Tätigkeitsbericht 2018

der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein

Tätigkeitsbericht 2018

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

Juni 2019

01
Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
sehr geehrte Interessierte,

im Jahr 2018 gab es einen runden Geburtstag zu feiern: Das Amt der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein ist 30 Jahre alt geworden! Am 1. Oktober 1988 hatte der damalige Ministerpräsident Björn Engholm mit Eugen Glombig den ersten Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten ernannt, der damals auch zugleich Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung war. Dieses Ereignis wurde am 6. November 2018 mit dem Festakt „30 Jahre Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten – Für die Menschen – Für die Demokratie“ im Landeshaus begangen. In den bis dahin 30 Jahren der Beratung und Unterstützung für die Menschen in Schleswig-Holstein wurden insgesamt fast 85.000 Petitionen bearbeitet – eine stolze Bilanz! Es war für die Bürgerbeauftragte und ihr Team sowie für alle ehemaligen Amtsinhaber*innen und Mitarbeiter*innen ein starkes Zeichen der Wertschätzung ihrer Arbeit, dass zahlreiche Abgeordnete und Regierungsmitglieder sowie Partner*innen aus dem Sozialbereich der Einladung zu den Feierlichkeiten gefolgt waren. Diese Wertschätzung gibt allen Mitarbeiter*innen neue Kraft und Motivation, auch in Zukunft für die hilfebedürftigen Menschen in Schleswig-Holstein da zu sein.

Ein weiteres wichtiges Ereignis im Jahr 2018 fand auf Landesebene bisher aber noch nicht genug Beachtung: Am 2. August 2018 entschied der Bundesgerichtshof, dass insbesondere Sozialleistungsträger*innen nicht nur zur Beratung der Bürger*innen, sondern darüber hinaus zur Betreuung der Betroffenen verpflichtet sind (BGH, Urteil vom 02.08.2018 – III ZR 466/16). Der Entscheidung des Gerichts zufolge sind die sozialen Sicherungssysteme mittlerweile so kompliziert, dass ein*e Träger*in von sich aus eine umfassende Fürsorge- und Betreuungspflicht bezüglich aller denkbaren Sozialleistungen hat. Dabei kann es den Bürger*innen nicht einmal zugemutet werden, der Behörde hierzu Fragen zu stellen, setzen diese Fragen doch bereits eine Fachkunde voraus, die den Menschen nicht unterstellt werden kann. Kommen die Behörden diesen Pflichten, die im Sozialgesetzbuch normiert sind, nicht nach, drohen grundsätzlich auch Amtshaftungsansprüche, wenn den Bürger*innen hierdurch ein Schaden entsteht. Es wäre sehr wünschenswert, wenn diese Entscheidung die Behörden stärker motivieren könnte, die Bürger*innen besser, umfassender und auch verständlicher zu beraten.

Ein Thema wird für die Bürgerbeauftragte im Jahr 2019 sein, sich mit der Behandlung von komplexen, langen Beschwerdeverfahren bei Behörden zu befassen. Einerseits können den Behörden unter Umständen hierdurch Wege aufgezeigt werden, wie Verwaltungsarbeit bürgerfreundlicher gestaltet und verbessert werden kann. Andererseits wird es auch darum gehen, sich mit dem Phänomen zu befassen, dass wenige Einzelfälle von Beschwerden – die häufig auch über Jahre keiner abschließenden Lösung zugeführt werden können – überproportional viele Ressourcen bei den Behörden beanspruchen. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten ist noch unklar, was genau zur Entstehung dieser komplexen Beschwerden führt und wie diese frühzeitig erkannt und angemessen bearbeitet werden können. Es erscheint sehr wichtig, gerade bei den heute oft knappen Ressourcen der Behörden auch gute und effiziente Wege im Umgang mit diesen Beschwerden zu finden. Zu diesem Thema wird voraussichtlich im Herbst oder Winter 2019 eine Veranstaltung der Bürgerbeauftragten für die Sozialbehörden in Schleswig-Holstein stattfinden.

Nachdem die Petitionen an die Bürgerbeauftragte im Jahr 2017 etwas zugenommen hatten, sind im aktuellen Berichtsjahr 2018 mit 3.272 Eingaben wieder etwas weniger Petitionen an die Bürgerbeauftragte gerichtet worden. Auf fast gleichbleibend hohem Niveau bleiben dabei die Petitionen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, die mit 543 Eingaben in 2018 den zweitstärksten Themenbereich bei der Bürgerbeauftragten ausmachen. Die Zahlen hatten sich von 353 Eingaben im Jahr 2015 kontinuierlich nach oben entwickelt. Am stärksten bleibt aber, trotz leicht fallender Anzahl, der Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit 814 Petitionen im Jahr 2018. Weitere Zahlen und Statistiken sowie eine ausführliche Darstellung zu den thematischen Schwerpunkten der geleisteten Unterstützung finden Sie im anliegenden Tätigkeitsbericht.

Mein Dank für die Arbeit im letzten Jahr gilt insbesondere meinem Team, das sich immer wieder mit viel Engagement und hoher fachlicher Kompetenz den Herausforderungen der Beratung und Unterstützung der Menschen in sozialen Angelegenheiten stellt.

Samiah El Samadoni
Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten

Auch allen anderen Akteur*innen, die immer wieder die Arbeit der Bürgerbeauftragten im Berichtsjahr unterstützt haben, möchte ich danken. Auch Sie haben damit letztlich den hilfebedürftigen Bürger*innen mit ihren Anliegen geholfen.

Ich freue mich auch künftig über Ihre Unterstützung und eine gute Zusammenarbeit im Sinne der Menschen in Schleswig-Holstein!

Ihre

Samiah El Samadoni

02

Inhaltsverzeichnis

03
Anregungen und Vorschläge

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

1. SGB II (Bildungs- und Teilhabepaket): Übernahme der Kosten für ein digitales Endgerät als „Erstausstattung Schule“

Rechtslage: Ein für den Schulunterricht benötigtes digitales Endgerät (z. B. Notebook oder Tablet) ist von der Pauschale zum persönlichen Schulbedarf nach § 28 Abs. 3 SGB II nicht umfasst. Denn zur persönlichen Schulausstattung gehören neben Schulranzen, Schulrucksack und Sportzeug insbesondere die für den persönlichen Ge- und Verbrauch bestimmten Schreib-, Rechen- und Zeichenmaterialien.[1] Ausnahmsweise kann eine darlehensweise Gewährung für erhöhte Ausgaben wegen eines unabweisbaren Bedarfs[2] beispielsweise von Tablets in Betracht kommen, sofern diese erhöhten Bedarfe nicht aus dem normalen Regelbedarf gedeckt werden können (§ 24 Abs. 1 Satz 1 SGB II).

Problem: Ein Tablet, Computer oder Notebook wird oft schon in der Grundschule für Hausaufgaben oder zur Kommunikation mit der Schule benötigt. Das SGB II bietet allerdings keine klare Anspruchsgrundlage für die Anschaffung eines für die Teilhabe am Unterricht und die Vor- und Nachbereitung des Unterrichts dringend benötigten digitalen Endgerätes, die den Bedarf von Schüler*innen in ausreichendem Maße berücksichtigt. Die Pauschale für den persönlichen Schulbedarf beträgt seit 2009 unverändert 100,00 € pro Schuljahr und ist, selbst ohne Einbeziehung eines digitalen Endgerätes in die Berechnungen, völlig unzureichend.[3] Im Regelsatz werden lediglich 2,88 € monatlich für derartige Anschaffungen für den privaten Bereich berücksichtigt.[4] Einige Sozialgerichte versuchen, das Problem über § 21 Abs. 6 SGB II (analog) zu lösen.[5] Denn es kommt leider immer wieder vor, dass die Kosten von den Jobcentern nicht – auch nicht darlehensweise – übernommen werden. Schüler*innen aus einkommensschwachen Haushalten sind damit

[1] BT-Drucks. 17/3404, S. 104 f.
[2] Unabweisbar ist ein Bedarf, den das Gesetz nicht vorsehen oder pauschal regeln konnte, der aber zur Sicherung des Lebensunterhalts zwingend erforderlich erscheint.
[3] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 11 f.; auch die geplante Erhöhung auf 150,00 € pro Schuljahr ist für die Anschaffung eines entsprechenden Geräts nicht ausreichend.
[4] Leistungsberechtigte vom Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (Regelbedarfsstufe 5) im Rahmen des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes 2017, RBEG, BGBl. 2016, S. 3159.
[5] SG Hannover, Beschluss vom 6. Februar 2018, Az.: S 68 AS 344/18 ER; SG Gotha, Urteil vom 17. August 2018, Az.: S 26 AS 3971/17.

immer wieder im Hinblick auf ihre Teilhabe an Bildung benachteiligt.

Lösung: Es ist notwendig, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die unmissverständlich klarstellt, dass die Ausstattung mit einem digitalen Endgerät zu schulischen Zwecken als Zuschuss zu erfolgen hat. Denn der Schulunterricht, der den Schüler*innen digitale Kompetenzen und Kenntnisse vermitteln soll, und die Abwicklung des gesamten Schulbetriebes sind ohne digitale Endgeräte heutzutage nicht mehr denkbar. Dieser Anspruch könnte als „Erstausstattung Schule“ in § 24 Abs. 3 SGB II zusätzlich zu den dort bereits aufgelisteten Sonderleistungen eingefügt werden.

2. SGB VIII / KiTaG: Bessere Information bei fehlendem KiTa-Platz

Rechtslage: Seit dem 1. August 2013 besteht ein verbindlicher Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege für Kinder ab dem ersten Geburtstag (§ 24 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Dieser Rechtsanspruch erweitert den seit 1996 bestehenden Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung für Kinder ab dem dritten Geburtstag. Diese Ansprüche richten sich gegen die Kreise und kreisfreien Städte, die ggf. einen entsprechenden Platz in einer KiTa oder in der Tageseinrichtung nachweisen müssen. Die Kreise und kreisfreien Städte sind als Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch verpflichtet, Eltern, die diese Leistungen in Anspruch nehmen wollen, über das Platzangebot im örtlichen Einzugsbereich und die pädagogische Konzeption der Einrichtungen zu informieren und sie bei der Auswahl zu beraten (§ 24 Abs. 5 Satz 1 SGB VIII).

Problem: Im Bereich der Kinder unter drei Jahren gibt es in Schleswig-Holstein 19.553 Plätze für die frühkindliche Förderung in Tageseinrichtungen und 6.125 Plätze in der Kindertagespflege, mithin insgesamt 25.678 Plätze.[6] Dem steht ein weiter ansteigender Bedarf gegenüber. Allein für das Jahr 2017 wurden für Schleswig-Holstein 25.066 Geburten verzeichnet.[7] Damit gibt es allein aus diesem Jahrgang fast so viele Berechtigte, wie insgesamt Plätze vorhanden sind. Der durchschnittliche Betreuungsbedarf der Eltern lag 2016 bei den Einjährigen bei 59,70 % und bei den Zweijährigen bei 77,10 %.[8] Mithin besteht bereits in rein quantitativer Sicht ein Mangel an Plätzen in KiTas und bei Tagespflegepersonen. Aktuell weicht der Betreuungsbedarf in Schleswig-Holstein um 15,00 % von der tatsächlichen Betreuungsquote ab.[9] Dies führt zum einen dazu, dass viele Eltern keine Betreuungsplätze für Ihre Kinder finden, obgleich sie einen Bedarf haben. Zum anderen akzeptieren Eltern häufig selbst nicht bedarfsgerechte Plätze, um überhaupt versorgt zu sein. Oft ist Eltern in dieser Situation nicht klar, an wen sie sich wenden sollen. Ihren Anspruch auf Information und Beratung kennen sie nicht. Damit lassen sie eine wichtige Hilfestellung ungenutzt. Da bei einer unterbliebenen Bereitstellung eines Platzes unter Umständen auch ein Amtshaftungsanspruch[10] in Betracht kommen kann, haben die Kreise und kreisfreien Städte darüber hinaus auch ein originäres Interesse an der Unterstützung der Suche nach einem Betreuungsplatz. Jedenfalls zeigt die Beratungspraxis, dass die Unterstützung durch die Kreise und kreisfreien Städte oft zum Erfolg führt. Auf der anderen Seite zeigten sich die Mitarbeiter*innen der Verwaltungen der Kreise und kreisfreien Städte oft erstaunt, dass sich die Bürger*innen nicht eigenständig bei ihnen gemeldet hätten, sondern den Weg über die Bürgerbeauftragte wählten.

[6] Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1. März 2018, Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018, S. 89 ff.

[7] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Gemeinsames Statistikportal, https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/natuerliche-bevoelkerungsbewegung/geborene-und-gestorbene, abgerufen am 11. Januar 2019.

[8] Bericht der Landesregierung zur Neuordnung der Kitagesetzgebung vom 17. April 2018, LT-Drucksache 19/669, S. 16.

[9] Bericht der Landesregierung zur Neuordnung der Kitagesetzgebung vom 17. April 2018, LT-Drucksache 19/669, S. 16.

[10] Entsteht durch die Pflichtverletzung „des Staates“ ein Schaden, so ist dieser nach dem Rechtsinstitut der Amtshaftung zu ersetzen, § 839 Abs. 1 Satz 1 BGB i. V. m. Art. 34 Satz 1 GG.

Lösung: Bereits jetzt schreibt das Landesamt für soziale Dienste jeden Personensorgeberechtigten in Schleswig-Holstein kurz nach der Geburt eines Kindes an. Es informiert über das KiTa-Geld und übersendet zugleich die notwendigen Antragsformulare. Hier sollte ein Hinweis aufgenommen werden, dass für den Fall, dass kein bedarfsgerechter Platz gefunden wird, ein Recht auf Information über das Platzangebot und Beratung bei der Auswahl besteht und sich betroffene Personensorgeberechtigte bitte an den jeweils zuständigen Kreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt wenden können. Sollte die Zahlung des KiTa-Geldes eingestellt werden, kann auch eine separate schriftliche Information an die neuen Eltern erfolgen.

3. SGB IX: Zuständigkeitskonflikte zwischen Sozialträger*innen nicht auf dem Rücken der Betroffenen austragen

Rechtslage: Für viele Rehabilitationsleistungen kommen häufig verschiedene Träger in Betracht: Die Eingliederungshilfe oder Krankenversicherung, die Rentenversicherung oder Unfallversicherung, teilweise auch die Bundesagentur für Arbeit. Für die Klärung der tatsächlichen Zuständigkeit ist in vielen Fällen § 14 SGB IX anzuwenden. Danach hat der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe[11] gestellt wird, innerhalb von zwei Wochen zu prüfen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz insgesamt zuständig ist (§ 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB IX). Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für diese Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Nach einer Gesetzesreform zum 1. Januar 2018 kann der dann zweitangegangene Träger in Ausnahmefällen durch eine sogenannte „Turboerklärung" den Vorgang ein weiteres Mal weiterleiten (§ 14 Abs. 3 SGB IX). Grundsätzlich soll der Träger, an den weitergeleitet wurde, jedoch über den Antrag entscheiden, und zwar nicht nur nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz, sondern nach allen in Frage kommenden Anspruchsgrundlagen. Die Möglichkeit einer zweiten Weiterleitung gab es bis zur Gesetzesänderung nicht. Im Falle einer Weiterleitung muss der Rehabilitationsträger die Antragssteller*innen zwar informieren. Tut er dies, ist er aus seiner Verantwortung aber dann „entlassen". Er muss allenfalls noch Erstattungsansprüche befürchten, wenn sich im Nachhinein doch seine Zuständigkeit bestätigt und der Träger, an den weitergeleitet wurde, die „verauslagten" Kosten zurückfordert.

Problem: Wenn Bürger*innen einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen stellen, ist ihnen oft nicht klar, wer der richtige Kostenträger ist. Betroffene stellen deshalb naturgemäß ihre Anträge oft zunächst beim „falschen" Rehabilitationsträger. Dies führt zu Zuständigkeitskonflikten und die Leistungen werden nicht in einer angemessenen Zeit genehmigt. Denn die Klärung der Zuständigkeit ist zu kompliziert und nimmt fast immer viel Zeit in Anspruch. Besonders häufig wenden sich Eltern an die Bürgerbeauftragte, deren Kinder eine Schulbegleitung benötigen. Die Feststellung der Zuständigkeit ist gerade hier in vielen Fällen nicht eindeutig, so dass es regelmäßig zu Zuständigkeitskonflikten zwischen Eingliederungshilfe und Krankenkasse als potentiellen Trägern kommt, die auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen werden. Dies widerspricht evident dem gesamtgesellschaftlichen Auftrag, Inklusion zu ermöglichen. Häufig sind in der Folge für einen längeren Zeitraum der Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt nicht möglich, da die Klärung der Zuständigkeit zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Das im Gesetz vorgesehene Verfahren wird in der Praxis auch regelmäßig nicht richtig umgesetzt (§ 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB IX). Oft wird bereits die Pflicht zur Weiterleitung missachtet oder nach einer Weiterleitung keine umfassende Prüfung und Entscheidung auf der Grundlage aller potentiellen Ansprüche durchgeführt. Zudem bereitet die Gesetzesänderung zum 1. Januar 2018 der Bürgerbeauftragten große Sorgen, da das Verfahren z. B. durch die neue Möglichkeit einer zweiten Teil-Weiterleitung („Turboerklärung") nun noch komplizierter geworden

[11] Der Begriff der Teilhabeleistung i. S. d. § 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB IX ist weit auszulegen; die Vorschrift ist anwendbar bei Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Personen.

ist. Jedenfalls wurde infolge der Gesetzesänderung das Grundproblem nicht behoben, sondern eher verschärft – die Norm wurde und wird in der Praxis regelmäßig falsch oder gar nicht angewendet.

Anregung: Vor allem fehlt es häufig an einer unbürokratischen Kommunikation der beteiligten Rehabilitationsträger. Der erstangegangene Träger sollte in derartigen Kollisionsfällen von sich aus Kontakt zum möglichen weiteren Träger aufnehmen und „hinter den Kulissen" die Zuständigkeit sowie eine mögliche (teilweise) Kostenerstattung klären. Insbesondere die Träger der Eingliederungshilfe müssen einerseits verantwortungsvoller mit ihrem gesetzlichen Auftrag umgehen, wonach es vorrangiges Ziel der Eingliederungshilfe ist, den Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt zu ermöglichen (vgl. §§ 53 ff. SGB XII). Andererseits werden sie angesichts erheblicher Defizite aufgefordert, ihrer umfassenden Pflicht zur Beratung und auch Betreuung der Betroffenen nachzukommen. § 14 SGB IX sollte darüber hinaus insgesamt reformiert werden, um ein pragmatisches Verfahren zu gewährleisten. Jedenfalls sollte diskutiert werden, die mit Gesetzesänderung neu eingeführte Teil-Weiterleitung wieder abzuschaffen. Schließlich sollte zur bürgerfreundlichen Vereinfachung und Beschleunigung über eine gesetzliche Genehmigungsfiktion – vergleichbar mit § 13 Abs. 3a SGB V– nachgedacht werden: Betroffene könnten damit einen Anspruch auf die beantragte Unterstützung haben, wenn über ihren Antrag nicht innerhalb einer verhältnismäßigen Frist abschließend entschieden worden ist.

4. SGB XI: Zugang zum Entlastungsbetrag erleichtern

Rechtslage: Um pflegende Angehörige zu entlasten, haben Pflegebedürftige, die häuslich gepflegt werden, zusätzlich zu den übrigen Leistungen der Pflegeversicherung einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI). Der Entlastungsbetrag beläuft sich für Pflegebedürftige aller Pflegegrade auf 125,00 € monatlich. Es erfolgt jedoch keine monatliche Auszahlung dieses Betrags, vielmehr ist der Entlastungsbetrag zweckgebunden einzusetzen, beispielsweise um Pflegebedürftige bei der selbständigen und selbstbestimmten Gestaltung ihres Alltags zu helfen. Ehrenamtliche Helfer*innen, Nachbarschaftshelfer*innen sowie Dienstleister*innen für haushaltsnahe Dienstleistungen können die Pflegebedürftigen dann im Alltag unterstützen: Beispielsweise durch Hilfe im Haushalt, bei Behördengängen, dem Einkauf, der Begleitung bei Spaziergängen und Arztbesuchen. Die Helfer*innen können jedoch nur Zahlungen aus dem Entlastungsbetrag bekommen, wenn ihr Angebot zur Unterstützung nach dem Landesrecht anerkannt ist. Dies erfolgt in Schleswig-Holstein durch die Alltagsförderungsverordnung (AföVO). Diese regelt, wer unter welchen Bedingungen die pflegebedürftige Person unterstützen darf. Ehrenamtliche Helfer*innen dürfen nach der Verordnung unterstützen, wenn sie einen Qualifikationskurs von 30 Stunden zu je 45 Minuten absolvieren. Nachbarschaftshelfer*innen müssen eine Schulung von 20 Stunden zu je 45 Minuten ablegen. Agenturen, Dienstleister*innen und Einzelkräfte müssen einen Qualifikationskurs von 120 Stunden erfolgreich beenden. Fachkräfte können die Pflegebedürftigen ohne Qualifikationskurs unterstützen.

Problem: Viele Pflegebedürftige können den Entlastungsbetrag nicht nutzen. Die Pflegedienste sind oft durch die eigentlichen Pflegeleistungen ausgelastet und haben nicht genügend Personal, um auch noch die Leistungen zur Hilfe im Alltag abzudecken. In vielen Regionen gibt es zudem nicht ausreichend anerkannte Helfer*innen. Nur wenige Bürger*innen wissen, dass Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Tätigkeiten überhaupt vom Entlastungsbetrag abgedeckt sein können. Informierte und interessierte Nachbarn und ehrenamtliche Helfer*innen schrecken dann häufig vor den hohen Anerkennungsvoraussetzungen der Landesverordnung zurück oder finden in ihrer Region keine Qualifikationskurse.

Lösung: In den Pflegestützpunkten[12] sollte für die Unterstützung im Alltag durch ehrenamtliche Helfer*innen geworben und darüber informiert werden. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass engagierten ehrenamtlichen Helfer*innen, Nachbarschaftshilfen und Haushaltshilfen bei Interesse zumindest die Möglichkeit gegeben wird, an Qualifikationskursen teilzunehmen. Weiter sollte das Angebot der Kurse übersichtlich und zentral gesammelt und den Bürger*innen zugänglich gemacht werden. Damit würden zumindest denjenigen Helfer*innen, die Qualifikationen erlangen wollen, keine zusätzlichen Hürden in den Weg ge-

[12] Pflegestützpunkte sind öffentliche Beratungsstellen, die zu allen Pflegethemen informieren. Pflegestützpunkte gibt es in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins mit Ausnahme des Kreises Schleswig-Flensburg, wo jedoch die Einrichtung für das Jahr 2019 geplant ist.

stellt. Zudem sollten die Anforderungen für Haushaltshilfen in der Alltagsförderungsverordnung in Schleswig-Holstein praktikabler gestaltet werden, da Pflegebedürftige häufig als erstes auf Unterstützung im Haushalt angewiesen sind. Haushaltshilfen absolvieren trotz bestehenden Interesses einen 120-stündigen Qualifikationskurs nur sehr selten, da den Angaben vieler Petent*innen zufolge der Zeitaufwand unverhältnismäßig hoch ist und auch noch keine flächendeckenden Angebote existieren. Gerade in diesem Bereich sollten in der Verordnung die Anforderungen für hauswirtschaftliche Tätigkeiten gesenkt werden. Möglicherweise ist ein Erste-Hilfe-Kurs oder ein 20-stündiger Vorbereitungskurs ausreichend, wenn keine Betreuungsleistungen für die Pflegebedürftigen erbracht werden.

5. SGB XII: Einführung der Gesamtangemessenheitsgrenze

Rechtslage: Für Menschen, die Leistungen der Grundsicherung[13] erhalten, werden auch die Kosten der Unterkunft und Heizung als Bedarf anerkannt – allerdings nur, soweit dieser Bedarf „angemessen“ ist. Grundsätzlich werden bei der Bewertung der Angemessenheit die Kosten der Unterkunft und die Kosten der Heizung getrennt betrachtet. Seit August 2016 ist für Empfänger*innen von Leistungen nach dem SGB II die Bildung einer sog. Gesamtangemessenheitsgrenze möglich (§ 22 Abs. 10 SGB II): Bei der Frage, ob die Kosten der Unterkunft und Heizung insgesamt angemessen sind, kann bezüglich der jeweiligen Kostenpositionen der zulässige Höchstwert zugrunde gelegt werden. Leistungsberechtigte können so höhere Aufwendungen für die Unterkunft durch geringere Aufwendungen für die Heizung ausgleichen und umgekehrt.

Problem: Im SGB XII gibt es keine ausdrückliche Regelung zu einer Gesamtangemessenheitsgrenze.[14] Dies führt dazu, dass viele Sozialämter eine entsprechende Prüfung bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht durchführen und Leistungsempfänger*innen nach dem SGB XII somit faktisch benachteiligen.

Lösung: Die Anwendung der Gesamtangemessenheitsgrenze ist nach Auffassung der Bürgerbeauftragten zwar auch nach der jetzigen Rechtslage aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten für Leistungen aus dem SGB XII möglich und erforderlich. Damit aber die bestehenden Rechtsunsicherheiten für die Sozialämter in Zukunft aus dem Weg geräumt werden, sollte eine dem § 22 Abs.10 SGB II entsprechende Norm auch im SGB XII aufgenommen werden.

[13] Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.
[14] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 13.

6. Kindergeld: Verzicht auf Rückforderungen bei SGB II- / SGB XII-Leistungen

Rechtslage: Beziehen Personen neben dem Kindergeld auch Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II oder SGB XII, wird das Kindergeld entweder bei den Kindern oder bei den Kindergeldberechtigten als Einkommen angerechnet (§ 11 Abs. 1 Sätze 1, 4 und 5 SGB II bzw. § 82 Abs. 1 Sätze 1 und 3 SGB XII). Das Kindergeld führt also nicht dazu, dass Leistungsbezieher*innen besser gestellt werden oder mehr Geld erhalten, als nach dem SGB II bzw. SGB XII vorgesehen ist. Kommt es zu einer Überzahlung von Kindergeld, fordern die Familienkassen die entsprechenden Beträge von den Kindergeldberechtigten entweder nach steuerrechtlichen oder nach sozialrechtlichen Vorschriften zurück.[15] Ursache ist in aller Regel, dass die Familienkasse eine Information nicht erhält oder berücksichtigt, die dem weiteren Kindergeldanspruch entgegensteht.[16]

Problem: Wurden im Rückforderungszeitraum SGB II- oder SGB XII-Leistungen bezogen, versuchen die Betroffenen, die Rückforderungssumme vom Jobcenter oder vom Sozialamt erstattet zu bekommen. Hierbei gehen sie von der zutreffenden Überlegung aus, dass sie ohne eine Anrechnung des Kindergeldes entsprechend höhere Sozialleistungen erhalten hätten. Die Rechtsprechung hat dieser Überlegung bisher jedoch einen Riegel vorgeschoben: Sie argumentiert damit, dass die Bescheide zum Zeitpunkt ihres Erlasses korrekt waren, weil das zugeflossene Kindergeld seinerzeit tatsächlich zur Deckung des Lebensunterhaltes zur Verfügung gestanden habe.[17] Eine nachträgliche Korrektur des Bescheides sei daher nicht möglich, weil ein Fehler gerade nicht vorgelegen habe. Dieses Ergebnis bedeutet, dass die Betroffenen auf einem Schaden sitzenbleiben, der logisch und rechnerisch kaum zu vermitteln ist: Auf der einen Seite müssen sie das Kindergeld zurückzahlen, auf der anderen Seite bekommen sie aber keine Ersatzleistung, die ihnen zugestanden hätte, wenn ursprünglich kein Kindergeld gezahlt worden wäre. Man mag einwenden, dass der Schaden manchmal aus einem Verstoß gegen Mitwirkungspflichten resultiert. Der Rückforderung von Kindergeld geht nämlich in aller Regel ein schuldhaftes Verhalten der Kindergeldberechtigten voraus. Dies ist u. a. der Fall, wenn Veränderungen (z. B. ein Ausbildungsabbruch oder ein erfolgreiches Ausbildungsende) nicht rechtzeitig mitgeteilt werden. Zu berücksichtigen ist aber, dass Strafen für den unberechtigten Kindergeldbezug ggf. ohnehin im Rahmen eines Bußgeld- bzw. Steuerstrafverfahrens bestimmt werden. Die Betroffenen müssen dann zusätzlich eine Geldbuße oder eine Geldstrafe leisten. Im Ergebnis sind die Bürger*innen doppelt bestraft. Zudem sind fast immer Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen betroffen, die bereits erhebliche Pro-

[15] Kindergeld wird in aller Regel im Rahmen eines steuerrechtlichen Familienleistungsausgleichs gewährt. Die Anspruch richtet sich daher nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes (§§ 62 ff. EStG). Nur in wenigen Fällen erfolgt die Gewährung von Kindergeld als sozialrechtlicher Familienlastenausgleich nach den Vorschriften des Bundeskindergeldgesetzes (§§ 1 ff. BKGG). Dies ist z. B. bei Vollwaisen der Fall. Kindergeld wird in beiden Fällen, wie auch die Grundsicherung nach dem SGB II bzw. SGB XII, aus Steuermitteln finanziert.

[16] Vgl. Fallbeispiel, S. 95 f.

[17] Aktuell dazu SG Stuttgart, Gerichtsbescheid vom 9. Mai 2018, Az.: S 17 AS 262/18 unter Verweis auf BFH, Urteil vom 22. September 2011, Az.: III R 78/08.

bleme haben, die ggf. verhängte Geldbuße oder Geldstrafe zu begleichen. Die Rückzahlung des Kindergeldes ist daneben oft nicht möglich, zumal der Inkassoservice der Bundesagentur für Arbeit keine Ratenzahlungen mehr vereinbart und in vielen Fällen sogar die Säumniszuschlage (1,00 % im Monat) eine tragfähige Ratenhöhe übersteigen. In der Folge schließen sich für die Betroffenen Mahn- und Vollstreckungsverfahren an, die zu einer erheblichen zusätzlichen Belastung führen. Die Rechtsprechung verweist gelegentlich auf die Möglichkeit eines Erlassantrages nach § 227 Halbsatz 1 AO.[18] Aus der Sicht der Bürgerbeauftragten ist dieser Weg für die Betroffenen aber sehr unsicher, weil ein Erlass oft – unter Hinweis auf ein Verschulden – abgelehnt wird. Zudem steht das Ergebnis eines Erlassantrags meist erst nach vielen Monaten fest, während die Rückforderungssumme in aller Regel bereits während der einmonatigen Einspruchsfrist fällig wird und der Inkassoservice sofort ein Einziehungsverfahren einleitet. Die Möglichkeit eines Erlasses ist zudem kaum bekannt.

Lösung: Die Familienkassen sollten in den Fällen auf die Rückforderung des Kindergeldes verzichten, in denen im Rückforderungszeitraum Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII bezogen wurden. Gegenüber dem Argument eines finanziellen Schadens überwiegt der Umstand, dass bei einem völlig korrekten Verfahrensgang stets eine Leistung in identischer Höhe aus Steuermitteln gezahlt worden wäre. Auch der Verweis auf Mitwirkungspflichten überzeugt nicht, da einerseits ohnehin die Möglichkeit einer Sanktion besteht und andererseits häufig nur ein geringes „Unrecht“ der Betroffenen vorliegt. Die Landesregierung sollte daher eine Initiative zur Änderung der Rechtsgrundlagen für eine Rückforderung im Bundesrat einbringen.

[18] Danach können Finanzbehörden Ansprüche aus dem Steuerschuldverhältnis ganz oder zum Teil erlassen, wenn deren Einziehung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre.

04
Berichte

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende reduzierten sich die Eingabezahlen 2018 im Vergleich zum Vorjahr leicht von 870 auf 814. Die meisten Petitionen betrafen – wie auch in den Jahren zuvor – eine allgemeine Beratung zum Arbeitslosengeld II[19] oder die Überprüfung von Leistungsbescheiden auf deren Richtigkeit. Hier äußerten die Bürger*innen vermehrt ihr Unverständnis über die Komplexität und Undurchsichtigkeit des Leistungssystems sowie der individuellen Leistungsberechnungen.[20] Die Bürgerbeauftragte steht in kontinuierlichem Austausch mit verschiedenen Akteuren auf Landesebene, um auf eine einfachere Sprache und eine bessere Verständlichkeit in den Bescheiden und in der Kommunikation zwischen Jobcentern und Bürger*innen hinzuwirken.

Die teilweise lange Bearbeitungsdauer bei der Erst- und Weiterbewilligung stellte für viele Leistungsbezieher*innen eine nicht nachvollziehbare Belastung dar

Unverständlich blieb im Berichtsjahr auch weiterhin die teils lange Bearbeitungsdauer in den Jobcentern. Im Bereich der Erst- oder Weiterbewilligungsanträge für Leistungsbeziehende variiert diese enorm und kann mitunter mehrere Monate in Anspruch nehmen. Nach Auskunft verschiedener Jobcenter beginne die Bearbeitung, sobald sämtliche entscheidungsrelevanten Unterlagen den Sachbearbeiter*innen vorlägen. Dieses Vorgehen ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, da für die Gewährung von Sozialleistungen die Voraussetzungen anhand der beigebrachten Unterlagen geprüft werden müssen. Der Rückschluss, es liege ausschließlich in der Sphäre der Leistungsbeziehenden, wenn es mit der Bearbeitung nicht vorangehe, ist aber zu kurz und einseitig. Im Berichtsjahr erreichten die Bürgerbeauftragte z. B. regelmäßig Eingaben von Bürger*innen, die aufgefordert wurden, bestimmte Unterlagen bei ihrem Jobcenter einzureichen, obwohl sie diese nachweisbar[21] bereits eingereicht hatten.

Als erschwerender Faktor für die Bearbeitungsdauer tritt die bundesweite Einführung der E-Akte[22] in den Jobcentern hinzu. Dokumente, die Leistungsbeziehende im Jobcenter abgeben, werden an eine zentrale Stelle weitergeleitet, wo sie in einem elektronischen Verfahren digitalisiert werden. Die Dateien werden anschließend beim zuständigen Jobcenter den konkreten Vorgängen zugeordnet und dann von den Sachbearbeiter*innen für die Fallbearbeitung genutzt. Dieses Prozedere soll einem einfacheren und schnelleren Verfahren dienen, ist aber zum aktuellen Zeitpunkt noch immer fehleranfällig[23] und zeitintensiv, wodurch die Fallbearbeitung in den Jobcentern vor Ort nach wie vor lange Zeit in Anspruch nimmt – auf Kosten der Bürger*innen, die auf ihr dringend benötigtes Geld warten. Im November 2018 erreichten die Bürgerbeauftragte hierzu besonders viele Eingaben. Dies war auf einen größeren bundesweiten Softwarefehler im Serversystem der E-Akte zurückzuführen, dessen Auswirkungen sich in allen kreisfreien Städten und nahezu allen Kreisen Schleswig-Holsteins in unterschiedlicher Intensität bemerkbar machten. Durch diese Ausfälle, die teilweise mehr als eine Woche anhielten, war es den Mitarbeiter*innen einzelner Jobcenter zeitweise schwer bis gar nicht möglich, in den Akten zu arbeiten. In der Konsequenz gab es in einigen Kreisen starke Bearbeitungsrückstände, die teilweise bis ins Jahr 2019 abgearbeitet werden mussten.

[19] Im Folgenden ALG II.

[20] Vgl. hierzu auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 25.

[21] Als Nachweise dienen verschiedene Instrumente: Die Leistungsbeziehenden können sich bei Einreichen der Unterlagen im Jobcenter beispielsweise die Abgabe vor Ort quittieren lassen. Auch können sie Personen als Zeug*innen mitnehmen.

[22] Die elektronisch geführte Akte soll das Verwaltungshandeln vereinfachen und beschleunigen sowie aus Umweltschutzaspekten die Papierakte ablösen. Für Schleswig-Holstein begann die Einführung der E-Akte in einigen Kreisen bereits im Jahr 2016 und wird seitdem Schritt für Schritt im gesamten Land umgesetzt.

[23] Potenzielle Fehlerquellen sind: Verlust der Dokumente im Jobcenter selbst, Verlust auf dem Weg vom örtlichen Jobcenter nach Berlin, Verlust in Berlin, fehlerhafter Digitalisierungsvorgang oder falsche Zuordnung der Dateien zur Akte.

Auch die Bearbeitung der Widerspruchsverfahren nahm im Jahr 2018 bei den Jobcentern viel Zeit in Anspruch. Hier häuften sich die Eingaben von Bürger*innen insbesondere aus einem Kreis, der durch die monatelange Bearbeitungsdauer negativ auffiel. Nach Rücksprache der Bürgerbeauftragten mit der Regionaldirektion Nord war dieser Umstand darauf zurückzuführen, dass in der Widerspruchsstelle starke Personalnot herrschte und auch immer noch herrscht. Einige Stellen sind bis dato[24] noch unbesetzt. Die Bürgerbeauftragte wünscht sich, dass die Jobcenter Personalangelegenheiten vorausschauender und nicht auf Kosten der Bürger*innen regeln.

Bei vorläufigen Entscheidungen über die Leistung bleibt der fehlende Vertrauensschutz ein großes, nicht abschließend geklärtes Problem

Ein weiteres schwieriges Themengebiet im Berichtsjahr waren für die Leistungsbeziehenden die Regelungen zur vorläufigen Entscheidung über die Leistung (§ 41a SGB II). Diese sind äußerst komplex und stecken noch voller ungelöster Probleme. So wandte sich eine Petentin mit der Frage an die Bürgerbeauftragte, ob sie sich bei einer vorläufigen Bewilligung von ALG II auch auf Vertrauensschutz berufen könne. Die Prüfung des konkreten Falls ergab, dass das Jobcenter zunächst eine vorläufige Bewilligung von ALG II ausgesprochen hatte, weil das Einkommen der Petentin Schwankungen unterworfen war. Rückwirkend wurde dann die korrekte Leistungshöhe berechnet, die im Ergebnis niedriger war. Bei der nachträglichen Berechnung korrigierte das Jobcenter aber auch einen eigenen Fehler bei der Anrechnung von Einkommen der Tochter. Es hatte nämlich aus Versehen für einen Monat einen um 70,00 € zu hohen Absetzbetrag berücksichtigt. Diese Differenz sollte die Petentin nun zurückzahlen. Das Jobcenter berief sich auf die gesetzliche Regelung, wonach bei einer Bedarfsgemeinschaft über den Leistungsanspruch aller Mitglieder vorläufig zu entscheiden ist (§ 41a Abs. 1 Satz 2 SGB II). Damit sei der Bescheid in seiner Gesamtheit eine vorläufige Entscheidung, die keinen Vertrauensschutz auslöse. Die Bürgerbeauftragte überzeugt das Argument nicht: Denn das Jobcenter ist verpflichtet, den konkreten Grund für die Vorläufigkeit der Entscheidung anzugeben (§ 41a Abs. 2 Satz 1 SGB II). Bezüglich aller anderen Fragen kann daher durchaus ein Vertrauensschutz eintreten. Wenn z. B. die Vorläufigkeit mit dem schwankenden Einkommen eines Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft erklärt wird, müssen die Bürger*innen davon ausgehen, dass der Bescheid diesbezüglich noch korrigiert wird. Sie müssen dagegen nicht erwarten, dass später zu ihren Lasten ein ganz anderer Aspekt rückwirkend korrigiert wird, weil dem Jobcenter ein Fehler unterlaufen ist. In dem aufgezeigten Fall konnte mit dem Jobcenter keine Einigung erzielt werden, da sich dieses an die Dienstanweisung der Bundesagentur für Arbeit gebunden sah. Dort heißt es, dass eine vorläufige Entscheidung keine Bindungswirkung für die abschließende Entscheidung entfaltet und somit auch kein Vertrauensschutz entsteht.[25] Die Bürgerbeauftragte wandte sich daher an die Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit, um die Rechtslage zu erörtern. Sie verwies zunächst auf die gesetzlichen Regelungen, in denen bestimmt wird, dass eine vorläufige Entscheidung für die Zukunft zurückzunehmen ist, soweit sie rechtswidrig ist (§ 41a Abs. 2 Satz 4 SGB II). Des Weiteren hob sie hervor, dass auch nach dem Willen des Gesetzgebers leistungserhebliche Tatsachen, die bereits bei Erlass der vorläufigen Entscheidung vorlagen, aber nicht berücksichtigt wurden, lediglich für die Zukunft anzupassen sind; Vertrauensschutz soll also nur für die Zukunft ausgeschlossen sein.[26] Ohne diese Einschränkung könnten sich Betroffene für den gesamten Bewilligungszeitraum auf Vertrauensschutz berufen, wenn dem Jobcenter beim Erlass des Bescheides ein Fehler unterlaufen ist (vgl. § 45 Abs. 2 SGB X). Die Regionaldirektion Nord erklärte, dass es innerhalb der Bundesagentur für Arbeit bezüglich eines Vertrauensschutzes im Rahmen von § 41a SGB II intensive Diskussionen gegeben habe. Schließlich habe man sich dazu

[24] Stand: 11. Februar 2019.
[25] Vgl. Fachliche Weisung zu § 41a SGB II, Rn. 41a.10; Stand: 20. März 2018.
[26] BT-Drs. 18/8041, S. 53.

entschlossen, eine ganz klare fachliche Weisung herauszugeben, die besagt, dass es keinen Vertrauensschutz in diesen Fallgestaltungen geben solle. Dies sorge zudem für eine einfache Handhabung der Vorschrift in der täglichen Anwendung. In der Praxis führt die Ansicht der Bundesagentur für Arbeit aber für die Betroffenen zu unverständlichen Entscheidungen. Stellt ein Jobcenter z. B. nach drei Monaten einen selbstverschuldeten anfänglichen Fehler fest, wird es diesen für den restlichen Bewilligungszeitraum korrigieren. Für die ersten drei Monate soll dann später (nach Ende des Bewilligungszeitraumes) eine Korrektur zu Lasten der Bürger*innen erfolgen, wenn die Leistungen abschließend festgesetzt werden. Nach Ansicht der Bürgerbeauftragten sollte es daher auch im Rahmen von vorläufigen Entscheidungen Vertrauensschutz geben, wenn das Jobcenter den Fehler zu vertreten hat. Es bleibt abzuwarten, wie die Gerichte über diese Fälle urteilen.

Auch wandten sich im Berichtsjahr Leistungsbeziehende an die Bürgerbeauftragte, weil sie die Höhe von Rückforderungen in Erstattungsbescheiden nicht nachvollziehen konnten. Trotz einiger positiver Beispiele für gelungene Erstattungsbescheide mit sehr guten Erläuterungen zu Höhe und Gründen der Rückforderungen verstanden viele Bürger*innen die Berechnung und Darstellung in den Bescheiden nicht. Durch die Vielzahl von Bewilligungsbescheiden, die wiederum oft durch viele Änderungsbescheide aufgehoben werden, ist es für viele Bürger*innen oft nicht mehr nachvollziehbar, was tatsächlich gezahlt, bewilligt und zurückgefordert wird. Auch Nachfragen bei den Jobcentern trugen leider nur selten zur Klarstellung bei. Teilweise erhielten die Leistungsbeziehenden schlicht gar keine Erklärungen, sondern wurden mit Aussagen abgespeist, dass alles seine Richtigkeit habe. Auch wenn dies teilweise an den komplizierten gesetzlichen Regelungen zu Einkommen und Freibeträgen liegen mag, haben die Leistungsbeziehenden ein Recht, die an sie gerichteten Bescheide und Regelungen zu verstehen.[27] Die Bürgerbeauftragte beobachtet mit großer Sorge, dass immer mehr Menschen das Vertrauen in die Verwaltung verlieren und sich allein gelassen fühlen, wenn sie z. B. nicht verstehen, weshalb Geld von ihnen zurückgefordert wird.

Rückforderungen von Kindergeld, das ohnehin auf die SGB II Leistungen angerechnet wurde, führen zu keinem Erstattungsanspruch gegen das Jobcenter – das ist für die Menschen nicht nachvollziehbar

Auch gibt es immer wieder Hilfesuchende, die SGB II-Leistungen beziehen und trotzdem Kindergeld zurückzahlen sollen. Sind der Rückforderungszeitraum für das Kindergeld und der SGB II-Leistungszeitraum identisch, hoffen die Betroffenen, die Rückforderungssumme vom Jobcenter zu erhalten. Sie gehen dabei von der zutreffenden Überlegung aus, dass sie entsprechend höhere SGB II-Leistungen erhalten hätten, wenn bei ihnen im Rückforderungszeitraum kein Kindergeld als Einkommen angerechnet worden wäre. Umso größer ist die Enttäuschung, wenn die Jobcenter hierüber negativ entscheiden. Die Bürgerbeauftragte kann in diesen Fällen leider nicht helfen, weil sich die Gerichte[28] durchweg der Auffassung der Jobcenter angeschlossen haben. Sie argumentieren damit, dass die SGB II-Bescheide zum Zeitpunkt ihres Erlasses korrekt waren, weil das damals „zugeflossene“ Kindergeld seinerzeit tatsächlich zur Deckung des Lebensunterhaltes zur Verfügung gestanden habe. Eine Korrektur der Bescheide sei daher nicht möglich. Die Betroffenen bleiben im Ergebnis auf einem Schaden sitzen und werden auch noch doppelt bestraft: Zum Rückforderungsverfahren kommt nämlich noch ein Bußgeld- bzw. Steuerstrafverfahren hinzu. In der Folge ist daher zusätzlich zur Rückforderungssumme auch noch eine Geldbuße oder

[27] Dies folgt bereits aus dem verfassungsrechtlich verankerten Bestimmtheitsgebot, einem Kernelement des Rechtsstaatsprinzips.

[28] Vgl. Landessozialgericht Hessen, Urteil vom 24. April 2013, Az. L 6 AS 376/11; Landessozialgericht Nordrhein Westphalen, Beschluss vom 5. Dezember 2013, Az. L 6 AS 926/13 B; Sozialgericht Stuttgart, Gerichtsbescheid vom 9. Mai 2018, Az. S 17 AS 262/18, unter Verweis auf den Bundesfinanzhof, Urteil vom 22. September 2011, Az. III R 78/08.

Geldstrafe zu zahlen. Kann die Rückforderungssumme nicht beglichen werden, werden außerdem Säumniszuschläge in Höhe von 1,00 % pro Monat fällig und es schließen sich ein Mahn- sowie ggf. ein Vollstreckungsverfahren an. Der Staat dagegen spart Geld in Höhe der Kindergeldansprüche, weil sowohl Kindergeld als auch SGB II-Leistungen aus Steuermitteln gezahlt werden. Die Bürgerbeauftragte schlägt daher vor, dass die Familienkassen in diesen Fällen auf die Rückforderung von Kindergeld verzichten sollten.[29]

Problematisch blieb darüber hinaus im Berichtsjahr die Praxis der Jobcenter im Hinblick auf die Kosten der Unterkunft. Leistungsbeziehende haben einen Anspruch auf Übernahme ihrer tatsächlich anfallenden Miet- und Heizkosten, sofern diese der Höhe nach angemessen sind.[30] Hier eröffnet das SGB II[31] die Möglichkeit der Bildung einer sog. Gesamtangemessenheitsgrenze[32]. Es kann also für die Beurteilung der Frage, ob die Kosten der Unterkunft und die Heizkosten angemessen sind, eine Summe beider Teilkosten gebildet und die Angemessenheit der Kosten als Ganzes betrachtet werden. Dies eröffnet den Leistungsbeziehenden die Möglichkeit, ein Mehr an Kosten der Unterkunft durch ein Weniger an Heizkosten auszugleichen und umgekehrt. Von dieser Regelung macht bislang in Schleswig-Holstein leider nur die Stadt Lübeck Gebrauch, nachdem sich die Bürgerbeauftragte im dortigen Sozialausschuss im Dezember 2018 dafür eingesetzt hatte. Die Bürgerbeauftragte fordert die übrigen Kreise und kreisfreien Städte auf, es ebenso zu handhaben, um den Leistungsbeziehenden bei der Suche nach angemessen teurem Wohnraum nicht noch mehr Steine in den Weg zu legen.

Um die Angemessenheit der Kosten im jeweiligen Kreisgebiet einheitlich und ortsüblich zu bewerten, gibt es in den meisten Kreisen Schleswig-Holsteins bisher ein sogenanntes „schlüssiges Konzept“[33], nach dem über die Angemessenheit der Kosten der Unterkunft im Einzelfall entschieden werden kann. Schwierigkeiten ergaben sich im Berichtsjahr insbesondere in folgenden Konstellationen:

Im Kreis Stormarn gibt es schlicht gar kein schlüssiges Konzept. Nach dessen Auskunft wird dort nach einer bundeseinheitlich geltenden Tabelle zu den Mieten nach dem Wohngeldgesetz (WoGG)[34] gearbeitet. Diese Praxis ist jedoch kritisch zu bewerten vor dem Hintergrund, dass hier offenbar nicht im Vorwege analysiert und ausgewertet wurde, wie sich die aktuellen Mieten in dem konkreten Kreisgebiet darstellen und entwickeln, und nach welchen tatsächlich bestehenden Mietrichtwerten die Jobcenter über die Kosten der Unterkunft entscheiden sollten. Zudem wird im Kreis Stormarn weiterhin nicht der Sicherheitszuschlag von 10,00 % auf die geltenden Tabellenwerte nach dem WoGG berücksichtigt, was nach Auffassung der Bürgerbeauftragten im Widerspruch zur Rechtsprechung steht.[35]

Im Kreis Schleswig-Flensburg, wo es sowohl Städte als auch größere ländliche Räume gibt, ist es gängige Praxis, das gesamte Kreisgebiet hinsichtlich der „angemessenen“ Kosten der Unterkunft gänzlich gleich zu behandeln. Der Kreis hatte zwar in der Vergangenheit einen Gutachter mit der Frage beauftragt, wie sich die aktuellen Mieten im Kreisgebiet darstellen und in welcher Höhe die Jobcenter die Kosten der Unterkunft übernehmen sollten. Allerdings kam der Gutachter zu dem wenig befriedigenden Ergebnis, das gesamte Kreisgebiet sei hinsichtlich der Mietkosten komplett einheitlich zu bewerten, Unterschiede zwischen Stadt und Land existierten nicht. Auch hierzu erreichten die Bürgerbeauftragte im Berichtsjahr Eingaben von Petent*innen, die bemängelten, dass diese undifferenzierte Beurteilung der Angemessenheit im gesamten Kreisgebiet trotz der bestehenden deutlichen Unterschiede zu Ungerechtigkeiten im

[29] Siehe Anregungen und Vorschläge S. 20 f.
[30] § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II.
[31] Siehe § 22 Abs. 10 SGB II.
[32] Vgl. zum Thema „Gesamtangemessenheitsgrenze“ auch Anregungen und Vorschläge, S. 19, sowie Bericht Sozialhilfe, S. 52.
[33] Mit einem schlüssigen Konzept lassen sich Mietrichtwerte herleiten, die im gesamten Kreisgebiet gelten sollen. Es wird analysiert und ausgewertet, wie teuer im Schnitt im Kreisgebiet eine Wohnung für bspw. eine Person oder für drei Personen oder für fünf Personen ist usw. Nach diesen Bemessungen richten sich die einzelnen Jobcenter des Kreises.
[34] Vgl. hierzu § 12 Abs. 1 Wohngeldgesetz (WoGG).
[35] Vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013, Az. B 4 AS 87/12 R; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 2. Februar 2017, Az. L 11 AS 983/16 B; siehe hierzu auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 27.

Leistungsbezug führe. Aus den Erfahrungen der Bürgerbeauftragten sind Wohnkosten z. B. in Harrislee, Süderbrarup oder Glücksburg häufig nicht vergleichbar. Für offensichtliche Unterschiede muss es daher Möglichkeiten geben, die regionalen Wohnkosten zu berücksichtigen, insbesondere vor dem Hintergrund der in den Städten herrschenden Wohnraumknappheit. Hier eine Wohnung zu finden, die in den Angemessenheitsrahmen eines überregionalen Konzepts passt, ist vielfach nur äußerst schwer oder gar nicht möglich. Zwar hat das Sozialgericht Schleswig das Konzept des Kreises bisher nicht beanstandet;[36] angesichts eines laufenden Verfahrens vor dem Bundessozialgericht[37] zu den Anforderungen an ein schlüssiges Konzept wird die Bürgerbeauftragte die Entwicklungen aber weiter sorgfältig beobachten.

Im Hinblick auf die Wohnraumknappheit standen Leistungsbeziehende im Berichtsjahr oft vor der Herausforderung, dass das Jobcenter die Kosten der Unterkunft nicht anerkannte und häufig dazu aufforderte, sich „angemessenen" Wohnraum zu suchen. Diese Forderung mag zwar vor dem Hintergrund der Belastung der Steuerzahler*innen seine grundsätzliche Berechtigung haben, kann aber unter bestimmten Umständen für die Leistungsbeziehenden gar nicht zumutbar sein. Das Jobcenter muss nämlich eine zu große und zu teure Wohnung bezahlen, wenn es den Leistungsbeziehenden – nachweisbar – nicht gelingt, die Kosten der Unterkunft eigeninitiativ durch Umzug, Untervermietung oder durch Verhandlungen mit den Vermieter*innen zu senken. Ein Umzug kann insbesondere unter Umständen dann nicht verlangt werden, wenn es z. B. in einer Bedarfsgemeinschaft ein schulpflichtiges Kind gibt. Mit dieser Problematik hatte sich im Jahr 2018 auch das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht[38] befasst. Dieses entschied, dass es dem Kind nicht zuzumuten sei, die Schule – und auch den Freundeskreis – zu wechseln oder täglich sehr lange Schulwege auf sich zu nehmen, nur damit sich die Wohnraummiete im angemessenen Bereich bewege. Das Gericht entschied damit endlich so, wie es die Bürgerbeauftragte seit Jahren fordert: Die Jobcenter müssen stets jeden Einzelfall sowie ggf. bestehende soziale Härten genau prüfen und unter Umständen auch eine Zeit lang höhere Kosten der Unterkunft übernehmen.

Sanktionen verhindern oft die Eingliederung in Arbeit und verfehlen ihren Zweck

Zum Teilbereich Sanktionen gab es im Berichtsjahr 14 Eingaben. Auch wenn die Zahl im Vergleich zum Vorjahr (15) nicht gestiegen ist, stehen dahinter oft Schicksale von Menschen mit dramatischen Auswirkungen. Gerade die Unter-25-Jährigen sind schnell mit der Situation konfrontiert, ohne jegliche Leistungen auskommen zu müssen. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte haben umfangreiche Pflichten, z. B. in ausreichendem Umfang Eigenbemühungen nachzuweisen oder eine zumutbare Arbeit, Ausbildung, Arbeitsgelegenheit oder ein gefördertes Arbeitsverhältnis aufzunehmen bzw. fortzuführen (§ 31 SGB II). Kommen Leistungsbeziehende diesen Pflichten nicht nach, werden sie durch eine Minderung ihres Leistungsanspruches sanktioniert. Bei der ersten Pflichtverletzung tritt als gesetzliche Sanktionsfolge zunächst eine Minderung in Höhe von 30,00 % des maßgeblichen Regelsatzes ein. Bei der ersten wiederholten Pflichtverletzung erhöht sich die Minderung auf 60,00 %. Bei jeder weiteren Pflichtverletzung entfällt das ALG II schließlich vollständig (§ 31a Abs. 1 SGB II).[39] Diese Praxis kann sogar noch weiter verschärft werden, indem bereits bei der ersten Pflichtverletzung das ALG II auf die Kosten für Unterkunft und Heizung beschränkt wird, also die Regelleistung komplett wegfällt (§ 31a Abs. 2 SGB II). Bei der ersten wiederholten Pflichtverletzung entfällt der Leistungsanspruch dann sogar für die Kosten der Unterkunft und Heizung. Einer Prüfung des Bundesverfassungsgerichts[40], ob bzw. inwieweit ein solcher Eingriff in das Existenzminimum und eine Ungleichbehandlung gegenüber älteren Leistungsbeziehenden

[36] Sozialgericht Schleswig, Urteil vom 4. März 2019, Az. S 1 AS 465/16.
[37] Az. B 14 AS 41/18 R (Stand: 8. März 2019).
[38] Landessozialgericht Schleswig-Holstein, Beschluss vom 1. Juni 2018, Az. L 6 AS 86/18 B ER.
[39] Die Regelung betrifft Leistungsberechtigte, die noch nicht 25 Jahre alt sind.
[40] Az. 1 BvL 7/16.

rechtmäßig ist, sieht die Bürgerbeauftragte erwartungsvoll entgegen. Den Betroffenen bleibt nach Sanktionen nicht einmal mehr das – eigentlich verfassungsrechtlich garantierte – Existenzminimum. Ferner sind die Betroffenen durch die Kürzung von Unterkunftskosten akut von Obdachlosigkeit bedroht. Dies ist in höchstem Maße unangemessen und inhuman, denn eine Wohnung gehört für jeden Menschen zum Kernbereich eines menschenwürdigen Lebens.[41] Auch stellt die Bürgerbeauftragte den Sinn und Zweck von Sanktionen schlechthin in Frage, wenn diese dazu führen, dass die Eingliederungschancen von Menschen drastisch sinken. Teilweise wird auch aufgrund der unterschiedlichsten Umstände der Zweck der Sanktion verfehlt. Dies gilt z. B. dann, wenn bei den Betroffenen eine Überforderungssituation Auslöser für das sanktionierte Verhalten war. Dann kann eine Sanktion überhaupt nicht „motivierend" wirken. Anstatt die Menschen zu bestrafen, sollten daher positive, motivierende Anreize geschaffen und die Möglichkeiten zur Unterstützung der Betroffenen verbessert werden, um das Ziel der Eingliederung in Arbeit und die Unabhängigkeit von Sozialleistungen zu erreichen. Die Bürgerbeauftragte regt deshalb nicht nur an, lediglich die schärferen Sonderregelungen für den Personenkreis der Unter-25-Jährigen zu streichen, sondern das Sanktionssystem durch ein System mit positiven Anreizen zu ersetzen.

Ein wiederkehrender Beratungsbedarf bestand im Jahr 2018 auch im Hinblick auf die Praxis einiger Kreise zur Gewährung von Bewerbungskosten.[42] Leistungsbeziehende können aus dem Vermittlungsbudget der Agentur für Arbeit auf Antrag[43] diejenigen Kosten erstattet erhalten, die für die berufliche Eingliederung notwendig sind (§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB III). Der Gesetzgeber gibt den Leistungsbeziehenden damit ein Mittel an die Hand, angemessen hohe Bewerbungskosten, die von den Arbeitgeber*innen (voraussichtlich) nicht übernommen werden, vom Jobcenter zu erhalten.[44] Leider verweisen einige Jobcenter mitunter entweder darauf, für die Bewilligung nicht zuständig zu sein. Oder sie behaupten, das Vermittlungsbudget sei erschöpft und die beantragte Leistung könne nicht bewilligt werden. Diese Argumente sorgen bei den Leistungsbeziehenden verständlicherweise für Verunsicherung und sind überdies rechtswidrig. In Schleswig-Holstein gibt es sogar vereinzelte Jobcenter, in denen nicht einmal der gängige Satz von 5,00 € pro schriftlicher Bewerbung übernommen wird, sondern ein deutlich geringerer.[45] Für Bewerbungen per E-Mail erhalten Leistungsbeziehende gar keine Entschädigung, obwohl auch hier z. B. Kosten für Kopien oder Unterlagen anfallen. Die Bürgerbeauftragte weist darauf hin, dass in Zeiten zunehmender Digitalisierung, in denen Arbeitgeber verstärkt zur Bewerbung per E-Mail aufrufen, dieses Prozedere nicht mehr up-to-date ist und es daher einer grundlegenden Modifikation sowie eines Umdenkens auf Seiten der Leistungsträger bedarf.

Digitale Endgeräte sind für die Teilhabe an Bildung unentbehrlich und müssen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket bezahlt werden

Auch war in diesem Berichtsjahr der persönliche Schulbedarf aus dem Bildungs- und Teilhabepaket ein wichtiges Thema, mit dem sich die Bürgerbeauftragte befasste. So benötigte eine Schülerin dringend ein digitales Endgerät für ihren Schulalltag, dessen Finanzierung das Jobcenter ablehnte.[46] Diese und weitere Anfragen zur Finanzierung

[41] Vgl. dazu Tätigkeitsbericht 2016, S. 25.

[42] Hierunter können z. B. folgende Kosten fallen: Erstellen der Bewerbungsmappe sowie Versand per Post, Fahrtkosten zum Vorstellungsgespräch oder zur Unterzeichnung des Arbeitsvertrags, erforderliche Arbeitsmittel (Werkzeug, Arbeitskleidung), benötigte Nachweise (Gesundheitsnachweis, Führungszeugnis).

[43] Dieser muss im Vorfeld gestellt werden, eine Genehmigung im Nachhinein ist nicht möglich, vgl. § 324 Abs. 1 Satz 1 SGB III.

[44] Einen zwingenden Anspruch auf Übernahme der Kosten gibt es zwar nicht. Aus dem Vermittlungsbudget „können" Bewerbungskosten in gesetzlich nicht festgeschriebener Höhe erstattet werden. Diese „Kann"-Bestimmung verpflichtet die Jobcenter, Ermessenserwägungen anzustellen, ob und in welcher Höhe Kosten übernommen werden.

[45] Dies geschieht mit dem Argument, dass nur tatsächlich anfallende Kosten übernommen werden, also Kosten für die Bewerbungsmappe selbst (max. 1,50 €) sowie Kosten für den Versand (1,45 €).

[46] Vgl. Fallbeispiele, S. 75 f.

(kostenintensiver) Anschaffungen für die Schule, z. B. spezielle Taschenrechner für die Oberstufe, machen deutlich, dass die seit 2009 nicht erhöhte Pauschale des persönlichen Schulbedarfs in Höhe von insgesamt 100,00 € jährlich nicht annähernd ausreicht. Wie eine Studie aus dem Herbst des Schuljahres 2015/2016 belegt, liegen die durchschnittlichen Ausgaben mit 413,99 €[47] jährlich pro Schüler*in wesentlich höher.[48] Dazu ist anzumerken, dass in dieser Studie Kosten für digitale Endgeräte, Software und Internet nicht einmal in die Berechnungen einbezogen wurden. Die Forderung der Bürgerbeauftragten, diese Pauschale deutlich zu erhöhen und jährlich anzupassen, bleibt unabhängig von der digitalen Ausstattung weiterhin bestehen.[49] Durch die Digitalisierung kommen noch weitere und höhere Kosten, z. B. für Tablets, Laptops etc. auf die Eltern zu, die bisher keine Berücksichtigung fanden. Wie bereits in den Anregungen und Vorschlägen[50] dargestellt, sind digitale Endgeräte inzwischen unerlässlich im täglichen Schulalltag. Den Schüler*innen digitale Kenntnisse und Kompetenzen zu vermitteln, ist erklärtes Ziel der Politik. Dafür ist es aber auch notwendig, dass neben den Schulen vor allem die Schüler*innen mit digitalen Interaktions- und Anzeigegeräten ausgestattet werden. Solange die Frage ungeklärt ist, ob es aufgrund der Lehr- und Lernmittelfreiheit grundsätzlich Aufgabe der Schule ist, für eine angemessene Ausstattung zu sorgen, bleibt den Eltern nichts anderes übrig, als die benötigten digitalen Geräte selbst zu beschaffen. Hilfebedürftige Kinder aus einkommensschwachen Familien kommen aufgrund der finanziellen Situation dabei zu kurz und geraten in Gefahr, auch im Bereich der Digitalisierung abgehängt zu werden. Dabei gehört die Sicherstellung der Teilnahme am Unterricht zum existenziellen Bedarf eines Kindes. Um dieses zu gewährleisten, fordert die Bürgerbeauftragte neben einer Erhöhung des persönlichen Schulbedarfs ebenfalls die Einführung eines Sonderbedarfs „Erstausstattung Schule“.[51]

Von Bedeutung war im Berichtsjahr auch das Thema Lernförderung. Das Bundessozialgericht (BSG)[52] hatte hierzu entschieden, dass Jobcenter auch hierzu ihren Teil beitragen müssen, indem sie bspw. die Kosten für einen Volkshochschulkurs übernehmen. Diese Sichtweise findet seine Begründung in dem Umstand, dass Schulen bereits einen umfassenden Bildungsauftrag haben und nicht immer gewährleisten können, dass jedes einzelne Kind die individuell erforderlichen Nachhilfeleistungen erhält. Die in Anspruch genommenen Jobcenter können einen Antrag auf Übernahme solcher Kosten nicht mit dem Argument ablehnen, Lernförderung könne nur bei vorübergehenden und kurzfristigen Lernschwächen finanziert werden. Gerade diesen Aspekt hob das BSG deutlich hervor, indem es klarstellte, dass Lernförderung auch für einen längeren Zeitraum von den Leistungsträgern gezahlt werden müsse. Die Bürgerbeauftragte begrüßt die Entscheidung und hebt vor dem Hintergrund der Chancengerechtigkeit hervor, dass dies wichtig ist, um Schüler*innen eine ordentliche Basis für weiterführendes Lernen, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und damit einen gleichberechtigten Bildungszugang zu ermöglichen.

[47] Durchschnittliche Verbrauchsausgaben in den Bereichen Verbrauchsmaterial, Schulequipment, Sportunterricht und Bücher nach der Erhebung des Leibniz-Instituts für die Pädagogik der Naturwissenschaften und Mathematik (IPN), Abschlussbericht vom 4. Juli 2016, S. 19.

[48] An der Studie nahmen im Herbst des Schuljahres 2015/2016 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 (LT-Drs. 18/4685).

[49] Vgl. dazu Tätigkeitsbericht 2017, S. 11 f.; inzwischen hat die Bundesregierung reagiert und einen Gesetzesentwurf beschlossen, mit dem u. a. die Erhöhung des persönlichen Schulbedarf von 100,00 € auf 150,00 € jährlich umgesetzt werden soll (Entwurf eines Starke-Familien-Gesetzes – StaFamG).

[50] Vgl. Anregungen und Hinweise auf S. 11 f.

[51] Siehe hierzu Hinweise und Anregungen, S. 11 f.

[52] BSG, Urteil vom 25. April 2018, Az. B 4 AS 19/17 R. Gegenstand des Gerichtsverfahrens war die Klage eines Jungen mit Lese-Rechtschreib-Störung (Legasthenie).

Werden die Fahrkosten nicht übernommen, unterbleiben oft wichtige ärztliche Behandlungen, Untersuchungen und Therapien – Es muss eine Regelung zur Übernahme geben!

Einen vermehrten Beratungsbedarf hatten die Bürger*innen im Berichtsjahr auch bei dem Thema der Übernahme von Fahrkosten für den Besuch von Ärzt*innen. Denn Krankenkassen können Kosten für Fahrten zu ambulanten Therapie-, Behandlungs- und Untersuchungsterminen nur in wenigen Ausnahmefällen übernehmen.[53] Von ihrem Regelsatz können Leistungsbeziehende die Fahrkosten jedoch auch häufig nicht finanzieren. Für die gesamte Gesundheitspflege ist im Regelbedarf ein Betrag von maximal 16,11 € vorgesehen, für sämtliche Fahrkosten sind es 35,33 € im Monat (Stand: 2019).[54] Dieser Betrag ist häufig nicht einmal für einen Arztbesuch ausreichend, zumal naturgemäß im laufenden Monat auch weitere Kosten für Fahrten und Gesundheitspflege anfallen. Zwar haben Leistungsberechtigte einen Anspruch auf Mehrbedarf, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht (§ 21 Abs. 6 SGB II). Damit bestehen theoretisch auch Ansprüche gegen das Jobcenter auf zusätzliche Leistungen für Fahrkosten. In der Praxis werden Anträge jedoch regelmäßig abgelehnt. Dies wird zum Beispiel damit begründet, dass es den Leistungsberechtigten obliege, vorrangig bei anderen Sozialleistungsträger*innen Leistungen zu beantragen. Daher müssen Betroffene zunächst ein Antragsverfahren bei der für medizinische und therapeutische Leistungen grundsätzlich zuständigen Krankenversicherung durchführen und gegen ablehnende Entscheidungen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen vorgehen. Alternativ verweisen die zuständigen Träger*innen häufig darauf, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend seien. Bestehe nach dem SGB V kein Anspruch, so könne auch kein Anspruch nach dem SGB II bestehen. Die Bürgerbeauftragte beobachtet mit großer Sorge, dass viele Leistungsbeziehende in der Konsequenz auf notwendige Behandlungs- und Therapietermine verzichten, weil sie keine Möglichkeit sehen, die Fahrkosten zu finanzieren oder zu erstreiten. Es sollte daher ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und auch nach dem SGB XII explizit gesetzlich statuiert werden, sofern die Krankenkassen Behandlungs- bzw. Therapiekosten übernehmen, nicht jedoch die Fahrkosten.[55]

Auch wandten sich im Laufe des Berichtsjahres verzweifelte EU-Bürger*innen an die Bürgerbeauftragte, weil das Jobcenter ihnen und ihren Familien keine aufstockenden Leistungen nach dem SGB II gewährt hatte. Das lag u. a. daran, dass entweder die Betroffenen ihre Mitwirkungspflicht nicht erfüllt hatten bzw. erfüllen konnten oder aber das Jobcenter eine Voraussetzung für die Leistungsgewährung – die Eigenschaft als Arbeitnehmer*in – als nicht gegeben ansah. Die Mitwirkungspflicht wird aus mehreren Gründen oft nicht erfüllt: Ein großes Problem stellen insbesondere Sprachbarrieren dar. Die Antragsteller*innen verstehen die Schreiben der Jobcenter nicht oder können teilweise die geforderten Unterlagen, die zur Prüfung eines Anspruchs benötigt werden, nicht beibringen, weil sie diese schlicht nicht haben. Neben einer Vielzahl an fairen Arbeitgeber*innen gibt es leider auch solche, die versuchen, ausländische Arbeitskräfte in ihrer Gutgläubigkeit und Unwissenheit auszunutzen. Viele sprechen anfangs kein deutsch und befinden sich oft in finanziellen Zwangslagen. So passiert es, dass die Betroffenen Verträge unterschreiben, ohne zu wissen, was dadurch geregelt wird. Es kommt auch vor, dass gar keine schriftlichen Verträge geschlossen und auch keine oder falsche Lohnabrechnungen ausgehändigt werden. Diese Unterlagen benötigt jedoch das Jobcenter zur Prüfung eines Anspruchs auf Leistungen. Fehlen diese oder sind diese falsch, wird der Anspruch abgelehnt bzw. fehlerhaft berechnet. Eine sehr hilfreiche Anlaufstelle bei Problemen ist die

[53] Siehe dazu auch Berichte. S. 35.
[54] Die notwendigen Verbrauchsausgaben für Kostenpositionen wie z. B. Nahrungsmittel, Bekleidung, Gesundheitspflege oder Verkehr sind im Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz (RBEG) festgelegt und werden jährlich leicht angepasst.
[55] Siehe dazu auch Berichte, S. 35.

Beratungsstelle Arbeitnehmerfreizügigkeit.[56] Die Mitarbeitenden beraten dabei unterschiedliche Personenkreise: Arbeitnehmer*innen, die im Sinne der Arbeitnehmerfreizügigkeit in Schleswig-Holstein angestellt sind; entsandte Beschäftigte, die über eine/n Arbeitgeber*in im Herkunftsland oder über Leiharbeitsfirmen nach Schleswig-Holstein kommen; Selbständige aus dem Ausland, die ein eigenes Gewerbe in Schleswig-Holstein betreiben möchten. Themenschwerpunkte der Beratung sind dabei das Arbeitsrecht, Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsschutz, Urlaub), Kündigungsschutz, tarifliche Regelungen, Lohn und Gehalt, Arbeitnehmerentsendung oder Arbeitnehmerüberlassung. Wenn die Probleme in Bezug auf die Nachweise geklärt werden konnten, prüft das Jobcenter weiter, ob die ausgeübte Tätigkeit zur Eigenschaft als Arbeitnehmer*in im Sinne des Gesetzes führt, so dass aufstockende Leistungen nach dem SGB II möglich sind. Die Frage ist oft nicht einfach zu beantworten, denn ausländische Personen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers in vielen Fällen vom Leistungsbezug ausgeschlossen werden, vgl. z. B. § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II. Der Leistungsausschluss gilt aber u. a. nicht für EU-Bürger*innen, die ihre Freizügigkeit aus einer aktuellen Erwerbstätigkeit ableiten (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB II). Der Arbeitnehmerbegriff ist europarechtlich geprägt.[57] Arbeitnehmer*in ist danach, wer eine tatsächliche und echte Tätigkeit ausübt. Dabei bleiben nur solche Tätigkeiten außer Betracht, die einen so geringen Umfang haben, dass sie sich als völlig untergeordnet und unwesentlich darstellen. Der Umstand, dass eine Person im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nur sehr wenige Arbeitsstunden leistet, kann ein Anhaltspunkt dafür sein, dass die ausgeübten Tätigkeiten nur untergeordnet und unwesentlich sind. Unabhängig von der Höhe des aus einer Berufstätigkeit bezogenen Entgelts und des Umfangs der Arbeitszeit ist indes nicht auszuschließen, dass eine Tätigkeit aufgrund einer Gesamtbewertung als „tatsächlich und echt“ angesehen werden kann.[58] Für die Gesamtbewertung der Ausübung einer Tätigkeit als Beschäftigung und damit die Zuweisung des Arbeitnehmerstatus sind insbesondere maßgeblich die Arbeitszeit, der Inhalt der Tätigkeit, eine Weisungsgebundenheit, der wirtschaftliche Wert der erbrachten Leistung, die Vergütung als Gegenleistung für die Tätigkeit, der Arbeitsvertrag sowie die Beschäftigungsdauer.[59] Entscheidend ist die Bewertung in der Gesamtschau, nachdem sämtliche Punkte geprüft wurden. Die Eigenschaft als Arbeitnehmer*in wird oft zu oberflächlich geprüft und dann zu Unrecht abgelehnt. In einigen Fällen musste die Bürgerbeauftragte die Betroffenen an die Sozialgerichte verweisen, um im einstweiligen Rechtschutzverfahren vorläufig Leistungen durchzusetzen.

Schließlich ist für den Bereich der Eingliederung sehr erfreulich, dass zum 1. Januar 2019 neue Förderungsmöglichkeiten für Langzeitarbeitslose geschaffen wurden.[60] Für Menschen, die in den vergangenen sechs Jahren ALG II bezogen haben, wurde damit das neue Instrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ in das SGB II eingeführt (§ 16i SGB II). Dieses sieht einen Lohnkostenzuschuss in Höhe von 100,00 % in den ersten beiden Jahren für Arbeitgeber*innen vor. In jedem weiteren Jahr wird dieser Zuschuss um 10,00 % gekürzt. Die Förderdauer soll maximal fünf Jahre betragen. Es können Zuschüsse zu Weiterbildungskosten an die Arbeitgeber*innen gezahlt werden, die je Förderfall bis zu insgesamt 3.000,00 € umfassen. Ferner findet eine kontinuierliche beschäftigungsbegleitende, persönliche Beratung und Unterstützung (Coaching) statt. Den so Geförderten steht damit eine den betrieblichen und sozialen Alltag stabilisierende Maßnahme zur Seite. Das zweite Förderungsinstrument „Eingliederung von Langzeitarbeitslosen“ soll eine Rechtsgrundlage für einen neuen Lohnkostenzuschuss schaffen (§ 16e SGB II). Es richtet

[56] Das Projekt „Beratungsstelle Arbeitnehmerfreizügigkeit“ wird gefördert vom Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus in Schleswig-Holstein. Die Beratungsstelle hat ihren Sitz in der Legienstraße 22 in Kiel.

[57] Die Auslegung des Arbeitnehmerbegriffs richtet sich vor allem nach Unionsrecht und ergibt sich vornehmlich aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu der in Artikel 45 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) geregelten Arbeitnehmerfreizügigkeit.

[58] BSG, Urteil vom 13. Juli 2017, Az. B 4 AS 17/16 R, unter Hinweis auf die Rechtsprechung des EuGH.

[59] EuGH, Urteil vom 4. Februar 2010, Az. C-14/09; EuGH, Urteil vom 21. Februar 2013, Az. C-46/12.

[60] Zehntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt (Teilhabechancengesetz – 10. SGB II-ÄndG), Gesetz vom 17. Dezember 2018, BGBl. I S. 2583 (Nr. 47).

sich an ALG II-Beziehende, die seit mindestens zwei Jahren arbeitslos sind. Hierbei wird eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Lohnkostenzuschuss in Höhe von 75,00 % und im zweiten Jahr von 50,00 % gefördert. Der Lohnkostenzuschuss und eine beschäftigungsbegleitende Beratung und Unterstützung sollen Anreize schaffen, Arbeitslosen nach zweijähriger Förderung den Übergang in nicht mehr geförderte Erwerbstätigkeit in Betrieben einfacher zu gestalten.

Arbeitsförderung

Die Zahl der Eingaben ist im Vergleich zu den Vorjahren mit 151 auf dem gleichen Niveau geblieben. 2017 gab es 159 Eingaben, 2016 waren es 153. Auch bei den Themen sind keine wesentlichen Änderungen zu verzeichnen gewesen.

Den Schwerpunkt mit 79 Eingaben (Vorjahr 80) bildeten Anfragen zum Arbeitslosengeld I. Dabei ging es oft um die Höhe des Arbeitslosengeldes I, weil den Betroffenen z. B. die Regelungen zur fiktiven Bemessung nicht bekannt waren oder nicht ausreichend erklärt wurden (vgl. § 152 SGB III). Eine solche Bemessung erfolgt, wenn in den letzten zwei Jahren vor dem Beginn der Arbeitslosigkeit keine 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt festgestellt werden konnten (§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB III). Zur Festsetzung des fiktiven Arbeitsentgeltes muss dann die/der Arbeitslose einer von vier Qualifikationsgruppen[61] zugeordnet werden (§ 152 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB III). Dabei können allerdings besondere Umstände in den beruflichen Lebensläufen der Betroffenen nur eingeschränkt berücksichtigt werden. Viele hielten daher ihr Arbeitslosengeld I für zu niedrig, obwohl es korrekt nach den gesetzlichen Vorschriften berechnet worden war.

Ein weiterer Streitpunkt ist die Berücksichtigung einer beim Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis gezahlten Urlaubsabgeltung (siehe § 157 SGB III). Auch hier verstehen die Betroffenen oft die gesetzlichen Regelungen nicht. Sie nehmen irrtümlich an, dass ihnen dieses Geld zusätzlich zusteht, und sind enttäuscht und verärgert, wenn die Agentur für Arbeit ihnen erklärt, dass der Anspruch auf Arbeitslosengeld I für den Zeitraum ruht, für den die Urlaubsabgeltung gezahlt worden war (§ 157 Abs. 2 Satz 1 SGB III).

Das ALG I wegen Nahtlosigkeit bereitet immer noch Probleme

Zahlreiche Petitionen gab es wieder zum Thema „Arbeitslosengeld I wegen Minderung der Leistungsfähigkeit“ (§ 145 SGB III).[62] Die Bürgerbeauftragte konnte hier zunächst positiv feststellen, dass die fraglichen Fallkonstellationen (auch als „ALG I wegen Nahtlosigkeit“ bezeichnet) in den Agenturen für Arbeit besser erkannt wurden. Bei allen Petitionen war nämlich eine Prüfung, ob eine Minderung der Leistungsfähigkeit vorliegen könnte, bereits eingeleitet oder sogar schon abgeschlossen worden. Arbeitslosengeld I wegen Minderung der Leistungsfähigkeit wird sehr oft im Anschluss an eine Krankengeldgewährung gezahlt. Das Arbeitslosengeld I ist dabei nur eine Überbrückungsleistung, bis die Gesetzliche Rentenversicherung eine Entscheidung über einen Rehabilitations- oder Rentenantrag getroffen hat. Eine der Leistungsvoraussetzungen ist, dass die Minderung der Leistungsfähigkeit mehr als sechs Monate beträgt (§ 145 Abs. 1 Satz 1 SGB III). In unklaren Fällen wird daher von der Agentur für Arbeit eine Untersuchung durch den eigenen ärztlichen Dienst eingeleitet. Viele Betroffene verstehen dies nicht, weil sie jahrelang in ärztlicher Behandlung sind und ihr Krankheitsbild doch offenkundig sei. Die Bürgerbeauftragte erklärte ihnen dann, dass nicht das Bestehen einer Krankheit angezweifelt wird, sondern dass sich die Agentur für Arbeit über die weitere Dauer Klarheit verschaffen will. In den meisten Fällen ist das Ergebnis für die Hilfesuchenden unproblematisch, weil eine Dauer von mehr als sechs Monaten bestätigt wird. Ist dies aber nicht der Fall, treten Probleme auf. Da eine Gewährung von Arbeitslosengeld I gemäß § 145 SGB III dann nicht mehr in Betracht kommt, greifen die allgemeinen Regelungen (§§ 137, 138

[61] Dies sind: Personen mit einer Hochschul- oder Fachhochschulausbildung, einem Fachschulabschluss oder einer Meisterqualifikation, einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder keiner Ausbildung.
[62] Vgl. auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 28 f.

SGB III). Die Betroffenen müssen daher arbeitslos sein (§ 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB III). Dies sind sie, wenn sie u. a. den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen (§ 138 Abs. 1 Nr. 3 SGB III). Hieran scheitert es, weil die Betroffenen ja krank sind. In der Folge kann daher kein Arbeitslosengeld I bezogen werden. Es ist dann zu prüfen, ob ein Anspruch auf SGB II-Leistungen besteht. Oftmals ist dies aber nicht der Fall, weil die Ehe- oder Lebenspartner*innen genug Einkommen erzielen, um den Lebensunterhalt in Höhe des Existenzminimums zu decken. Trotzdem entstehen natürlich häufig finanzielle Notlagen, wenn ein Einkommen komplett wegfällt. So ist z. B. vielfach die weitere Finanzierung einer Immobilie gefährdet.

Schwierigkeiten entstehen aber auch, wenn der Rentenversicherungsträger (endlich) eine Entscheidung getroffen hat. Lautet diese nämlich, dass Erwerbsfähigkeit vorliegt und eine Rente wegen Erwerbsminderung daher abzulehnen ist, stellt sich die Frage, wie es im Verhältnis zur Agentur für Arbeit weitergehen soll. Die Agentur für Arbeit greift dann für die Leistungsgewährung wiederum auf die allgemeinen Regelungen zurück. Für die Bürger*innen bedeutet dies, dass sie sich der Vermittlung vollumfänglich zur Verfügung stellen müssen, um weiterhin Arbeitslosengeld I zu erhalten. Besonders problematisch wird es, wenn die behandelnden Ärzt*innen die Betroffenen weiterhin krankschreiben. Eine Gewährung von Arbeitslosengeld I bei Arbeitsunfähigkeit kommt dann längstens für sechs Wochen in Betracht (§ 146 Abs. 1 Satz 1 SGB III). Die Bürgerbeauftragte empfiehlt den Hilfesuchenden zunächst ein klärendes Gespräch mit den Ärzt*innen. Hierbei soll abgeklärt werden, ob wirklich eine generelle Arbeitsunfähigkeit besteht oder die Krankschreibung allein auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezogen wird. Ist letzteres der Fall, sollten der Agentur für Arbeit keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehr übermittelt werden, weil eine Arbeitsaufnahme in einem anderen Tätigkeitsbereich tatsächlich möglich wäre. Arbeitslosengeld I kann dann weiter gezahlt werden, bis der Anspruch ausgeschöpft ist.

Besteht aber unstreitig eine allgemeine Arbeitsunfähigkeit, sollte zeitnah ein Antrag auf ALG II gestellt werden. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld besteht dagegen in aller Regel nicht. All dies gilt im Übrigen auch dann, wenn gegen die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers Widerspruch eingelegt wurde. Für die Agentur für Arbeit ist allein dessen erste Entscheidung maßgeblich, auch wenn diese zunächst keine Rechtskraft entfaltet.

Sperrzeiten sind schon vor ihrer endgültigen Feststellung eine erhebliche Belastung, gegen die Rechtsbehelfe ins Leere gehen

Häufig wenden sich Betroffene an die Bürgerbeauftragte, weil die Agentur für Arbeit das Vorliegen einer Sperrzeit bei einer Arbeitsaufgabe oder einer Kündigung prüft und deshalb (zunächst) kein Arbeitslosengeld I zahlt. Anhaltspunkte für eine solche Prüfung gewinnt die Agentur für Arbeit entweder aus den Angaben der Arbeitgeber*innen oder nicht plausibel erscheinenden Erklärungen der Antragsteller*innen zu den Gründen der Arbeitsaufgabe oder Kündigung.

Für die Betroffenen ist bereits die Prüfungsphase eine erhebliche Belastung, weil bis zum Abschluss der Prüfung kein Arbeitslosengeld I gezahlt wird, auch nicht im Wege einer vorläufigen Entscheidung. Dieses Vorgehen begründet die Agentur für Arbeit damit, dass sie verwaltungsaufwändige Rückforderungsverfahren vermeiden will. Die Bürgerbeauftragte kann dies zwar nachvollziehen. Aber in Fällen, bei denen Zweifel am Vorbringen der Arbeitgeber*innen bestehen, sollten vorläufige Bewilligungen erfolgen.

Zwar werden grundsätzlich die Beiträge zur Krankenversicherung während der Prüfungsphase[63] von der Agentur für Arbeit bezahlt, der Lebensunterhalt muss aber durch andere Einnahmen gedeckt werden. Hier kommt oftmals der Antrag auf SGB II-Leistungen in Betracht. Leider werden die Betroffenen auf diese Möglichkeit nicht mit dem erforderlichen Nachdruck und der erforderlichen Klarheit hingewiesen. Bei der Bürgerbeauftragten sprachen immer wieder Menschen vor, die sich dieser Möglich-

[63] Dies gilt auch, wenn im Ergebnis eine Sperrzeit verhängt wird.

keit nicht bewusst waren oder die nicht wussten, dass ein SGB II-Antrag nur für den laufenden Monat der Antragstellung eine Rückwirkung entfaltet. Häufig war dadurch bereits ein Leistungszeitraum verloren. Die Bürgerbeauftragte würde es daher begrüßen, wenn die Agentur für Arbeit den Betroffenen ein nur auf diese Thematik abgestimmtes Merkblatt aushändigt.

Den Betroffenen war ebenso nicht klar, dass es bei den Jobcentern Praxis ist, nur eine um 30,00 % gekürzte Regelleistung zu gewähren. Auch die Jobcenter wollen Rückforderungsverfahren vermeiden und unterstellen daher zunächst, dass eine Sperrzeit verhängt werden wird. „Vorsorglich" verhängen sie daher selbst eine Sanktion nach (§ 31 Abs. 2 Nr. 4 SGB II).

Für die Bürgerbeauftragte verstößt diese Vorgehensweise gegen der Wortlaut der genannten Norm, weil danach eine Sanktion nur eintreten darf, wenn die Voraussetzungen für eine Sperrzeit erfüllt sind. Die Betroffenen könnten gegen die Sanktion Widerspruch einlegen, was aus praktischen Gründen aber meist sinnlos ist. Bevor nämlich über einen solchen Widerspruch eine Entscheidung getroffen worden ist, hat die Agentur für Arbeit längst selbst eine Entscheidung über das Eintreten einer Sperrzeit getroffen. Wird das Eintreten einer Sperrzeit verneint, wird rückwirkend das volle Arbeitslosengeld I gezahlt, wobei es vorher mit dem gezahlten Arbeitslosengeld II verrechnet wird. Wird das Vorliegen einer Sperrzeit dagegen bejaht, war die vom Jobcenter verhängte Sanktion in aller Regel rechtens.

Zum Teilbereich „Vermittlung, Förderung und Integration in den Arbeitsmarkt" hatten die Petitionen die üblichen Themen zum Gegenstand: Insbesondere ging es dabei um die Ablehnung von beruflichen Weiterbildungen oder Zusatzqualifizierungen. Auch die Förderung zur Anschaffung oder Reparatur eines Kfz war mehrfach Gegenstand von Petitionen. Auffällig war dabei, dass sich teilweise dagegen gesperrt wurde, den Bürger*innen einen Ablehnungsbescheid zu erteilen, wenn mündlich, aber auch schriftlich, eine Vermittlungsleistung beantragt worden war. Die Bürgerbeauftragte kann ein solches Verhalten nicht nachvollziehen und erwartet, dass über einen unmissverständlich gestellten Antrag durch schriftlichen Bescheid entschieden wird.

Die Bürger*innen beklagten sich in diesem Zusammenhang oft über eine uneinheitliche Entscheidungspraxis in den Agenturen für Arbeit. So wurde z. B. berichtet, dass die zuständige Vermittlungsfachkraft den Antrag genehmigen wollte, dann aber doch eine Ablehnung erfolgte, weil die Teamleitung Einwände hatte. Häufig war auch die Variante anzutreffen, dass Urlaubs- oder Krankheitsvertretungen keine Entscheidung treffen wollten, weil sie nicht wussten, wie die eigentlich zuständigen Vermittler*innen entscheiden würden. Tatsächlich ging es in den meisten Fällen nicht um hohe Geldbeträge, so dass unverständlich blieb, warum die Vermittlungsfachkraft nicht allein eine Entscheidung treffen konnte. Die Bürgerbeauftragte kann den Ärger der Betroffenen verstehen und würde es begrüßen, wenn den Vermittlungsfachkräften mehr Handlungs- und Entscheidungsspielräume zugestanden werden.

Zu berücksichtigen ist auch, dass viele Entscheidungen auf Prognosen oder Annahmen beruhen, die einer exakten Überprüfung nicht zugänglich sind. Weiterbildungen bzw. Zusatzqualifizierungen werden oft mit dem Argument abgelehnt, dass eine Förderung für die Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht erforderlich sei, weil die Integration auch ohne Förderung gelingen müsste. Nur ist dies gerade ungewiss. Die Hilfesuchenden sind oft seit Wochen oder Monaten arbeitslos und haben sich bereits mehrfach erfolglos beworben. Niemand kann mit Bestimmtheit sagen, wann eine Integration gelingt. Nach Ansicht der Bürgerbeauftragten sollten die Agenturen für Arbeit daher weitsichtiger agieren und eher zugunsten der Bürger*innen entscheiden. Insbesondere dann, wenn sie den Arbeitslosen keine oder nur sehr wenige Vermittlungsvorschläge unterbreiten konnten.

Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung war der Unterstützungsbedarf auch im Berichtsjahr auffällig hoch. 543 Petitionen stellen den zweithöchsten Wert seit Bestehen der Dienststelle dar. Lediglich im Jahr 2017 verzeichnete die Bürgerbeauftragte mit 577 Eingaben einen höheren Wert. Im Jahr 2015 waren es noch 353 Petitionen.

Die Bürgerbeauftragte sieht sich darin bestätigt, dass Fragen eines gerechten, umfassenden und

finanzierbaren Krankenversicherungsschutzes weiterhin eine hohe Bedeutung haben. Sie führt den hohen Wert der Eingaben aber auch darauf zurück, dass die Petent*innen zunehmend über die Beratungsstellen der Kreise und kreisfreien Städte, die Verbraucherzentrale, die Sozialdienste der Krankenhäuser und Kliniken oder gemeinnützige Institutionen den Weg zu ihrer Dienststelle finden.

Die thematischen Schwerpunkte der Eingaben haben sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert. Am häufigsten unterstützte die Bürgerbeauftragte erneut bei Fragen zur Beitragsberechnung und Beitragsgerechtigkeit, beim Zugang zu einem finanzierbaren Versicherungsschutz und bei Problemen mit dem Krankengeld.

Die fehlende Übernahme der Fahrkosten durch die Gesetzliche Krankenversicherung oder andere Träger verhindert medizinisch notwendige Behandlungen

Auffällig war jedoch, dass sich im Berichtsjahr insgesamt 30 Betroffene an die Bürgerbeauftragte wandten, weil die Krankenkassen die Übernahme von Fahrkosten abgelehnt hatten. Nach der aktuellen Rechtslage muss die Krankenversicherung Kosten für Fahrten zu ambulanten Behandlungs-, Therapie- und Untersuchungsterminen tatsächlich nur in wenigen Konstellationen übernehmen, vgl. § 60 SGB V. Dies ist der Fall, wenn Patient*innen während der Fahrt medizinisch betreut oder in einem Krankenwagen versorgt werden müssen. Ferner, wenn durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Im Übrigen nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien festgelegt hat. Jene Richtlinie erweitert die Möglichkeit der Fahrkostenübernahme im Wesentlichen um Fahrten zu einer ambulanten Operation nebst Vor- oder Nachbehandlung, Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie. Schließlich gilt für Fahrten schwerbehinderter Menschen mit Merkzeichen „H“ (Hilflosigkeit), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) sowie „Bl“ (Blindheit) oder Personen mit einer anerkannten hohen Pflegebedürftigkeit die Genehmigung als erteilt, § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V.[64] In den allermeisten Fällen sind Krankenkassen daher nicht verpflichtet, Fahrkosten zu übernehmen. Dies führt gerade im ländlichen Raum dazu, dass Behandlungen oder Therapien, die eigentlich dringend erforderlich sind, nicht angetreten werden können. Denn in der Regel erfolgt auch keine Kostenübernahme durch andere Leistungsträger. Problematisch sind insbesondere psychotherapeutische und psychologische Behandlungen, die üblicherweise langfristig und regelmäßig erfolgen müssen. Nach den Erfahrungen der Bürgerbeauftragten stellen auch augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen viele Versicherte vor Probleme, da diese in der Regel mehrere Termine erfordern.

An die Bürgerbeauftragte wenden sich mit diesem Problem vor allem Menschen, die auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II / SGB XII angewiesen sind und Taxifahrten zu Arztterminen schlicht nicht zahlen können. Zwar haben Empfänger*innen von SGB II-Leistungen einen Anspruch auf Mehrbedarf, „soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht“; auch für Empfänger*innen von SGB XII-Leistungen „können Leistungen in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen“ (vgl. § 21 Abs. 6 SGB II bzw. § 73 SGB XII). Damit bestehen sowohl für Leistungsberechtigte nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII theoretisch Ansprüche auf zusätzliche Leistungen für Fahrkosten, zumindest wenn mehrere Behandlungstermine erforderlich sind. Tatsächlich werden Anträge jedoch in aller Regel von den zuständigen Sozialträger*innen abgelehnt. Dies wird z. B. damit begründet, dass es den Leistungsberechtigten obliege, vorrangig bei ihrer Krankenkasse Leistungen zu beantragen. Betroffene sollen also zunächst dort ein aussichtsloses Antragsverfahren durchführen und

[64] § 60 SGB V wurde aufgrund Art. 7 Nr. 7 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) zum 1. Januar 2019 geändert. Zuvor mussten auch die genannten Personengruppen vorab eine Genehmigung ihrer Kasse beantragen.

gegen ablehnende Entscheidungen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen vorgehen. Alternativ verweisen die Träger*innen häufig darauf, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin abschließend seien. Bestehe nach dem SGB V kein Anspruch, so könne es stattdessen auch keine Leistung nach dem SGB II bzw. SGB XII geben.[65]

Oft kommt es deshalb dazu, dass medizinisch notwendige Behandlungen nicht durchgeführt werden, weil die Fahrkosten für die Betroffenen zu teuer sind. Die Bürgerbeauftragte regt daher an, einen gesetzlich klar geregelten Anspruch auf Fahrkostenübernahme für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und SGB XII einzuführen, sofern die Krankenkassen Behandlungs- bzw. Therapiekosten übernehmen, nicht jedoch die Fahrkosten. Da das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich keine einkommens- und vermögensabhängigen Leistungsansprüche vorsieht, erscheint ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme für alle gesetzlich Krankenversicherten nicht zwingend geboten. Es ist Versicherten grundsätzlich zumutbar, eigene finanzielle Mittel in angemessenem Umfang aufzuwenden. Damit ist jedoch eine eindeutige Regelung im SGB II und SGB XII für Personen erforderlich, die auf Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind, also Fahrkosten zu notwendigen medizinischen und therapeutischen Behandlungen gar nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Ferner ist sicherzustellen, dass Betroffene selbst bei eindeutiger Rechtslage nicht zunächst erfolglos ein Antrags- und Widerspruchsverfahren gegen ihre Krankenkasse durchführen müssen. Auch etwaige Erstattungsansprüche zwischen den Sozialträger*innen dürfen nicht dazu führen, dass sich die verordneten Behandlungen oder Therapien verzögern.

Krankengeldfalle, Entscheidungen des MDK zur Arbeitsfähigkeit und der Streit um die Einstellung des Krankengeldes bedeuten oft existenzielle Nöte für die Betroffenen

Insgesamt 106 Eingaben betrafen im Berichtsjahr Probleme zum Thema Krankengeld. Erneut waren 12 Betroffene Opfer der sog. „Krankengeld-Falle“ geworden, deren Ende die Bürgerbeauftragte seit Jahren vehement fordert. 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. Dabei spielt es nach der aktuellen Rechtslage keine Rolle, ob diese „Lücke“ ganz und gar unverschuldet oder sogar wegen eines Versehens der Arztpraxis bei der Terminvergabe entstanden ist. In der Regel verlieren die Betroffenen darüber hinaus sogar ihren Status als Pflichtmitglied in der Krankenkasse und müssen ihre Versicherung dann selbst finanzieren, obwohl sie keine Einkünfte mehr haben. Nach den Plänen der Bundesregierung soll diese völlig unverhältnismäßige Rechtsfolge einer verspäteten Folgebescheinigung künftig nicht mehr eintreten: Nach einem Gesetzentwurf[66] soll für Versicherte der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen bleiben, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht wie bisher am nächsten Werktag, sondern spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Künftig würden Versicherte dann lediglich für den Zeitraum der „Nachweislücke“ kein Krankengeld erhalten; sobald sie die Folgebescheinigung einholen und einreichen, würde die Zahlung aber fortgesetzt. Die Bürgerbeauftragte appelliert an alle Abgeordnete, diese längst fällige Reform nun schnellstmöglich umzusetzen. Sie unterstützt dar-

[65] Vgl. dazu z. B. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 29. November 2011, Az. L 7 AS 1442/10.

[66] Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 7. Dezember 2018, BT-Drucksache 19/6337, Art. 1 Nr. 22, vom Bundestag verabschiedet am 14. März 2019.

über hinaus den Vorschlag der Barmer Interessenvertretung (BIV), die mit Schreiben vom 27. Januar 2019 an den Bundesgesundheitsminister auch eine Verlängerung der Nachweis- und Meldefristen fordert.[67] Damit könnten Krankengeldverluste auch für die Zeiträume der „Lücke“ weitgehend vermieden werden und viele Widerspruchs- und Klagverfahren entfallen. Die Bürgerbeauftragte regt schließlich an, dass die Krankenkassen ihre Spielräume im Interesse der Versicherten schon jetzt im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nutzen sollten und die geplante Gesetzesänderung bei ihren Entscheidungen bereits vor In-Krafttreten berücksichtigen mögen.

Problematisch werden bei Krankengeldberechtigten aber auch künftig Konstellationen bleiben, in denen die Versicherten mit ihrer Krankenkasse darüber streiten müssen, ob sie weiter arbeitsunfähig sind. Mit diesem Problem wandten sich im Berichtsjahr 22 Betroffene an die Bürgerbeauftragte. Hintergrund ist in aller Regel ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), welches im Widerspruch zu der Einschätzung der behandelnden Ärzt*innen „behauptet“, die Patient*innen seien wieder arbeitsfähig. Versicherte erhalten dann häufig weder Krankengeld noch alternative Sozialleistungen, wenn sie weiter krankgeschrieben werden 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 hingegen 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 Partner*innen der Betroffenen über Einkünfte verfügen. Ohne eine laufende Sozialleistung verlieren die Versicherten auch hier ihre Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung und müssen die Beiträge als freiwilliges Mitglied selbst finanzieren, wenn nicht ausnahmsweise eine Familienversicherung in Betracht kommt.

Nicht selten liegen Streitigkeiten über die weitere Arbeitsunfähigkeit auch mangelnde Informationen der Versicherten und ihrer Ärzt*innen zugrunde. So können die Betroffenen regelmäßig nicht nachvollziehen, wie und warum der MDK zu seiner Einschätzung gelangt ist: Dessen Gutachten beruhen meist nicht auf einer persönlichen Begutachtung, sondern werden nach Aktenlage erstellt und den Versicherten nicht zur Kenntnis übermittelt. Die Bürgerbeauftragte fordert die Krankenkassen daher auf, ihren Einstellungsbescheiden obligatorisch das MDK-Gutachten beizufügen. Auch sollte bei einem Widerspruch zwischen den Beurteilungen der behandelnden Ärzt*innen und dem MDK über die Frage der Arbeitsunfähigkeit stets eine persönliche Begutachtung veranlasst werden.[68] Ferner kennen Versicherte naturgemäß nicht die Voraussetzungen für andere Sozialleistungen, insbesondere Arbeitslosengeld I und II. Auch hier sieht die Bürgerbeauftragte die Kassen in der Pflicht. Denn die Gesetzlichen Krankenversicherungen haben als Sozialleistungsträger nicht nur auf Anfrage der Betroffenen eine Beratungs- und Informationspflicht, sondern eine umfassende Fürsorge- und Betreuungspflicht bezüglich aller denkbaren Sozialleistungen.[69]

Nach Auffassung der Bürgerbeauftragten wäre es aber am sinnvollsten, die Bewilligung von Krankengeld im Wege einer Gesetzesänderung als „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ auszugestalten, der an das objektive (Fort-) Bestehen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit anknüpft. Damit hätte ein Widerspruch gegen die Einstellung eine sog. aufschiebende Wirkung und das Krankengeld müsste bis zur Entscheidung über die streitige Arbeitsunfähigkeit vorläufig weiter gewährt werden. Dies wäre mit der Regelung zum Verletztengeld der Gesetzlichen Unfallversicherung vergleichbar (vgl. § 46 SGB VII). Für Fälle eines erfolglosen Widerspruchs könnten statt der Rückzahlungsverpflichtung der Versicherten Erstattungsansprüche zwi-

[67] BIV-Gesetzesinitiative in Sachen Krankengeld, https://barmer-interessenvertretung.de/biv-gesetzesinitiative-in-sachen-krankengeld/ (aufgerufen am 27. Februar 2019, 9:17 Uhr).

[68] Vgl. dazu auch Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. Oktober 2007, Az. L 8 KR 228/06: Danach ist im Falle einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung ein medizinisches Gegengutachten erforderlich, das die ärztlichen Befunde bewertet und wissenschaftlich-methodisch untersucht, wenn Krankengeld eingestellt werden soll. In vielen Fällen ist, so das Gericht, dafür eine persönliche Begutachtung unerlässlich.

[69] Vgl. dazu BGH, Urteil vom 2. August 2018, Az. III ZR 466/16.

schen den für Arbeitslosengeld und Krankengeld zuständigen Träger*innen statuiert werden.

Nach wie vor sind viele Menschen mit den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung überfordert, haben einen unklaren Mitgliedschaftsstatus oder finden keinen Zugang

Die Bürgerbeauftragte musste auch im Berichtsjahr wieder feststellen, dass die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge viele gesetzlich Versicherte überfordert. So wandten sich 55 Versicherte mit Fragen zur Beitragsberechnung an die Bürgerbeauftragte, weitere 13 beklagten Beiträge auf ihre zusätzliche Altersvorsorge, 33 Petent*innen hatten wegen Beitragsschulden nur noch stark eingeschränkte Leistungsansprüche. Bei 68 Betroffenen war der Status ihrer Mitgliedschaft in der Krankenkasse unklar, 56 Personen wussten schließlich nicht, wie sie überhaupt Zugang zu einem adäquaten Versicherungsschutz finden können.

Hintergrund der allermeisten Probleme waren entweder die Berechnungen der Beiträge für eine freiwillige Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder die Voraussetzungen für eine Aufnahme als freiwilliges Mitglied.

Viele freiwillig Versicherte sind selbständig berufstätig. Bis Ende 2018 wurde Selbständigen bei der Berechnung ihrer Beiträge zunächst ein monatliches Einkommen von 4.425,00 € „unterstellt“.[70] Bei Nachweis geringerer Einkünfte war im Berichtsjahr noch ein Einkommen von mindestens 2.283,75 € Berechnungsgrundlage; in besonderen Ausnahmen, insbesondere für Existenzgründer, die einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit oder Einstiegsgeld erhielten, waren es mindestens 1.522,50 €.[71] Dadurch mussten Selbständige mit geringen Einkünften ca. 400,00 € im Monat an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen zahlen, selbst in Härtefällen waren es noch ca. 270,00 €. Obwohl die tatsächlichen Einkünfte der Selbständigen in keinem Verhältnis zu den auf fiktiven Grundlagen errechneten Beiträgen standen, konnten geringere Beiträge bislang nicht durchgesetzt werden.

Seit dem 1. Januar 2019 hat sich der Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbständige deutlich reduziert: Infolge des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes liegt das fiktive Mindesteinkommen, wie bei allen anderen freiwillig Versicherten, nun nur noch bei aktuell 1.038,88 €.[72] Die monatlichen Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich demnach auf ca. 200,00 €.

Gleichzeitig wurde mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz auch wieder die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge eingeführt.[73] Damit zahlen Arbeitnehmer*innen und Rentner*innen, die in der Krankenkasse pflichtversichert sind, nur noch die Hälfte des individuellen Zusatzbeitrags. Die andere Hälfte tragen, wie beim allgemeinen Beitragssatz, die Arbeitgeber*innen bzw. die Rentenversicherungsträger*innen.

Die Bürgerbeauftragte begrüßt die Änderungen der Beitragsberechnung als großen Schritt in die richtige Richtung. Sie befürchtet jedoch auch weiterhin eine finanzielle Überforderung von Menschen mit Einkünften deutlich unter 1.000,00 € im Monat. Betroffen sind insbesondere geringfügig selbständig Tätige oder Rentner*innen, die nicht als Pflichtmitglied versichert werden können. Auch sind häufig Studierende betroffen, die altersbedingt nicht mehr im günstigen Student*innen-Tarif versichert sind. Diese Personen haben oft nur ein geringes oder gar kein Einkommen und können auch Beiträge von 200,00 € nicht finanzieren.

Die Bürgerbeauftragte regt daher weiterhin eine verhältnismäßige Beitragsfestsetzung für alle

[70] § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V (a. F.) i. V. m. § 4 Abs. 2 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2018.
[71] § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V (a. F.) i. V. m. § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2018.
[72] § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 1 der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2019; vgl. Art. 2 Nr. 3 GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG).
[73] §§ 247 Satz 2, 248 Satz 2 SGB V; vgl. Art. 2 Nrn. 3a, 4 GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG).

Versicherten an. Die Mindestbeitragsbemessung sollte auf einen Betrag von 450,00 € abgesenkt werden, oberhalb dieser Grenze sollten konkret einkommensbezogene Beiträge in Ansatz gebracht werden. Etwaige Einbußen an Einnahmen könnten durch eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze aufgefangen werden, von denen zurzeit besser Verdienende profitieren. Zudem sollten weitere Personengruppen einen Zugang zum System der Gesetzlichen Krankenversicherung finden, die bislang häufig privat versichert sind, vor allem Selbständige mit höheren Einkünften und Beamt*innen.

Bei vielen Petent*innen haben erneut nicht finanzierbare, rückwirkend erhobene oder nachberechnete Beiträge dazu geführt, dass hohe Schulden entstanden sind und die Leistungsansprüche ruhend gestellt wurden (§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Dies ordnen die Kassen an, sobald Versicherte einen Betrag von mindestens zwei Monatsbeiträgen nicht gezahlt haben. Die Betroffenen können dann ihre elektronische Gesundheitskarte nicht mehr nutzen und haben lediglich noch Anspruch auf die sog. „Notversorgung“. Diese umfasst ausschließlich Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind, Untersuchungen zur Früherkennung von einigen schwerwiegenden Krankheiten (z. B. Krebserkrankungen) und Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft notwendig sind. Die Versicherten haben erst dann wieder Ansprüche auf weitere Leistungen, wenn neben den fälligen Beiträgen auch alle Beitragsrückstände gezahlt sind. Ferner, wenn die Versicherten hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden oder eine wirksame Ratenzahlung vereinbart wird und die Ratenzahlung zuverlässig erfolgt.

Nach den Erfahrungen der Bürgerbeauftragten ist die Ursache für Beitragsrückstände häufig nicht, dass Versicherte nicht zahlen wollen. Schulden entstehen oft, weil die geforderte Beitragshöhe nicht den tatsächlichen Einkünften der Versicherten entspricht und eine Finanzierung daher schlicht unmöglich ist. Neben weiteren Problemen mit der (rückwirkenden) Berechnung der Beiträge ist regelmäßig auch der Abschluss einer tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung problematisch. Hier fehlt es an einem verbindlichen gesetzlichen Anspruch. Die aktuellen Bestimmungen zu den Möglichkeiten eines Vergleichs, eines (Teil-) Erlasses oder einer Stundung bieten bei Weitem keine ausreichenden Spielräume. Die Bürgerbeauftragte fordert daher einen gesetzlich klar geregelten Anspruch auf Abschluss einer angemessenen, für die Versicherten wirtschaftlich tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung. Unmittelbar nach Abschluss einer solchen Vereinbarung sollten die Versicherten dann auch ihre elektronische Gesundheitskarte wieder einsetzen können. Ferner sollten die Sanktionen für Beitragsrückstände, die eine erhebliche Einschränkung des Versicherungsschutzes zusätzlich zu den ebenfalls anfallenden Säumniszuschlägen bedeuten, kritisch geprüft werden. Als verhältnismäßigere Alternativen kämen ein Ruhen der Leistungen erst ab Beitragsrückständen für sechs Monate, ein umfassenderer Leistungsanspruch während der „Notversorgung“ oder geringere Säumniszuschläge in Betracht.

Alternative Behandlungsmethoden können oft trotz ärztlicher Verordnung von den Kassen nicht übernommen werden

24 Versicherte baten die Bürgerbeauftragte schließlich um Unterstützung, da ihre Kasse „alternative Behandlungsmethoden“ oder andere Leistungen nicht übernehmen wollte, da sie im Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (noch) nicht vorgesehen sind. In den allermeisten dieser Fälle hatten die behandelnden Ärzt*innen aber eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen, basierend auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Nach dem Willen der Bundesregierung[74] sollen die Versorgungsmöglichkeiten künftig schneller aktualisiert, die Qualität der Hilfsmittelversorgung gestärkt und die Heilmittelerbringung finanziell aufgewertet werden. Die Bürgerbeauftragte wird weiter beobachten, ob sich die Qualität der Versorgung für die Versicherten dadurch in der Praxis tatsächlich verbessert.

[74] Vgl. Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 4. April 2017.

Da zahlreiche Probleme beim Versicherungsschutz immer wieder auftreten und überall identisch sind, haben alle parlamentarisch gewählten Bürgerbeauftragten der Länder[75] am 13. Februar 2019 ein gemeinsames Positionspapier mit Anregungen zum Krankenversicherungsrecht verabschiedet. Das Papier ist diesem Bericht im Anhang beigefügt.[76] Es zeigt, an welchen Punkten nach den Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Bürgerbeauftragten der dringendste Handlungsbedarf besteht. Die Bürgerbeauftragte verbindet damit die Hoffnung, dass die erarbeiteten Vorschläge dem Gesetzgeber als Anregung dienen und in laufenden sowie künftigen Gesetzgebungsverfahren Berücksichtigung finden.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Zahl der Petitionen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung ist im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. 230 Eingaben im Berichtsjahr stehen 229 Eingaben im Jahr 2017 gegenüber. Trotz einiger Anfragen zu wichtigen Gesetzesänderungen haben sich insgesamt die thematischen Schwerpunkte im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert.

So betrafen insgesamt 73 Petitionen die Erwerbsminderungsrente. Gegenstand war häufig die Ablehnung der Rente aus medizinischen Gründen. Nicht selten scheiterten die Rentenanträge aber auch an den sog. versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Die medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung sind erfüllt, wenn Betroffene wegen Krankheit oder Behinderung weniger als drei Stunden täglich arbeiten können, und zwar nicht nur in ihrem Beruf, sondern grundsätzlich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Teilweise erwerbsgemindert ist, wer auf nicht absehbare Zeit zwar noch mindestens drei, aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten kann. Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ist halb so hoch wie die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Weitere Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung sind aber auch mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung sowie die Erfüllung der sog. Wartezeit, die in der Regel nach fünf Beitragsjahren gegeben ist.

Vor allem Menschen, die vor dem Rentenantrag über eine längere Zeit nicht erwerbstätig waren, bleibt eine Erwerbsminderungsrente daher häufig verwehrt, selbst wenn eine Erwerbsminderung unstreitig gegeben ist. Betroffen sind vor allem Personen, die dauerhaft Arbeitslosengeld II erhalten haben oder sich über viele Jahre der Kindererziehung gewidmet haben und daneben keiner Beschäftigung nachgegangen sind. Denn der Bezug von Arbeitslosengeld II umfasst seit 2011 keine Rentenversicherungsbeiträge mehr und begründet keine Versicherungspflicht. Theoretisch können Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen für die betreffenden Zeiträume zwar freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung leisten. In der Praxis ist dies jedoch naturgemäß in aller Regel schon aus finanziellen Gründen nicht möglich. Die Bürgerbeauftragte würde daher eine Rückkehr zur Versicherungspflicht nebst Beitragszahlungen der Agentur für Arbeit begrüßen, um eine systematische Versorgungslücke zu schließen. Erwerbsgeminderte Menschen, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen, erhalten aktuell stattdessen Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII, wenn dem Anspruch kein anrechenbares Einkommen oder Vermögen entgegensteht.

Die Erwerbsminderungsrente führt oft in die Armut

Die Bürgerbeauftragte musste auch insgesamt wieder feststellen, dass Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten können, weiterhin stark von Armut bedroht sind. Im letzten Erfassungszeitraum betrug die durchschnittliche Höhe einer Rente wegen voller Erwerbsminderung 754,00 €.[77] Die Höhe der Erwerbsminderungsrenten steigt damit seit 2011 zwar stets um einige Prozentpunkte. Sie reicht aber unter Berücksichtigung

[75] Parlamentarisch gewählte Bürgerbeauftragte gibt es bislang an den Landtagen in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.
[76] Siehe S. 106 ff.
[77] Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen 2018, S. 126.

bescheidener Wohnkosten weiterhin häufig nicht aus, um das Existenzminimum zu gewährleisten. Dramatisch ist die Situation oft für pflegebedürftige Rentner*innen. Denn die Soziale Pflegeversicherung ist bislang als „Teilkasko-Versicherung“ konzipiert und gewährt Pflegegeld nicht bedarfsdeckend, sondern nur als pauschalen „Zuschuss“. Rente und Pflegegeld reichen damit häufig auch zusammen nicht aus, um die Pflegekosten zu finanzieren – insbesondere, wenn die Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung wohnen. Selbst bei einer durchschnittlichen Rente müssen dann in aller Regel zusätzlich Leistungen der Grundsicherung beantragt werden.[78]

Angesichts des geringen Rentenniveaus begrüßt die Bürgerbeauftragte die seit dem 1. Januar 2019 geltenden Verbesserungen bei der Berechnung der Erwerbsminderungsrenten als Schritt in die richtige Richtung: Infolge des „Rentenpakets“[79] der Bundesregierung wurde die sog. Zurechnungszeit für den Renteneintritt in einem Schritt auf 65 Jahre und acht Monate angehoben und bestimmt sich auch künftig nach der jeweiligen Regelaltersgrenze (§ 253a Abs. 2 und 3 SGB VI); das EM-Leistungsverbesserungsgesetz aus dem Jahr 2017 hatte lediglich eine schrittweise Anhebung ab 2018 vorgesehen. Bis 2017 hatte das Gesetz den Rentner*innen bei der Rentenberechnung „unterstellt“, dass sie ohne Eintritt der Erwerbsminderung nur bis zu ihrem 62. Geburtstag gearbeitet hätten. Auf Unmut stieß vielfach, dass die Gesetzesänderung nur auf Renten anwendbar ist, die ab 2019 beginnen. Laufende Renten wegen Erwerbsminderung werden daher nicht erfasst. Selbst Personen, die nach dem 1. Januar 2019 ihre Rente beantragt haben, profitieren teilweise nicht von der Reform. Maßgeblich für die Anwendung der Regelung ist nämlich der Rentenbeginn; bei einer Erwerbsminderungsrente ohne Befristung ist dies der Zeitpunkt, in dem die Erwerbsminderung eingetreten ist (§§ 99 Abs. 1, 43 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI). Bei einigen Petent*innen lag dieser sog. Leistungsfall noch im Jahr 2018, so dass bei einem Rentenantrag Anfang 2019 rückwirkend eine Erwerbsminderungsrente unter Anwendung des alten Rechts gewährt werden musste.

Zusätzlich zur Verlängerung der Zurechnungszeiten fordert die Bürgerbeauftragte erneut, auch die Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten wieder abzuschaffen. Seit dem Jahr 2000 müssen Erwerbsgeminderte Rentenabschläge von in der Regel 10,80 % in Kauf nehmen (§ 77 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI). Dies ist vergleichbar mit Menschen, die freiwillig eine vorzeitige Rente beanspruchen. Menschen mit einer Erwerbsminderung erhalten eine vorzeitige Rente aber gerade nicht freiwillig.

Auch im Berichtsjahr war das geringe Rentenniveau häufig Anlass für Fragen zum Verhältnis zwischen einer gesetzlichen Rente und anderen Einkünften. So betrafen insgesamt 28 Petitionen die Anrechnung von Einkommen, die sog. „Flexirente“ oder Hinzuverdienstmöglichkeiten. Dabei begegnet die Bürgerbeauftragte häufig dem Irrtum, dass Einkünfte über die Hinzuverdienstgrenzen hinaus nicht erwirtschaftet werden dürfen. Tatsächlich gilt bei einer vorzeitigen Altersrente und bei Renten wegen voller Erwerbsminderung eine Hinzuverdienstgrenze von 6.300,00 € pro Kalenderjahr; wird diese Grenze überschritten, wird nur der übersteigende Betrag in der Regel zu 40 % auf die Vollrente angerechnet. Bei einem verhältnismäßig hohen Verdienst kann die Rente dann ggf. vollständig „ruhen“. Bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gelten demgegenüber individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die sich nach den konkreten beitragspflichtigen Einkünften der Versicherten richten.

Nach Auffassung der Bürgerbeauftragten muss neben den bestehenden Hinzuverdienstmöglichkeiten auch ein Rentenfreibetrag für Leistungen der Grundsicherung eingeführt werden. So sollte bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII nicht nur eine private Altersvorsorge teilweise anrechnungsfrei bleiben, sondern vor allem auch die gesetzliche Rente. Um die Lebensleistung der Betroffenen zu würdigen, müssen alle Versicherte davon profitieren, wenn sie eine Rente erwirtschaftet haben.[80]

[78] Vgl. Berichte, S. 53 f.
[79] RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz vom 28. November 2018.
[80] Vgl. dazu auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 35, und Tätigkeitsbericht 2016, S. 34.

Die Bürgerbeauftragte beobachtet in diesem Zusammenhang die teils hitzig geführten Diskussionen über die Zukunft der Altersversorgung aufmerksam. So war das Berichtsjahr geprägt von Debatten über das Konzept einer Erwerbstätigenversicherung, die Einführung einer Grundrente oder Entlastungen bei der privaten Altersvorsorge. Die Bürgerbeauftragte begrüßt grundsätzlich alle Konzepte, die geeignet sind, der zunehmenden Altersarmut entgegenzutreten. Sie nimmt mit großer Sorge wahr, dass immer mehr Bürger*innen Angst vor Altersarmut haben oder schon davon betroffen sind. Kleinere Korrekturen des bestehenden Rentensystems werden nach Auffassung der Bürgerbeauftragten aber nicht ausreichen, um Altersarmut langfristig entgegenzutreten. Vielmehr muss die gesetzliche Rente insgesamt langfristig als wichtigste Säule der Altersversorgung gestärkt werden. Auch das Modell einer Rentenversicherung für alle Erwerbstätigen sollte daher in die Überlegungen zur Zukunft der Rente einbezogen werden.

Schließlich war die Zahl der Petitionen zur beruflichen Rehabilitation mit insgesamt 38 Eingaben erneut hoch. Die Bürgerbeauftragte beobachtet hier zunehmend, dass die Vorstellungen der Versicherten häufig von den tatsächlich gewährten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abweichen. Maßstab muss aber stets eine zielführende, am konkreten Einzelfall orientierte Unterstützung der Versicherten sein, um deren Erwerbsfähigkeit nachhaltig zu fördern.

Kinder- und Jugendhilfe

Die Anzahl der Petitionen aus dem Bereich Kindertagesstättengesetz (KiTaG) ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen. Während sich im Jahr 2017 noch 41 Bürger*innen im Bereich KiTa an die Bürgerbeauftragte wandten, waren es im Berichtszeitraum 55. Der Schwerpunkt verlagerte sich dabei von der Überprüfung der Bescheide über die Höhe der Beiträge auf den Mangel an KiTa-Plätzen, insbesondere bei der Betreuung der unter Dreijährigen (U-3).[81]

Die Elternbeiträge zur KiTa sind für die Eltern oft zu hoch

Soweit die Eingaben weiterhin die Höhe der Gebühren zum Gegenstand hatten, ging es in erster Linie um die Frage, weshalb Ermäßigungen nicht oder nicht in vollem Umfang bewilligt worden sind. Landesweit unterscheiden sich die Elternbeiträge erheblich. Sie sind in Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern überdurchschnittlich hoch.[82] In einigen Landesteilen betragen die Elternbeiträge für einen Ganztagesplatz bis zu 800,00 €.[83]

Oftmals äußerten die Eltern, die sich mit der Bitte um Prüfung einer ausnahmsweisen Ermäßigung an die Bürgerbeauftragte wandten, bei der Höhe der Elternbeiträge mache eine Teilzeitberufstätigkeit der Mutter keinen Sinn – Mütter sind nach wie vor diejenigen, die vorrangig in Elternzeit gehen. Mithin belasten die hohen Elternbeiträge die Familien nicht nur finanziell, sondern stellen zugleich eine weitere Hürde für den Wiedereinstieg der Frauen in den Beruf und ein Risiko für spätere Altersarmut dar. Auch befanden sich viele Familien in einer Phase, in der die finanzielle Lage durch einen Hausbau und die Versorgung von mehreren Kindern ohnehin sehr angespannt war. Finanzielle Spielräume waren in der Regel nicht vorhanden, eine finanzielle Überforderung drohte.

Da dies auch die Landesregierung erkannt hat, ist die Einführung verlässlicher KiTa-Beiträge ein zentraler Bestandteil der Reform des Landes Schleswig-Holstein zur Neuordnung der KiTa-Gesetzgebung.[84] Dieses soll mit einer Deckelung der Elternbeiträge einhergehen. Geplant ist ein Inkrafttreten des Gesetzes in 2020. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten müssen die Eltern spürbar entlastet werden. Wünschenswert ist dabei immer noch eine Beitragsfreiheit.

[81] Vgl. dazu auch Anregungen und Vorschläge, S. 13 f.
[82] Bericht der Landesregierung zur Neuordnung der KiTagesetzgebung, Drs. 19/669, S. 26.
[83] Vgl. Hoenig, Matthias und Schmidt, Wolfgang, 481 Millionen Euro für die Kitas in: Die Welt, 21. September 2018, S. 30.
[84] Antwort der Landesregierung auf die kleine Anfrage der SPD-Fraktion vom 17. August 2017, LT-Drs. 19/117.

Bei den eingegangenen Petitionen im Bereich der Gebühren war häufig das Problem, dass bei einem gleichzeitigen Anspruch von Wohngeld oftmals eine Wechselwirkung einsetzte: In bestimmten Konstellationen können die Aufwendungen für Kinderbetreuung nämlich bei der wohngeldrechtlichen Einkommensermittlung berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite ist jedoch bei einem Antrag auf Ermäßigung der KiTa-Gebühren im Wege der Sozialstaffel das verfügbare Einkommen und damit auch ein Bezug von Wohngeld einzurechnen. Dies führte in einigen Fällen zu der Situation, dass keine der beiden Stellen einen Bescheid über die dringend notwendigen Sozialleistungen erließ, da auf den ausstehenden Bescheid der jeweiligen anderen Stelle verwiesen wurde. Dabei kommt es in Fällen, in denen ein Wohngeldanspruch besteht, regelmäßig auch zu Gebührenermäßigungen für die Kindertagesbetreuung. Hier konnte durch eine Vermittlung der Bürgerbeauftragten erreicht werden, dass sich die Wohngeldstelle und die für die Ermäßigung der KiTa-Gebühren zuständige Stelle untereinander koordinierten, und so die Ermäßigungen gewährt werden konnten. Auch vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass ab dem 1. August 2019 Kostenbeiträge auch für Wohngeldempfänger*innen nicht mehr erhoben werden.[85]

Die Problematik der fehlenden Plätze, insbesondere im Bereich der U-3-Betreuung, verdrängte auch das Thema der Bedarfsgerechtigkeit, also z. B. Fragen, ob die Betreuungszeiten mit den Arbeitszeiten der Eltern übereinstimmen.

Die Frauen bleiben zuhause: Es fehlen Betreuungsplätze im U-3 Bereich, die Bemühungen zum Ausbau müssen verstärkt werden

Mithin führt der Mangel nicht nur dazu, dass auf der einen Seite Kinder nicht betreut werden können, obwohl es einen Rechtsanspruch gibt. Auf der anderen Seite führen die Defizite dazu, dass die Familien ihr Recht auf einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz nicht in Anspruch nehmen können. Mehrfach beschwerten sich Bürger*innen über zu kurze Öffnungszeiten, die Nichteinhaltung pädagogischer Standards, über das Verhalten einzelner Erzieher*innen oder auch darüber, dass die Kinder nicht ausreichend gewickelt würden. Trotz dieser für die Familien nicht bedarfsgerechten Betreuung war den Eltern ein Wechsel hin zu einer KiTa oder Tagespflegeperson, die ihren Bedarf deckt, faktisch verwehrt. Sie fanden schlicht keine andere Betreuungsmöglichkeit und waren daher gezwungen, sich mit den Umständen vor Ort zu arrangieren.

Zudem wirkt sich der Platzmangel auch auf solche Familien aus, die eine Betreuung in einem anderen Ort wünschen als dem Wohnort. Die Gründe für die Wünsche nach einer Betreuung in einem anderen Ort waren z. B., dass die gewünschte Kindertagesstätte auf dem Weg zur Arbeit lag und nur so die Arbeits- und Pendelzeiten der Eltern abgedeckt werden konnten, verschiedene Wohnorte der Eltern im Falle einer Trennung oder der Umzug in eine Gemeinde in der Umgebung.

Insbesondere im letztgenannten Beispiel sind die Auswirkungen für die betroffenen Kinder besonders groß. Die Kinder sind bereits in eine KiTa eingewöhnt, sie haben Beziehungen zu den Fachkräften und anderen Kindern aufgebaut, haben feste Gewohnheiten entwickelt. Bei einem Umzug in eine Nachbargemeinde müssen die Kinder nicht nur ihr Zuhause wechseln, darüber hinaus wird auch noch der Betreuungsplatz gekündigt. Denn der Mangel an Plätzen führt dazu, dass in erster Linie Kinder betreut werden, die auch in dem Ort wohnen. Dies ist umso gravierender, wenn dem Umzug in die Nachbargemeinde eine Trennung der Eltern vorangeht. In Gesprächen der Bürgerbeauftragten mit den Leitungen der jeweiligen Kindertagesstätten wurde deutlich, dass auch die pädagogischen Fachkräfte einen Verbleib der Kinder in der bisherigen KiTa in der Regel befürworteten. Sie gaben aber an, dass die Träger, insbesondere bei kommunalen Einrichtungen, aufgrund des Platzmangels auf die Kündigung des Platzes bestünden. Während der Betreuung in einer anderen Gemeinde als der Wohnortgemeinde früher oft die mangelnde Bereit-

[85] Art. 2 Nr. 2c i. V. m. Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (Gute-KiTa-Gesetz), verkündet am 31. Dezember 2018.

schaft der Wohnortgemeinde zum Ausgleich der Kosten entgegen stand,[86] scheitert die Betreuung in einer wohnortfremden KiTa nun in vielen Fällen faktisch daran, dass keine Plätze mehr an wohnortfremde Kinder vergeben werden.

Insgesamt müssen daher die Anstrengungen zum Ausbau der Kinderbetreuung, insbesondere im Bereich der U-3-Betreuung, weiter verstärkt werden. In vielen Fällen, in denen Bürger*innen keinen bedarfsgerechten Betreuungsplatz für ihre Kinder fanden, verhielt es sich so, dass die jeweilige Gemeinde bereits große Anstrengungen zum Platzausbau unternommen hatte und oftmals die verfügbaren Plätze die Bedarfsplanungen weit überstiegen. Der tatsächliche Bedarf war aber größer als in der Planung berücksichtigt. Sowohl der Anstieg der Geburten als auch die gesellschaftliche Entwicklung dahingehend, die frühkindliche Bildung zunehmend in Anspruch zu nehmen, wird aus Sicht der Bürgerbeauftragten in der Bedarfsplanung der Kreise und kreisfreien Städte nicht ausreichend berücksichtigt. Damit fehlt es den Wohnortgemeinden an einer verlässlichen Grundlage für ihre Planung. Gerade den ehrenamtlich geführten Gemeinden fehlt es an Instrumenten, die Bedarfsplanung des Kreises zu bewerten und zu konkretisieren.

Eine vergleichbare Problematik entwickelt sich in einigen Regionen im Bereich der außerschulischen Betreuung, sei es in Horten[87] oder im offenen Ganztag. Das Recht auf einen Betreuungsplatz für unter Dreijährige wurde 2013 eingeführt. Viele Familien haben hiervon Gebrauch gemacht und sich auf eine Nachmittagsbetreuung ihrer Kinder eingestellt. Daher verwunderte es nicht, dass 2018 mit der Einschulung dieses Jahrganges auch der Bedarf an Betreuung der Schulkinder im Hort oder im offenen Ganztag angestiegen ist. Beispielsweise wandten sich im Berichtszeitraum eine Elternvertreterin sowie 14 Familien aus einer Stadt im Kreis Stormarn an die Bürgerbeauftragte, da ihre Kinder keinen Hortplatz erhalten hatten. Insgesamt betraf der Mangel zwischenzeitlich nach Angaben der Eltern 100 Familien in vier Standorten, nach Angaben des Trägers 50 Familien. Auch hier hatten viele Familien gerade erst gebaut und waren auf das Einkommen beider Elternteile angewiesen. Mithin verwandelte sich das an sich erfreuliche Ereignis der Einschulung in eine stark belastende Situation für die Familien, was natürlich auch den Kindern nicht verborgen blieb.

Für Kinder im schulpflichtigen Alter ist ein bedarfsgerechtes Angebot in Tageseinrichtungen vorzuhalten (§ 24 Abs. 4 Satz 1 SGB VIII). Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist verpflichtet, i. R. d. Planungsverantwortung die zur Bedarfsbefriedigung notwendigen Vorhaben rechtzeitig und ausreichend zu planen.[88] Im Gegensatz zum Anspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege für Kinder bis zum Schuleintritt handelt es sich bei dem Anspruch auf außerschulische Betreuung nicht um einen einklagbaren Anspruch. Die Einführung eines Rechtsanspruches auf Ganztagesbetreuung für alle Kinder im Grundschulalter ist für das Jahr 2025 geplant. Der Bund stellt für Investitionen in Ganztagsschul- und Betreuungsangebote zwei Milliarden Euro zur Verfügung.[89]

In der dargestellten Situation verhielt es sich so, dass zwar genug Räume zur Verfügung standen, aber 14 Fachkräfte zur Betreuung fehlten. Insgesamt habe es, so die Verantwortlichen, in den letzten Jahren stets einen Personalmangel gegeben, der aber immer kurzfristig habe gelöst werden können. Dies sei nach Angaben des Trägers erforderlich gewesen, da die Stadt die aktuellen Bedarfszahlen kurzfristig mitteile und die Personalbemessung und -suche erst nach Meldung der tatsächlichen Zahlen starte.

Auf Einladung der Bürgerbeauftragten fand ein Treffen zwischen Vertretern der Eltern, der Stadt, des Trägers sowie des Sozialministeriums statt. Vereinbart wurde, dass die Personalsuche intensiviert werden würde und die bestehenden Gruppen möglichst aufgestockt würden. Zudem bat die Stadt die Vertreter*innen der öffentlichen Jugendarbeit übergangsweise um Unterstützung. Durch

[86] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 38.
[87] Horte sind Angebote der Kindertagesbetreuung für Kinder im Schulalter außerhalb der Schule. Sie unterfallen dem Regelungsbereich des KiTaG.
[88] Vgl. Fischer in Schellhorn, Fischer, Mann, Kern, SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, § 24 SGB VIII Rn 46.
[89] Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD „Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“, S. 28, Rn. 1147 ff.

diese Notlösung konnten die Kinder übergangsweise bis zu den Herbstferien versorgt werden. Im Ergebnis konnten dann alle Kinder dauerhaft in Horten untergebracht werden.

Auch wurde im Berichtszeitraum ein Fall an die Bürgerbeauftragte herangetragen, in dem die Kosten für die Übernahme von Kosten für einen Gebärdendolmetscher für den Einsatz bei einem Elternabend einer KiTa nicht übernommen wurden. Eine Rücksprache mit dem Gehörlosenverband sowie dem Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung ergab, dass einige Kreise und kreisfreie Städte diese Kosten übernehmen, andere jedoch nicht. Nach der Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten besteht ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten: Nach den gesetzlichen Bestimmungen haben Menschen mit Hörbehinderungen das Recht bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren (§ 24 SGB VIII i. V. m. § 17 Abs. 2 SGB I). Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen. Diese Regelung verleiht Menschen mit Hörbehinderung und Menschen mit Sprachbehinderung ein Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen Deutsche Gebärdensprache oder andere Kommunikationsformen zu verwenden. Der Begriff der Ausführung von Sozialleistungen ist dabei umfassend zu verstehen: Er beinhaltet nicht allein das Verwaltungsverfahren bis zur Bewilligung, sondern insbesondere auch die Durchführung durch die eingebundenen Leistungserbringer.[90] Das SGB VIII sieht einen Rechtsanspruch auf einen KiTa-Platz als Sozialleistung vor. Im Interesse der Förderung jedes einzelnen Kindes ist eine Zusammenarbeit zwischen den pädagogischen Kräften und den Erziehungsberechtigten erforderlich (§§ 16 Abs. 1, 17 Abs. 1 S. 1 KiTaG). Die Erziehungsberechtigten der Kinder, die die Kindertageseinrichtung besuchen, sind an den Entscheidungen in wesentlichen Angelegenheiten der Kindertageseinrichtung zu beteiligen. Wünschenswert wäre aus Sicht der Bürgerbeauftragten jedoch eine klarstellende Regelung für sämtliche Dolmetscherkosten im Bereich KiTa im Zuge der Reform zur Neuordnung der KiTa-Gesetzgebung.

Die Beschulung von Kindern mit ganz erheblichen Autismus-Spektrum-Störungen kann oft nicht in den öffentlichen Schulen geleistet werden, die fehlenden Strukturen führen zu einem Systemversagen der Schulen

Im Bereich Schulbegleitung nach dem SGB VIII wandten sich im Berichtszeitraum 16 Bürger*innen hilfesuchend an die Bürgerbeauftragte. Damit blieb die Zahl der Eingaben gegenüber dem Vorjahr konstant niedrig. Ein Großteil der Eingaben stammte jedoch von Eltern, deren Kinder unter einer Autismus-Spektrums-Störung litten. Oft kommt es hier zu vielen Schulwechseln und -abbrüchen oder zur Schulverweigerung.

Eine Ursache hierfür ist, dass Diagnosen bei diesem Krankheitsbild erst spät gestellt werden, die Familien also erst sehr spät mit einer Diagnostik und Unterstützungsangeboten in Kontakt kommen. Hinzu kommt, dass die spezialisierten Kliniken, die die Diagnosen stellen, teilweise über ein Jahr Wartezeit haben. Wenn dann eine Hilfe, in der Regel in Form von Schulbegleitung, installiert ist, ist diese häufig davon gekennzeichnet, dass die ausführende Person keine im Bereich Autismus erfahrene und geschulte Fachkraft ist. Oftmals kann nicht einmal der Wunsch des Kindes oder der/des Jugendlichen nach einer männlichen Schulbegleitung erfüllt werden kann. Auch im Bereich der autismusspezifischen Förderung sind die Listen bei den entsprechenden Instituten lang und Wartezeiten von einem Jahr nicht unüblich. Während dieser Zeit verbleibt das Kind oft ohne bzw. mit ungeeigneter Hilfe im Schulsystem, erfährt dort Gefühle von Versagen, Ablehnung und Hilflosigkeit. Dies mündet sehr häufig in einer Verweigerungshaltung.

[90] BeckOK, SozR/Merten, SGB I, § 17, Rn. 13–17.

Die Bürgerbeauftragte beriet im Berichtszeitraum einige Familien, denen gegenüber Lehrer*innen, Schulleitungen und Schulrät*innen selbst einräumten, manchen Kindern auch mit einer Schulbegleitung keine geeignete Beschulungsmöglichkeit bieten zu können. Die verzweifelten Eltern suchen dann oft eigenständig nach Alternativen, da sie ihren Kindern einen Schulabschluss ermöglichen wollen. Alternativen sind dann z. B. Internate, spezialisierte Privatschulen oder eine Webbeschulung. Wenn die Eltern sodann die Übernahme der Kosten für eine Alternativbeschulung beantragen, werden diese in vielen Kreisen und kreisfreien Städten mit der Begründung abgelehnt, für den „Kernbereich der pädagogischen Bildung“ sei das Schulsystem und nicht die Jugendhilfe in Form von Eingliederungshilfe verantwortlich. Nach der zutreffenden Rechtsprechung des Schleswig-Holsteinischen Verwaltungsgerichts gehört die Schulbildung selbst – also der „Kernbereich der pädagogischen Arbeit“, vor allem der Unterricht – zwar grundsätzlich nicht zu den Leistungen der Eingliederungshilfe; hiervon sind aber Ausnahmen zu machen: Dies ist insbesondere der Fall, wenn auch unter Einsatz unterstützender Maßnahmen keine Möglichkeit besteht, den Hilfebedarf des jungen Menschen im Rahmen des öffentlichen Schulsystems zu decken, wenn also ein sog. Systemversagen vorliegt.[91]

Beispielsweise begleitete die Bürgerbeauftrage eine Familie mit einem 14-jährigen Kind, das unter anderem an einer Autismus-Spektrum-Störung im Sinne eines Asperger-Syndroms sowie Hypersensibilität leidet. Dies äußert sich z. B. darin, dass es ohne Unbehagen kein Papier berühren kann. Aufgrund seiner seelischen Behinderung hatte der Jugendliche bereits Probleme seit dem Kindergartenalter. Da die Diagnose jedoch erst im Alter von 13 Jahren gestellt wurde, erhielt er bis dahin keine Leistungen der Jugendhilfe. Bis zum Zeitpunkt der vollständigen Schulverweigerung war er also nicht mit dem Jugendhilfesystem in Berührung gekommen, er hatte folglich auch keine Schulbegleitung erhalten. Im Januar 2018 stellten die Eltern dann einen Antrag auf Hausbeschulung. Hierauf erhielten sie keine zeitnahe Antwort. Da die Eltern sich allein vor der Situation sahen, die Beschulung ihres Sohnes sicher zu stellen, informierten sie sich und sahen in einer Webbeschulung die einzig geeignete Möglichkeit, ihren Sohn zu beschulen. Sie beantragten im Februar die Kostenübernahme beim Jugendamt. Da kurzfristig ein Platz frei wurde und es einen Testzeitraum von sechs Wochen gab, in dem man noch kostenlos zurücktreten konnte, schlossen die Eltern einen Vertrag ab und begannen die Beschulung. Den Eltern war es wichtig, dass innerhalb dieser sechs Wochen eine Entscheidung über ihren Antrag erfolgt, da sie im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme bei gleichzeitigem Angebot alternativer Leistungen von den Vertrag kostenfrei zurückgetreten wären. Eine erste Reaktion des Jugendamtes auf den Antrag auf Kostenübernahme erfolgte dann in Form einer Anhörung im Mai, die endgültige Ablehnung erst am 9. November 2018. In einem gemeinsamen Gespräch im Oktober war zuvor für den Jugendlichen die Möglichkeit der Hausbeschulung in einem Umfang von sechs Stunden wöchentlich beschlossen worden. In der Folge kündigten die Eltern den Vertrag, die Hausbeschulung wurde aufgenommen. Wie sich zeigte, stellte auch die Hausbeschulung, die 11 Monate nach Antragstellung aufgenommen wurde, wie von Ärzt*innen prognostiziert, keine Alternative dar. Da der Unterricht nur an zwei Tagen in der Woche stattfand, fehlte es dem Jugendlichen an einer verbindlichen und verlässlichen Lernstruktur. Darüber hinaus war keine Fachkraft hinsichtlich der Aspergererkrankung verfügbar. Da ein besseres Ergebnis auf gütlichem Weg nicht erzielt werden konnte, empfahl die Bürgerbeauftragte der Familie, Klage zu erheben.

Dieser Fall zeigt nach Ansicht der Bürgerbeauftragten exemplarisch, dass Inklusion an Schulen für Kinder und Jugendliche mit erheblichen seelischen Behinderungen derzeit oft keine ausreichenden Möglichkeiten bietet. An dieser Stelle muss die Jugendhilfe im Interesse der Kinder und Jugendlichen die bestehende Lücke schließen, besteht aber zu oft darauf, dass die Familien zunächst auch jede absehbar völlig ungeeignete Möglichkeit des Schulsystems ausprobieren müssen: Sei es ein Klassenwechsel, ein Schulwechsel, der Wechsel mehrerer Schulbegleiter*innen oder eine Hausbeschulung. Dies führt dazu, dass sich die Kinder und Jugendlichen so lange durch das System quälen, bis sie den Schulbesuch ganz verweigern und die

[91] vgl. VG Schleswig, Urteil v. 18. Juni 2018, Az. 15 A 178/16.

Familien insgesamt durch das Konfliktfeld Schule vollkommen überlastet sind.

Dass es Möglichkeiten der Jugendhilfe gibt, frühzeitig und gezielt einzugreifen, zeigt die Jugendhilfe des Kreises Pinneberg: Diese ist zwar grundsätzlich auch davon geprägt, sparsam und wirtschaftlich mit den zur Verfügung gestellten Mitteln umzugehen. Der Kreis Pinneberg bewertet eine Unterstützungsleistung aber immer dann als sparsam und wirtschaftlich, wenn sie auch einen großen Effekt haben kann. Bei der Abwägung im Einzelfall sind die Mitarbeiter*innen gehalten, die tatsächliche Wirksamkeit von Hilfen in den Vordergrund ihrer Überlegungen zu stellen. Dies ist sachgerecht und entspricht der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung zum Systemversagen. Die Kosten der Jugendhilfe des Kreises Pinneberg sind darüber hinaus im landesweiten Vergleich trotzdem niedrig.

In einem Fall aus dem Kreis Pinneberg wandte sich eine Familie an die Bürgerbeauftragte, um sich hinsichtlich des Persönlichen Budgets[92] beraten zu lassen. Die Leistungen der Jugendhilfe des Kreises Pinneberg umfassten nicht nur die Kosten für den Besuch einer Webschule, sondern auch die Kosten für eine Lernbegleitung. Der Sohn der Familie konnte so die Wissenslücken, die aufgrund jahrelangen Mobbings und fehlender autismusspezifischer Förderung in der Schule entstanden sind, mithilfe von Hauptschulaufgaben schließen und wechselte dann in den Realschulbereich. Ziel ist die Erlangung des Realschulabschlusses. Auch dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung intellektuell den Anforderungen der Schule in der Regel gewachsen sind, aber an den Rahmenbedingungen scheitern. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten ist eine engere Verzahnung von Schule und Jugendhilfe hier dringend geboten.

Rehabilitation und Teilhabe schwerbehinderter Menschen

In diesem Arbeitsbereich ist die Anzahl der Eingaben im Vergleich zum Vorjahr von 267 auf 233 leicht zurückgegangen. Ein Grund für den Rückgang lässt sich nicht erkennen. Den Hauptschwerpunkt bildeten dabei wie auch in den Vorjahren Anfragen zum Bereich des Schwerbehindertenrechts (184 Eingaben).[93] Hier ging es überwiegend um Anfragen zur Feststellung einer Behinderung[94], zur Höhe des Grades der Behinderung[95] (GdB) und zur Zuerkennung von Merkzeichen.[96] Maßgebliche Rechtsgrundlagen sind hier die Versorgungsmedizin-Verordnung (Vers-MedV) und die zu § 2 der Verordnung erlassene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Der unabhängige Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat eine Anpassung an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der versorgungsmedizinischen Erfordernisse empfohlen. Daher wird die Verordnung zurzeit grundlegend überarbeitet (6. Änderungsverordnung). Einige Änderungen sind geplant: Zukünftig soll bei der Feststellung des GdB der Einsatz medizinischer Hilfsmittel berücksichtigt werden. Das heißt, es soll stets von einer guten Hilfsmittelversorgung ausgegangen werden. Es soll damit stärker in den Blick genommen werden, inwieweit die Teilhabe faktisch eingeschränkt ist. Damit muss gerade im Bereich der orthopädischen Gesundheitsstörungen künftig mit einer Minderung des GdB gerechnet werden. Mit einer pauschalen Festlegung würden aber viele Betroffene benachteiligt werden, die z. B. nicht gut mit Hilfsmitteln versorgt sind oder mit Hilfsmitteln

[92] Dies ist eine alternative Leistungsform zur Sachleistung, bei der ein Geldbetrag an die/den Antragsteller*in ausgekehrt wird, mit dem sie/er dann Leistungen eigenständig organisieren kann, die der Erreichung der vereinbarten Ziele dienen. Dies soll die Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung stärken.

[93] SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung (Teil 3, Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen).

[94] Menschen mit Behinderungen haben körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

[95] 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.

[96] Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen.

eine Beeinträchtigung nicht ausreichend ausgleichen können. Auswirkungen hätte ebenfalls die Überarbeitung der sog. Heilungsbewährung[97]. Bisher wurde bei bestimmten Erkrankungen, z. B. bei einer bösartigen Geschwulsterkrankung, die zu Rezidiven[98] neigt, der Schwerbehindertenstatus in der Regel für fünf Jahre festgestellt. Diese Feststellung soll zukünftig nicht mehr als allgemeiner Grundsatz der Heilungsbewährung gelten. Somit kann der Zeitraum der Heilungsbewährung deutlich verkürzt werden. Außerdem ist eine Neuregelung bei der Bildung des Gesamt-GdB[99] geplant. Bei Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wurde bisher der GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander festgestellt. Bisher waren nur leichte Gesundheitsstörungen, die mit einem GdB von 10 bewertet wurden, von einer Berücksichtigung ausgeschlossen. Zukünftig sollen auch Funktionsbeeinträchtigungen, die mit einem GdB von bis zu 20 bewertet werden, keine Berücksichtigung mehr bei der Bildung des Gesamt-GdB finden. Der Sinn dieser Änderung erschließt sich der Bürgerbeauftragten nicht. Für Betroffene könnte diese Regelung eine deutliche Verschlechterung bedeuten, da es schwerer sein wird, überhaupt den Schwerbehindertenstatus zu erreichen. Durch den Status können Betroffene u. a. Unterstützung durch berufliche Förderung, Zusatzurlaub, eine begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Nachteilsausgleiche oder einen besonderen Kündigungsschutz geltend machen. Um diese Rechte weiterhin zu sichern und zu wahren, ist eine Überarbeitung der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ mit großer Sensibilität und Sorgfalt vorzunehmen. Die Bürgerbeauftragte wird die Überarbeitung weiterhin kritisch beobachten.

Der Beratungsbedarf zum Merkzeichen aG ist unvermindert hoch

Ein hoher Beratungsbedarf bestand erneut bei Fragen zum begehrten Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung). Nach Zuerkennung des Merkzeichens ist es u. a. möglich, bundesweit auf den besonders ausgewiesenen Parkplätzen für Schwerbehinderte (Rollstuhlfahrer*innen-Symbol) zu parken.[100] Außerdem gab es wieder zahlreiche Fragen zur Gleichstellung.[101] Behinderte Menschen mit einem festgestellten GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, können den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden.[102]

Wie auch in den Vorjahren betrafen viele Eingaben generell das Feststellungsverfahren des Landesamtes für soziale Dienste (LAsD). Da zu allen geltend gemachten Gesundheitsstörungen das LAsD eine ärztliche Stellungnahme der behandelnden Ärzt*innen oder Krankenhäuser einholen muss, riet die Bürgerbeauftragte dazu, die behandelnden Ärzt*innen über die Antragstellung zu informieren und darum zu bitten, nach Eingang der Berichtsanforderung vom LAsD den Befundbericht mit genauen Angaben zu den einzelnen Gesundheitsstörungen so schnell wie möglich an das Amt zurückzusenden. Die Bürgerbeauftragte stellte fest, dass die Befundberichte der Ärzt*innen oftmals nicht vollständig ausgefüllt an das LAsD gesandt wurden und somit Ursache fehlerhafter Entscheidungen waren. Hier hätte das Amt erkennen müssen, dass unvollständige Berichte vorliegen und entsprechend beraten müssen. Die Belange der Betroffenen sollten und müssen stets aufmerksam geprüft werden. Die Bürgerbeauftragte verweist hier auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH).[103] In dieser Entscheidung wird klar und deutlich auf

[97] Zeitraum nach der Behandlung von Krankheiten mit unsicherem Behandlungserfolg, in dem man abwarten muss, ob ein Rückfall eintritt.
[98] Wiederauftreten der Krankheit.
[99] Vgl. Entwurf der 6. Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Stand: 9. Januar 2019).
[100] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 41.
[101] § 2 Abs. 3 SGB IX.
[102] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 40.
[103] BGH, Urteil vom 2. August 2018, Az. III ZR 466/16.

die Beratungspflicht von Träger*innen hingewiesen. Träger*innen müssen nicht nur bei konkreten Fragen oder Bitten informieren und Auskunft geben, sondern haben von sich aus eine umfassende Auskunftspflicht im Sinne einer Fürsorgepflicht. Die Bürgerbeauftragte begrüßt das Urteil außerordentlich und erwartet die Umsetzung nicht nur im LAsD, sondern in der gesamten Verwaltung.

Soziale Pflegeversicherung

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Eingaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung von 71 auf 86. Ein Grund für diesen erneuten Anstieg ist sicherlich auch die stetig wachsende Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftige legen ihren Bedarf oft aus Scham gegenüber dem MDK nicht offen und erhalten deshalb einen zu niedrigen Pflegegrad

Fast 1/3 der Eingaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung betrafen die Begutachtungen und Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).[104] Die Bürgerbeauftragte erreichten viele Beschwerden darüber, dass der Pflegegrad vom MDK zu niedrig bewertet wurde und aus diesem Grund die Pflegeleistungen nicht ausreichend seien. Häufig weicht der vom MDK festgestellte Pflegebedarf stark vom tatsächlichen Pflegebedarf der Pflegebedürftigen ab. Viele der Anfragen bei der Bürgerbeauftragten zeigten, dass Pflegebedürftige einer fremden Person, nämlich den Gutachter*innen des MDK gegenüber ihre Lage nicht ausreichend deutlich schilderten. Scham verhinderte häufig, dass Pflegebedürftige ihre Beeinträchtigungen und ihren Bedarf vollständig gegenüber dem MDK darlegten. Dabei wurden besonders häufig psychische Probleme nicht erwähnt, so dass diese trotz Nachfragen nicht im Gutachten erschienen. Aus diesem Grund rät die Bürgerbeauftragte Pflegebedürftigen dazu, Angehörige oder Freund*innen, die um die Situation der Pflegebedürftigen wissen, zu der Begutachtung mitzunehmen, um die tatsächliche Lage ggf. ergänzen zu lassen.

Der Entlastungsbetrag kann oft deshalb nicht genutzt werden, weil für die Anerkennung der handelnden Person zu hohe Hürden bestehen

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten Anfragen der Bürger*innen zum Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI). Fast 1/5 aller Anfragen zur Pflegeversicherung stammten aus diesem Bereich. Zudem wurde das Thema auch im Austausch mit den Pflegestützpunkten oft angesprochen. Der Entlastungsbetrag regelt den Anspruch aller Pflegebedürftigen auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Der Entlastungsbetrag beläuft sich für Pflegebedürftige aller Pflegegrade auf 125,00 € monatlich. Es erfolgt jedoch keine monatliche Auszahlung dieses Betrags, vielmehr ist der Entlastungsbetrag zweckgebunden einzusetzen, beispielsweise um den Pflegebedürftigen bei der selbständigen und selbstbestimmten Gestaltung ihres Alltags zu helfen. Fast alle Anfragen bezogen sich darauf, dass der Entlastungsbetrag durch die Pflegebedürftigen nicht für dringend benötigte Hilfen im Alltag eingesetzt werden konnte. Häufig wurden die Leistungen zur Entlastung im Alltag (wie Hilfen im Haushalt, Hilfen bei Behördengängen, Hilfe bei Einkäufen oder die Begleitung bei Arztbesuchen) nicht von den Pflegediensten übernommen, da diese mit anderen Pflegeleistungen voll ausgelastet waren. Grundsätzlich ist es aber auch möglich, dass Nachbarn, ehrenamtliche Helfer*innen oder andere Anbieter*innen die Pflegebedürftigen bei der selbstbestimmten Gestaltung des Alltags unterstützen. Gerade dafür ist der Entlastungsbetrag eigentlich auch vorgesehen. Es ist jedoch notwendig, dass die Helfer*innen anerkannt werden und z. B. einen Qualifikationskurs absolvieren. Welche Anerkennungsvoraussetzungen in Schleswig-Holstein bestehen, regelt die Alltags-

[104] Siehe hierzu auch Fallbeispiel, S. 89.

förderungsverordnung.[105] Viele Bürger*innen beschwerten sich bei der Bürgerbeauftragen, dass die Anforderungen an die Alltagshelfer*innen so hoch seien, dass hilfsbereite Nachbar*innen und ehrenamtliche Helfer*innen von dem zeitintensiven Qualifikationskurs abgeschreckt würden, zumal es zu wenige Angebote gebe. Dadurch hätten einige hilfebedürftige Bürger*innen keine Person, die die Leistungen für sie erbringen könne.[106] Auch ein kleines Reinigungsunternehmen wandte sich an die Bürgerbeauftragte, da es bereits viele Anfragen von Pflegebedürftigen erhalten hatte und wissen wollte, ob es über den Entlastungsbetrag Dienstleistungen und Unterstützung anbieten könne. Die Bürgerbeauftragte musste die Auskunft erteilen, dass eine selbstständige Reinigungskraft einen Qualifikationskurs von 120 Unterrichtsstunden absolvieren muss, damit sie ihre Dienstleistung nach dem Entlastungsbetrag abzurechnen kann. Dies stieß auf großes Unverständnis. Vielen Petent*innen fiel es schwer zu glauben, dass so hohe Anforderungen an Haushaltshilfen gestellt werden, obwohl diese nicht die Pflege übernehmen, sondern z. B. im Haushalt helfen. Obwohl Hilfe im Haushalt in vielen Regionen Schleswig-Holsteins dringend benötigt wurde und wird, konnten viele potentielle Anbieter*innen ihre Hilfe im Haushalt nicht anbieten, da dies schlicht unwirtschaftlich wäre.

Viele Petent*innen waren zudem besorgt, dass ihr Entlastungsbetrag verfällt, und informierten sich über die Verjährung. Wird der Entlastungsbetrag in einem Monat nicht vollständig aufgebraucht, können ihn Leistungsberechtigte auch in den Folgemonaten des Kalenderjahres einsetzen. Wenn der Anspruch für ein Kalenderjahr nicht ausgenutzt wird, können Ansprüche auch in das nächste Kalenderjahr übertragen werden. Da manche Bürger*innen ihren Entlastungsbetrag seit Jahren nicht nutzen konnten, benötigten sie Informationen zur Verjährung des Anspruchs. Dabei informierte die Bürgerbeauftragte auch darüber, dass Pflegebedürftige, die bereits 2015 und 2016 Anspruch auf Leistungen hatten, ihre Ansprüche nur noch bis Ende 2018 einsetzen konnten, soweit Angebote zur Verfügung standen.[107]

Einige Bürger*innen wandten sich auch wegen der Förderung von erforderlichen Umbaumaßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds an die Bürgerbeauftragte (vgl. § 40 Abs. 4 SGB XI). Durch diese Leistungen soll das individuelle Wohnumfeld an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasst werden, um eine möglichst dauerhafte ambulante Versorgung und selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Hierbei beriet und half die Bürgerbeauftragte hauptsächlich bei der Begründung von Widersprüchen, die beispielsweise den Umbau einer Badewanne in eine Dusche zum Gegenstand hatten.

Altersarmut kann nur verhindert werden, wenn die Pflegeversicherung zur Vollkostenversicherung wird

Viele der Eingaben im Jahr 2018 verdeutlichten erneut, dass die lange von der Bürgerbeauftragten geforderte Reform der Pflegeversicherung notwendig ist, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen. Dieses Ziel könnte durch die Umgestaltung der Pflegeversicherung von einer „Teilkasko-Versicherung“ in eine Vollversicherung geschehen, die vor allem Menschen in Pflegeeinrichtungen und deren Angehörige entlasten würde. Die Bürgerbeauftragte bedauert, dass ein entsprechender Antrag Schleswig-Holsteins auf der Konferenz der Ländersozialminister Ende 2018 keine Mehrheit fand. Das Konzept von Sozialminister Dr. Garg[108], im Rahmen einer Pflege- und Krankenversicherung die Kostenübernahme für die vollen Pflegekosten zu statuieren, überzeugt und sollte unbedingt weiterverfolgt werden. Denn Bürger*innen in Schleswig-Holstein müssen

[105] Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (AföVO) vom 10. Januar 2017.
[106] Siehe hierzu auch Anregungen und Vorschläge S. 17 f.
[107] Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III), in Kraft getreten am 1. Januar 2017, wurde eine Übergangsregelung für Pflegebedürftige eingeführt, die ihren Entlastungsbetrag nach den damals geltenden Kriterien nicht in Anspruch genommen haben (§ 144 Abs. 3 Satz 1SGB XI).
[108] Vgl. dazu z. B. Frankfurter Allgemeine Zeitung / Hauptausgabe vom 7. Dezember 2018, „Länder gegen Pflege-Vollkasko“, S. 19.

nach Erhalt der pauschalen Leistungen der Pflegeversicherung zur Zeit im Durchschnitt 1.584,00 € für Ihre stationäre Unterbringung im Pflegeheim aus der eigenen Tasche bezahlen; im Bundesdurchschnitt sind es gar 1.830,00 €.[109] Dies übersteigt die Renten fast immer deutlich: Nach den aktuellsten Zahlen liegen Altersrenten der Deutschen Rentenversicherungen im Durchschnitt bei 835,00 € im Monat, die durchschnittliche Rente wegen einer vollen Erwerbsminderung beträgt 781,00 €.[110] Das Rentenniveau im Allgemeinen und insbesondere die erheblichen Eigenanteile für Pflegebedürftige sind damit ein großer Faktor für eine zunehmende Altersarmut. Häufig sind damit selbst Pflegebedürftige mit einer überdurchschnittlichen Rente auf zusätzliche Leistungen der Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) angewiesen.[111] Es ist davon auszugehen, dass sich dieses Problem in den nächsten Jahren noch deutlich verschärfen wird. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen, gleichzeitig werden die Ausgaben für Pflegepersonal zu Recht angehoben.[112] Der erhöhte Finanzbedarf der Pflege kann nicht alleine durch Erhöhungen der Beitragsforderungen bei gleichen Pflegeleistungen gedeckt werden. Trotz stetiger Erhöhungen der Beiträge zur Pflegeversicherung[113] wird diese ohne eine grundlegende systematische Änderung auch in Zukunft die Ausgaben der Pflege nur teilweise decken können. Eine Reform ist daher unumgänglich. Die Einführung einer Pflegevollsicherung ist deshalb nach Auffassung der Bürgerbeauftragten dringend notwendig. Es reicht nicht aus, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten deckt und den Bürger*innen hohe Zuzahlungen auferlegt. Eine Versicherung, die alle anfallenden Pflegekosten deckt und hohe private Zuzahlungen entfallen lässt, ist hier unentbehrlich, um eine Verarmung der Pflegebedürftigen zu verhindern und ein würdevolles Leben bis ins hohe Alter sicher zu stellen.

Sozialhilfe

Die Zahl der Petitionen aus dem Bereich der Sozialhilfe ist mit 373 im Vergleich zum Vorjahr (406) zurückgegangen.

Den Schwerpunkt der Eingaben (197) bildeten wie schon in den vergangenen Jahren diejenigen aus dem Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung[114], gefolgt von 83 Anfragen aus dem Themenfeld Eingliederungshilfe für behinderte Menschen[115], 56 Petitionen zu den Hilfen in besonderen Lebenslagen (5. sowie 7. bis 9. Kapitel des SGB XII[116]) und 37 Eingaben aus dem Bereich Hilfe zum Lebensunterhalt.[117]

[109] Vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/2019, S. 56.
[110] Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2018, S. 34 f.
[111] Vgl. Berichte, S. 53 f.
[112] Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) trat zum 1. Januar 2019 in Kraft und sieht u. a. zusätzliche Finanzmittel sind für die Finanzierung von Tariferhöhungen beim Pflegepersonal vor.
[113] Die letzte Erhöhung der Beiträge erfolgte zum 1. Januar 2019. Die Beiträge zur Pflegeversicherung wurden um 0,50 %-Punkte angehoben. Kinderlose Versicherte zahlen jetzt 3,30 % des Bruttoeinkommens in die Soziale Pflegeversicherung, für Beitragszahler mit Kindern sind es 3,05 %.
[114] Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe, die Personen beziehen können, wenn sie die Altersgrenze erreicht haben oder wegen Erwerbsminderung auf Dauer aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können. Die Leistung dient dazu, das Existenzminimum abzusichern (Grundsicherung).
[115] Die Eingliederungshilfe ist eine Leistung der Sozialhilfe, die dazu dient, Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen zu helfen, die Folgen ihrer Behinderung zu mildern und sich in die Gesellschaft einzugliedern.
[116] Das 5., 7. und 9. Kapitel des SGB XII befasst sich mit Leistungen, die neben den „eigentlichen“ Grundsicherungs-Leistungen stehen. Sie umfassen die Hilfen zur Gesundheit, die Hilfe zur Pflege und die Hilfen in anderen Lebenslagen (z. B. Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, Altenhilfe, Blindenhilfe sowie Bestattungskosten).
[117] Hilfe zum Lebensunterhalt steht bedürftigen Personen zu, die keine Ansprüche auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld haben, trotzdem aber ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen decken können.

Eine Gesamtangemessenheit der Kosten der Unterkunft und Heizung ist im SGB XII aus Gründen der Wirtschaftlichkeit zulässig und erforderlich

Ein großer Teil der Anfragen aus dem Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung betraf Fragestellungen zum Thema der Kosten der Unterkunft und Heizung (§ 35 SGB XII) sowie der Anrechnung von Einkommen und Vermögen im Leistungsbezug (§§ 82 ff. SGB XII). Die Fragen zum Thema Kosten der Unterkunft bezogen sich häufig auf den Umzug in barrierefreie oder kleinere Wohnungen sowie auf Probleme, die sich bei der Anrechnung von Betriebskostenabrechnungen ergaben. Ein weiteres wichtiges Thema aus dem Bereich der Kosten der Unterkunft, dem sich die Bürgerbeauftragte im Berichtsjahr annahm, ist die Anwendung der sog. Gesamtangemessenheitsgrenze im SGB XII.[118] Bei der Bildung einer Gesamtangemessenheitsgrenze kann anhand einer Gesamtschau beurteilt werden, ob die Summe der Kosten der Unterkunft und Heizung insgesamt „angemessen“ ist, obwohl entweder die Heizkosten oder die Kosten der Unterkunft den Richtwert bei getrennter Betrachtung überschreiten würden. Leistungsberechtigte können dadurch höhere Aufwendungen für die Heizung durch geringere Leistungen der Unterkunft „ausgleichen“ und umgekehrt. Während dies im SGB II[119] (Arbeitslosengeld II) ausdrücklich geregelt ist, fehlt eine entsprechende Norm im SGB XII (Sozialhilfe). Aus diesem Grund herrscht bei den Sozialämtern Unsicherheit, ob auch hier eine Gesamtangemessenheitsprüfung vorgenommen werden kann oder nicht. Obwohl die Bürgerbeauftragte der Ansicht ist, dass auch ohne explizite Regelung im SGB XII die Prüfung der Gesamtangemessenheit möglich ist, fordert sie zur Klarstellung, eine dem § 22 Abs. 10 SGB II entsprechende Norm auch im SGB XII einzuführen.[120]

Die Petitionen bezüglich des Einkommens und Vermögens beim Bezug der Grundsicherung hatten Fragen zur Anrechnung von Einkommen aus ehrenamtlicher Tätigkeit, zum Schonvermögen sowie zum Einkommen aus privilegierten Altersvorsorgerenten zum Gegenstand. Bezüglich der Altersvorsorge klärte die Bürgerbeauftrage wiederholt über den zum 1. Januar 2018 eingeführten Freibetrag in Höhe von 100,00 € bis zu 208,00 € für Einkünfte aus einer zusätzlichen Altersvorsorge auf.[121] Dieser Freibetrag gilt für Betriebs-, Basis-, Riester- und Privatrenten und verhalf einigen Bürger*innen, die privat für eine Rente angespart hatten und sich am Rande des Existenzminimums bewegten, doch noch ergänzende Leistungen der Grundsicherung im Alter zu bekommen.

Die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) ist in allen Kreisen und kreisfreien Städten eingerichtet

Auch die Zahl der Eingaben aus dem Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen reduzierte sich leicht von 89 Eingaben im Vorjahr auf 83 Eingaben. Die Eingliederungshilfe soll Menschen mit einer Behinderung und auch von Behinderung bedrohten Personen helfen, die Folgen ihrer Behinderung zu mildern und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Die Eingliederungshilfe wird seit 2017 aufgrund des Bundesteilhabegesetzes[122] reformiert. Die wichtigsten durch die Reform entstandenen Neuerungen zum 1. Januar 2018 waren die Einführung eines neuen Teilhabeplanverfahrens, die Veränderung der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe, Änderungen der Handhabung von Zuständigkeitskonflikten und die Einführung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungen (EUTB). Unabhängige Teilhabeberatungen sollen bereits vor der Beantragung der Leistungen ein neutrales, niederschwelliges

[118] Siehe auch Anregungen und Vorschläge, S. 19.
[119] § 22 Abs.10 SGB II; siehe auch Bericht Grundsicherung für Arbeitssuchende, S. 26.
[120] Siehe Anregung und Vorschläge, S. 19.
[121] § 82 Abs. 5 SGB XII.
[122] Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung, durch das in vier Reformschritten die Eingliederungshilfe vom SGB XII in das SGB IX überführt wird. Siehe auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 43 f.

Beratungsangebot für die betroffenen Menschen und deren Familien anbieten. In der Beratung soll ein Überblick über die oft unübersichtlichen Teilhabeleistungen[123] der verschiedenen Rehabilitationsträger[124] gegeben werden, Betroffene sollen bei der komplizierten Antragsstellung beim richtigen Rehabilitationsträger unterstützt werden. Die Bürgerbeauftrage begrüßt die Einrichtung der ergänzenden Teilhabeberatungen sehr. Sie hofft, dass durch die unabhängige Teilhabeberatung viele der von ihr beobachteten Probleme der Bürger*innen bei der Antragsstellung von Teilhabeleistungen und Assistenzleistungen abgemildert werden können. Denn die Bürger*innen müssen ausführlich auf ein Teilhabegespräch vorbereitet und beraten werden. Gerade hier ist eine unabhängige und niederschwellige Beratung von Betroffenen und Angehörigen unerlässlich. Sie ist ein wichtiger Baustein, um die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung zu stärken. Aus diesem Grund fragte die Bürgerbeauftragte in allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein an, inwieweit eine unabhängige Teilhabeberatung bereits stattfindet. Die Bürgerbeauftragte bedankt sich für die zahlreichen Rückmeldungen. Sie konnte positiv feststellen, dass in ganz Schleswig-Holstein bereits unabhängige Teilhabeberatungen angeboten werden, und hofft, dass in Zukunft so den Bürger*innen der Weg zu den Teilhabeleistungen erleichtert wird.

Die Reform des § 14 SGB IX verkompliziert die Praxis und führt zu noch weniger sachgerechten Ergebnissen bei der Verweisung

Eine weitere Umgestaltung durch das Bundesteilhabegesetz erfolgte durch die Neuregelung des § 14 SGB IX zum 1. Januar 2018. Die Norm regelt, welche Träger über einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entscheiden muss und was passieren soll, wenn der Antrag zunächst bei einer (vermeintlich) unzuständigen Behörde gestellt wurde.[125] Der Plan des Gesetzgebers, dass infolge der Neuregelung ein einziger Antrag der Betroffenen ausreichen soll, um alle benötigten Leistungen von den verschiedenen Reha-Träger zu erhalten, funktioniert in der Praxis leider überhaupt nicht. Auch in diesem Jahr musste die Bürgerbeauftragte wieder feststellen, dass viele Anträge der Bürger*innen schlicht wegen Unzuständigkeit der Sozialleistungsträger abgelehnt wurden, obwohl eine Pflicht zur Weiterleitung bestand. Stattdessen wurden Leistungen oft mit dem Verweis auf eine (vermeintliche) Unzuständigkeit abgelehnt. Viele besorgte Eltern von an Diabetes oder Epilepsie erkrankten Kindern baten die Bürgerbeauftragte in diesem Berichtsjahr um Hilfestellung, da sie z. B. eine Begleitperson zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels oder eine Hilfestellung bei epileptischen Anfällen benötigen. Besonders problematisch war häufig, dass durch Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Träger die benötigten Leistungen nicht rechtzeitig angeboten werden konnten, um beispielsweise den Schulbesuch zu ermöglichen. Zuständigkeitsstreitigkeiten gab es daneben auch zwischen den Schulträger und der Eingliederungshilfe. Hier wurde häufig über um die Übernahme der Kosten der Beförderung zur Schule gestritten.

In diesem Berichtsjahr stieg die Anzahl der Petitionen aus dem Bereich Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII). Die Hilfe zur Pflege ist eine Sozialleistung zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die ihren notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Fast alle Petitionen aus diesem Bereich stammten von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen, die die Kosten für ein Pflegeheim nicht mehr von der Rente und den pauschalen Leistungen der Pflegeversicherung decken konnten. Die Betroffenen hatten dann einen erheblichen Eigenanteil zu leisten, der sehr häufig schlicht nicht finanziert werden konnte. In der Folge waren die pflegebedürftigen Petent*innen auf Sozialhilfe angewiesen. Deren

[123] Beispiele für Teilhabeleistungen sind das behindertengerechte Wohnen, heilpädagogische Leistungen bei Kindern oder Hilfen zur Erlangung eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes.

[124] Rehabilitationsträger erbringen Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Träger sind die Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung, ferner die öffentliche Jugendhilfe, die Sozialhilfe sowie die Bundesagentur für Arbeit.

[125] Hier ist dann eine Weiterleitung des Antrags notwendig. Hintergrund ist die Frage, welche Träger in der Sache für die Leistungen zuständig ist. Siehe dazu auch Anregungen und Vorschläge, S. 15 f.

Kinder wurden in diesem Zusammenhang dann auf einen sog. Unterhaltsrückgriff[126] überprüft. Dies zeigt nach Auffassung der Bürgerbeauftragten, dass eine Reform der Pflegeversicherung von einer Teilversicherung zu einer Vollversicherung notwendig ist. Nur so kann verhindert werden, dass Menschen, die eigentlich in der Lage wären, ihren Lebensunterhalt durch die Rente bestreiten, durch den Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder den Umzug in ein Pflegeheim plötzlich auf Grundsicherung angewiesen sind.

Der Kreis Stormarn muss die Rückstände bei der Erstattung der Heimkosten zeitnah abarbeiten

Im Bereich der Hilfe zur Pflege zeigte sich in diesem Berichtsjahr ein weiteres Problem: Einige Bürger*innen beschwerten sich über sehr lange Bearbeitungszeiten der Anträge zur Hilfe zur Pflege im Kreis Stormarn. Eine Petentin berichtete der Bürgerbeauftragten, dass einige Pflegeheime im Kreis Stormarn schon keine Bewohner*innen mehr aufnehmen würden, die auf die Sozialleistungen des Kreises angewiesen seien. Teilweise dauere es länger als ein Jahr, bis das Pflegeheim fällige Zahlungen des Sozialhilfeträgers erhalte. Dies und die Berichterstattung des NDR nahm die Bürgerbeauftragte zum Anlass, den Landrat bezüglich der Anträge auf die Übernahme der ungedeckten Heimkosten um Stellungnahme zu bitten. Der Landrat berichtete, dass bis zum 12. November 2018 288 von 600 Anträgen auf Hilfe zur Pflege noch nicht abschließend bearbeitet seien. Es würden die Fälle seit Februar 2018 nun in einem Sonderprojekt bearbeitet, einige Monate später solle auch neues Personal eingearbeitet werden. Die Bürgerbeauftragte behält dies im Blick und hofft nun auf eine schnelle Bearbeitung der evident wichtigen Fälle, so dass bedürftige Sozialhilfeempfänger*innen nun in ein Pflegeheim umziehen können, sobald dies erforderlich ist.

Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Im Bereich Ausbildungsförderung haben sich die Eingaben von 75 im Vorjahr auf 48 Eingaben im Berichtsjahr reduziert. Ein konkreter Grund für den Rückgang ist nicht ersichtlich. Die Mehrzahl der Eingaben betraf Fragen zu den Voraussetzungen der Leistungsgewährung. Daneben waren Eingaben zu Rückforderungen von Ausbildungsförderung oft ein Thema.

Die Doppelimmatrikulation zum Bachelor und Master bietet keine Vorteile bei der Förderung

Eine spezielle Problematik betraf die Doppelimmatrikulation in einen Bachelor- und Masterstudiengang. Leistungen nach dem BAföG können Studierende auch dann für ein Masterstudium erhalten, wenn das Bachelorstudium noch nicht abgeschlossen ist, die Hochschule aber eine vorläufige Zulassung in einen Masterstudiengang ermöglicht, weil damit zu rechnen ist, dass der Bachelorabschluss in Kürze erfolgen und nachgewiesen wird.[127] Allerdings bringt die Zeitersparnis durch die zeitweise Überschneidung beider Studiengänge förderungstechnisch keinen Vorteil. Denn die ersparte Zeit der Förderung im Bachelorstudium wird nicht gutgeschrieben, so dass die Studierenden im Masterstudium nicht länger gefördert werden. Wenn dann der Bachelorabschluss, so wie in einem an die Bürgerbeauftragte herangetragenen Fall geschehen, wider Erwarten nicht innerhalb von 12 Monaten nachgeholt und nachgewiesen wird, kann das BAföG-Amt die für das Masterstudium gezahlten Leistungen zurückfordern. Denn die Zahlung erfolgt im Falle der vorläufigen Zulassung in einen Masterstudiengang immer unter dem Vorbehalt der

[126] Möchte eine betroffene Person Sozialhilfe beantragen, wird geprüft, ob Kinder für den Unterhalt ihrer Eltern aufkommen können. Ist dies der Fall, müssen Kinder zukünftig den Lebensunterhalt ihrer Eltern mit bestreiten, da die Sozialhilfe hier nur leistet, wenn keine vorrangigen Unterhaltsverpflichtungen von Angehörigen vorliegen.

[127] § 7 Abs. 1a Satz 3 BAföG.

Rückforderung. Zusätzlich kam im konkreten Fall hinzu, dass der Student die Förderungshöchstdauer für sein Bachelorstudium schon ausgeschöpft hatte und auch keine weiteren Gründe vorlagen, die die Leistungen über die Förderungshöchstdauer des Bachelorstudiengangs hinaus gerechtfertigt hätten. Leider konnte die Bürgerbeauftragte in diesem Fall nicht weiterhelfen. Sie mahnt aber die BAföG-Ämter eindringlich, ihre Beratungspflicht umfänglich wahrzunehmen und auf die möglichen Folgen der Doppelimmatrikulation deutlicher hinzuweisen.

Weitere Anfragen und Verständnisprobleme gab es zu den besonderen Voraussetzungen des Schüler-BAföG. Hier wandten sich z. B. Auszubildende an die Bürgerbeauftragte, weil das BAföG-Amt die Förderung unter Verweis darauf abgelehnt hatte, dass eine zumutbare Ausbildungsstätte auch von der Wohnung der Eltern erreichbar sei. Schüler*innen an weiterführenden allgemeinbildenden Schulen, an Berufsfachschulen, an Fach- und Fachoberschulklassen erhalten Ausbildungsförderung nämlich nur, wenn sie nicht bei den Eltern wohnen und eine der in § 2 Abs. 1a BAföG bestimmten Ausnahmen[128] vorliegt. Grund dieser Beschränkung ist, dass es grundsätzlich Aufgabe der Eltern sein soll, ihre Kinder während einer allgemeinbildenden Ausbildung zu fördern.[129] Die Petent*innen gaben aus unterschiedlichen Gründen an, nicht bei Ihren Eltern wohnen zu können. Allerdings können nur ausbildungsbezogene Gründe, also Umstände, die unmittelbar mit der Ausbildung im Zusammenhang stehen, nicht aber soziale Umstände berücksichtigt werden.[130] Auf eine Wohnung der Eltern kann z. B. selbst dann verwiesen werden, wenn sie zu klein ist oder mietrechtliche Gründe der Aufnahme der Auszubildenden entgegenstehen. Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern ist für jeden Elternteil zu prüfen, ob eine zumutbare Ausbildungsstätte erreichbar ist. Ob es sich dann auch um eine entsprechende Ausbildungsstätte handelt, richtet sich nach objektiven Umständen.[131] Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, ist die Ausbildung dem Grunde nach nicht förderungsfähig (§ 2 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 BAföG). Dann kommen aber ggf. Leistungen nach dem SGB II und SGB XII in Betracht.

Ausdrücklich zu begrüßen ist die von der Bundesregierung geplante[132] Erhöhung der Leistungen nach dem BAföG. Die letzte Erhöhung der Bedarfssätze und der Elternfreibeträge um jeweils 7,00 % zum Wintersemester 2016 war eher „ein Tropfen auf den heißen Stein“ und völlig unzureichend. Immer wieder wandten sich Studierende an die Bürgerbeauftragte, weil sie mit den Leistungen nach dem BAföG nicht auskamen und aufgrund von anstehenden Prüfungen keine Möglichkeit hatten, durch einen Nebenjob ihre finanziellen Situation zu verbessern. Die Bürgerbeauftragte appelliert daher an die politisch Verantwortlichen, die von der Bundesregierung geplante Anhebung der Bedarfs- und Freibeträge ohne Verzögerungen endlich umzusetzen. Unter anderem soll demnach der BAföG-Höchstsatz von 735,00 € auf rund 861,00 € monatlich erhöht werden. Auch die individuellen Bedarfssätze sollen in zwei Schritten bis 2020 um insgesamt 7,00 % angehoben werden. Zur Wohnpauschale beinhaltet der Gesetzesentwurf eine Steigerung von 250,00 € auf 325,00 €. Die Einkommensfreibeträge sollen bis 2021 schrittweise um insgesamt 16,00 % steigen, auch die Vermögensfreibeträge für Auszubildende sollen angehoben werden. Schließlich sieht der Entwurf vor, Studierende vor lebenslanger Verschuldung durch das BAföG besser zu schützten: Wer seinen Darlehensanteil innerhalb von 20 Jahren aufgrund einer schlechten wirtschaftlichen Lage nicht zurückzahlen kann, dem soll künftig die Restschuld erlassen werden. Jedoch soll der monatlich zurückzuzahlende Betrag von 105,00 € auf 130,00 € erhöht werden.

[128] Eine solche Ausnahme liegt vor, wenn von der Wohnung der Eltern aus eine entsprechende zumutbare Ausbildungsstätte nicht erreichbar ist, wenn die Auszubildenden einen eigenen Haushalt führen und verheiratet oder in einer Lebenspartnerschaft verbunden sind oder waren, oder wenn Auszubildende einen eigenen Haushalt führen und mit mindestens einem Kind zusammenleben.

[129] BT-Drs. 11/5961, S. 15.

[130] BVerwG, Urteil vom 21. Juni 1990, Az. 5 C 3/88.

[131] BVerwG, Urteil vom 14. August 2018, Az. 5 C 6.17.

[132] Vgl. Gesetzesentwurf der Bundesregierung eines Sechsundzwanzigsten Gesetzes zur Änderung des Berufsausbildungsförderungsgesetzes (26. BAföGÄndG), BR-Drs. 55/19 (Stand: 1. Februar 2019).

Kindergeld

Die Zahl der Petitionen zum Bereich Kindergeld ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr von 105 auf 123 gestiegen. Dies lag insbesondere daran, dass viele Bürger*innen Fragen zu den Themen Rückforderung von Kindergeld sowie Kindergeld bei erkrankten und behinderten Kindern hatten. Bei anderen Themen wie z. B. der Bearbeitungsdauer von Anträgen, Abzweigungsanträgen oder Kindergeldberechtigung konnten keine nennenswerten Veränderungen bei den Eingabezahlen beobachtet werden.

Der Inkassoservice ändert seine Praxis ohne Ankündigung und beendet und verweigert Stundungen – die Bürger*innen sind überrascht und wütend

Die steigende Zahl der Eingaben zum Thema Rückforderung von Kindergeld lag aber nicht an einer gesteigerten Prüftätigkeit der Familienkasse Nord, sondern an einem veränderten Vorgehen des Inkassoservice Recklinghausen.[133] Dieser lehnte mit Beginn des Jahres 2018 jedes Ratenzahlungsangebot von Schuldner*innen ab und forderte konsequent die Zahlung des Rückforderungsbetrages in einer Summe. In den Jahren zuvor hatte der Inkassoservice noch großzügiger Ratenzahlungsvereinbarungen zugestanden, ohne die gesetzlichen Stundungsvoraussetzungen (Stundungsbedürftigkeit und Stundungswürdigkeit) intensiv zu prüfen (§ 222 AO). Viele Hilfesuchende waren aber nicht in der Lage, die Rückforderung in einer Summe zu begleichen und fragten die Bürgerbeauftragte um Rat. Dies aber oft erst zu einem Zeitpunkt, in dem der Inkassoservice Recklinghausen bereits das Mahn- oder gar schon das Vollstreckungsverfahren eingeleitet hatte.

Selbst an diejenigen, mit denen eine wirksame Ratenzahlung vereinbart war, wurden Mahnungen geschickt und Mahngebühren erhoben, obwohl die Raten pünktlich gezahlt worden waren. Zudem erhielten die Betroffenen ständig weitere Schreiben, mit denen sie aufgefordert wurden, die Restschuld in einer Summe zu bezahlen. Diese Schreiben enthielten auch den Hinweis, dass man sich telefonisch an den Inkassoservice Recklinghausen wenden könnte, wenn man die Zahlung nicht leisten könne. Eine Erklärung für das geänderte Vorgehen des Inkassoservice Recklinghausen konnte den Schreiben nicht entnommen werden. Betroffene, die dann beim Inkassoservice Recklinghausen anriefen, schilderten, dass ihnen jedoch keine Hilfe angeboten oder ein Entgegenkommen zugesagt wurde. Sie wurden vielmehr erneut aufgefordert, die Restschuld in einer Summe zu bezahlen. Das aus Sicht der Bürgerbeauftragten intransparente Vorgehen des Inkassoservice Recklinghausen sorgte daher bei den Bürger*innen für Wut, Ärger und Enttäuschung über „den Staat“.

Bei einigen Fällen fiel auf, dass die monatlichen Säumniszuschläge in Höhe von 1,00 % der Rückforderungssumme die vereinbarte Höhe der Raten zum Teil deutlich übertrafen. Hier wurde die Gesamtsumme trotz Ratenzahlung im Laufe der Zeit nicht etwa kleiner, sondern stieg sogar noch an. Aus Sicht der Bürgerbeauftragten hätten solche Rückzahlungsvereinbarungen nicht abgeschlossen werden dürfen. Auch die Höhe der Säumniszuschläge hält die Bürgerbeauftragte nicht für gerechtfertigt. Die Säumniszuschläge dürfen dabei als eine Art „Schadenersatz“ für die verzögerte Rückzahlung verstanden werden, weil die Bundesrepublik Deutschland dieses Geld nicht gewinnbringend anlegen kann. In der aktuellen Niedrigzinsphase ist aber ein monatlicher Säumniszuschlag in Höhe von 1,00 % der Rückforderungssumme zu hoch. Zinsgewinne in entsprechender Höhe lassen sich am Kapitalmarkt gegenwärtig nicht realisieren. Die Höhe der Säumniszuschläge sollte daher deutlich gesenkt werden.

Für die Betroffenen kam erschwerend hinzu, dass schriftliche Anfragen erst nach Monaten beantwortet wurden. Die Bürgerbeauftragte nahm daher Kontakt zum Inkassoservice Recklinghausen und zum Kundenreaktionsmanagement der Familienkasse Nord auf, um die Hintergründe zu klären.

[133] Dieser gehört zur Agentur für Arbeit Recklinghausen und zieht für die Familienkasse Nord die Forderungen ein. Der Inkassoservice Recklinghausen ist damit auch Teil der Bundesagentur für Arbeit.

Zunächst wurde ihr von der Direktion der Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit[134] die geänderte Vorgehensweise des Inkassoservice Recklinghausen bestätigt.[135] Mit dieser Änderung wolle man zum einen für ein rechtskonformes Vorgehen sorgen und zum anderen zum Schutz der Betroffenen Ratenzahlungsvereinbarungen verhindern, bei denen trotz einer Ratenzahlung die Rückforderungssumme steige. Zudem solle der Verwaltungsaufwand begrenzt werden. Der Inkassoservice Recklinghausen ergänzte diese Angaben noch mit der Auskunft, dass zwar offiziell keine Ratenzahlungsvereinbarungen mehr abgeschlossen würden, aber Ratenzahlungen auch nicht zurück überwiesen werden. Zudem seien die längeren Bearbeitungszeiten auf Organisationsveränderungen zurückzuführen.

Die Bürgerbeauftragte empfahl deshalb all denen, die noch eine Ratenzahlungsvereinbarung abgeschlossen hatten, die Ratenzahlung fortzuführen, wenn die Höhe der Raten die Höhe der monatlichen Säumniszuschläge übersteigt. Wenn dies nicht der Fall war, sollte die Ratenzahlung gestoppt werden. In einzelnen Fällen gelang es den Betroffenen, einen Darlehensgeber (etwa eine Bank oder ein Familienmitglied) zu finden, um so die Restforderung in einer Summe zahlen zu können. Da die Darlehenszinsen niedriger als die Säumniszuschläge waren, war dieses Vorgehen vorteilhaft. Betroffenen, die keine Ratenzahlung mehr vereinbaren konnten, wurde geraten, dennoch Raten zu zahlen, wenn dies in absehbarer Zeit zur Tilgung der Rückforderung führen würde. So z. B. in einem Fall, wo die Betroffene plante, mit vier Teilzahlungen die Rückforderung zu erfüllen, und der Inkassoservice Recklinghausen eine Ratenzahlung mit Bescheid[136] abgelehnt hatte.

Die Bürgerbeauftragte vertritt die Ansicht, dass eine solche Änderung der Vorgehensweise den Bürger*innen verständlich erklärt werden muss. Wird über eine telefonische Hotline Hilfe angeboten, muss diese auch wirklich erfolgen. Zusammen mit den Hilfesuchenden müssen dann Lösungen erarbeitet werden. Käme nur eine Privatinsolvenz in Frage, muss auch dieses besprochen werden. Die Betroffenen ratlos am Telefon zurückzulassen, kann keine Alternative sein.

Auch viele Ratsuchende mit kranken oder behinderten Kindern wandten sich an die Bürgerbeauftragte, weil die Familienkasse Nord Verfahren eingeleitet hatte, um die Rechtmäßigkeit der Kindergeldzahlung zu prüfen. In vielen Fällen konnte den Betroffenen geholfen werden, weil z. B. zwar eine Ausbildung[137] abgebrochen wurde, aber der Abbruch wegen einer Erkrankung des Kindes geschehen war. In solchen Fällen besteht nämlich ein Anspruch auf Kindergeld wegen Erkrankung des Kindes, wenn das Ende der Erkrankung absehbar ist und das Kind den Willen hat, nach Genesung eine Ausbildung aufzunehmen oder fortzusetzen. Ist das Ende der Erkrankung nicht absehbar, besteht ggf. die Möglichkeit, Kindergeld wegen Behinderung des Kindes zu erhalten. Dann muss eine Behinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten sein, die ursächlich dafür ist, dass das Kind seinen Lebensunterhalt nicht selbst sichern kann. Auf diese Möglichkeit weist die Familienkasse Nord in aller Regel hin, obwohl im Steuerrecht eine mit dem Sozialrecht vergleichbare Beratungspflicht[138] nicht existiert.

Dass das Kind seinen Lebensunterhalt wegen einer Behinderung nicht decken kann, muss in vielen Fällen ärztlich anhand von Formularen bestätigt werden. Hierbei kam es teilweise zu Verständnisschwierigkeiten auf Seiten der Ärzt*innen. So wurde z. B. bereits das Vorliegen einer Behinderung verneint, weil die Ärzt*innen glaubten, dass eine Schwerbehinderung vorliegen müsse. In einem Fall wurde erklärt, dass das Kind eine Ausbildung wird

[134] Das Kundenreaktionsmanagement hatte die Anfrage an die Direktion in Nürnberg weitergeleitet.
[135] Auch die anderen Inkassoservices der Bundesagentur für Arbeit haben ihre Vorgehensweise geändert.
[136] In den Bescheiden wurde immer ein Stundungsantrag abgelehnt, auch wenn eine Ratenzahlung beantragte wurde. Dies führte teilweise zu Verwirrung bei den Betroffenen. Rechtlich ist dies jedoch korrekt, da bei einer Ratenzahlung die Restschuld gestundet wird.
[137] Kindergeld wird mindestens bis zum 18. Geburtstag gezahlt; für Kinder, die als arbeitssuchend gemeldet sind, wird bis zum 21. Geburtstag Kindergeld gewährt; bis zum 25. Geburtstag wird Kindergeld gewährt, wenn sich die Kinder in einer Ausbildung oder im Studium befinden; für Kinder, die bereits vor dem 25. Geburtstag wegen einer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, wird Kindergeld schließlich auch nach dem 25. Geburtstag weiter gezahlt (§ 32 Abs. 4 EStG).
[138] Vgl. § 14 SGB I.

aufnehmen können; der Arzt hatte allerdings verkannt, dass er die Situation seit Behandlungsbeginn beurteilen und nicht allein eine Prognose für die Zukunft abgeben sollte. Zudem hatte der Arzt nur eine grobe Einschätzung für die Zukunft abgeben wollen. Auch er konnte nicht genau sagen, ab welchem Termin eine Ausbildung aufgenommen werden kann.

Kindergeld für Kinder mit Behinderung: Besonders bei psychischen Erkrankungen gibt es immer wieder Probleme

Besondere Schwierigkeiten bereiteten Fälle, in denen die Kinder zwar dauerhaft an einer psychischen Krankheit leiden, die Auswirkungen aber in Schüben auftreten. Ein Kind litt z. B. an schweren Depressionen. Wenn sich diese einstellten, war das Kind monatelang nicht in der Lage, irgendwelchen Tätigkeiten (z. B. Maßnahme der Berufsberatung, Arbeit in einer WfbM) nachzugehen. In den guten Phasen konnte es jedoch durchaus in Vollzeit arbeiten. Weil die Krankheitsphasen aber so lang waren und zu oft auftraten, war allen Beteiligten (Kind, Eltern, Arzt, Agentur für Arbeit) klar, dass eine Ausbildung niemals erfolgreich absolviert werden wird. Die Familienkasse hatte nun die schwierige Aufgabe, den Fall kindergeldrechtlich zu beurteilen. In einigen Monaten konnte das Kind durch seine Arbeit seinen Lebensunterhalt decken, in anderen nicht. Letztendlich wurde Kindergeld gewährt. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass es später zu Rückforderungen kommt, wenn das Kind irgendwann doch über einen längeren Zeitraum arbeiten kann und dann seinen Lebensunterhalt deckt.

In einem anderen Fall mit einem behinderten Kind kam es schließlich zu einer Rückforderung. Die Kindergeldberechtigte konnte dies zwar nachvollziehen, ärgerte sich jedoch über den Prüfrhythmus der Familienkasse. Sie hatte zu Beginn der Jahre 2016 und 2017 alle angeforderten Unterlagen eingereicht. Die Familienkasse stellte dann jeweils zu Jahresbeginn eine Prognose auf und gewährte Kindergeld. Eine konkrete Nachberechnung erfolgte aber erst Anfang 2018. Diese führte zu einer Rückforderung für 2016 und 2017 aus demselben Grund: Das Kind hatte sich durch eine Tätigkeit in einer Fahrradwerkstatt ein wenig mehr dazu verdient als vorher angenommen worden war.[139] Die Kindergeldgeldberechtigte monierte, dass eine Überprüfung des Anspruches 2016 zu Beginn des Jahres 2017 hätte erfolgen sollen. Sie hätte dann gewusst, dass der Kindergeldanspruch für 2017 nicht bestehen würde. Man hätte dann auch überlegen können, ob ganz auf eine Antragstellung für 2017 verzichtet wird. In Zweifelsfällen konnte man früher nämlich das Jahr abwarten und dann rückwirkend einen Antrag stellen. Seitdem Anträge rückwirkend nur noch für sechs Monate gestellt werden können, besteht diese Möglichkeit nicht mehr. Eine Nachfrage bei der Familienkasse ergab dann, dass eine jährliche Prüfung aller Fälle nicht erfolge. Werde die Kindergeldberechtigung in zu kurzen Zeitabständen überprüft, häuften sich regelmäßig die Beschwerden, weil die Kindergeldberechtigten nicht nachvollziehen könnten, warum sie erneut (dieselben) Unterlagen vorlegen sollten. Auch in Fällen, in denen Kindergeld wegen Behinderung des Kindes gezahlt werde, erfolge eine Prüfung nur in Abständen von mehreren Jahren. Grundsätzlich gehe es in erster Linie um die Prüfung des Gesundheitszustandes des Kindes. Da die Kindergeldberechtigten wegen eventueller Veränderungen in den Verhältnissen eine Mitwirkungspflicht treffe, sei es nur in Ausnahmefällen so, dass ein Kindergeldanspruch plötzlich rückwirkend für mehrere Jahre nicht bestehe. Im vorliegenden Fall käme unglücklicherweise hinzu, dass die individuelle Einkommensgrenze nur um wenige Euro überschritten wurde, was auf den ersten Blick weder für die Kindergeldberechtigte noch für die Familienkasse Nord zu erkennen gewesen sei.

Antragsverfahren verzögern sich häufig, wenn die Kindergeldberechtigung der antragstellenden Person überprüft werden muss. Dies ist u. a. der Fall, wenn sich die Eltern um das Kindergeld streiten oder das Kind nicht im Haushalt eines Elternteils

[139] Beim Kindergeld wegen Behinderung des Kindes ist zu beachten, dass eine Einkommensgrenze nicht überschritten werden darf. Diese setzt sich aus einem Grundfreibetrag (Dieser lag z. B. 2017 bei 9.000,00 €) und dem individuellen behinderungsbedingten Mehrbedarf des Kindes zusammen.

lebt. Sind die Familienverhältnisse zudem unübersichtlich, kann es zu Missverständnissen kommen. In einem Fall hatte die Kindesmutter seit Monaten kein Kindergeld mehr erhalten. Die Tochter befand sich in einer geförderten Ausbildung und lebte beim ehemaligen Mann der Mutter, der von ihr seit frühester Kindheit als Vater angesehen wurde. Der leibliche Vater hatte die Familie kurze Zeit nach der Geburt des Kindes verlassen. Der Kindergeldantrag der Mutter wurde abgelehnt, weil die Tochter nicht in ihrem Haushalt lebte. Der Ablehnungsbescheid enthielt den Hinweis, der Vater möge das Kindergeld beantragten, da die Tochter bei ihm lebe. Ein Antrag des Ex-Mannes war aber sinnlos, weil er nicht der Kindesvater war und das Kind auch nicht adoptiert hatte. Dies hatte die Familienkasse übersehen. Sie empfahl dann der Tochter, einen Abzweigungsantrag zu stellen. Dieser wurde von einer anderen Mitarbeiterin der Familienkasse mit der grotesken Begründung abgelehnt, die Tochter würde doch beim Vater wohnen, dieser könne einen Antrag stellen. Die Tochter stellte dann nach Ablauf der Einspruchsfrist einen weiteren Abzweigungsantrag. Die Bürgerbeauftragte nahm Kontakt zur Familienkasse Nord auf, um abzuklären, wer denn nun einen neuen Kindergeldantrag stellen solle. Grundsätzlich käme dafür auch der leibliche Vater in Betracht. Die Familienkasse Nord teilte diese Ansicht und leitete eine Prüfung ein. Grundsätzlich würde derjenige Elternteil zur kindergeldberechtigten Person, der dem Kind den höheren Unterhalt gewährt (vgl. § 64 Abs. 3 Satz 2 EStG). Die Familienkasse Nord schrieb daher beide leiblichen Eltern an, um die Situation zu klären. Glücklicherweise beantworteten beide Eltern die Anfrage der Familienkasse Nord zeitnah. Der leibliche Vater bestimmte die Mutter als Kindergeldberechtigte und erklärte zudem, dass er keinen Unterhalt zahle. Die Mutter gab an, dass sie der Tochter 100,00 € im Monat zahlen würde. Jetzt ergab sich das Problem, dass die Tochter in ihrem zweiten Abzweigungsantrag angegeben hatte, von keinem Elternteil Unterhalt zu bekommen. Dies konnte schließlich aufgeklärt werden. Die Tochter hatte nur an Geldbeträge gedacht, die Mutter hatte aber Kleidung und Nahrungsmittel zur Verfügung gestellt. Nachdem sich Mutter und Tochter auf das weitere Verfahren geeinigt hatten, wurde dem Kindergeldantrag der Mutter entsprochen, das Kindergeld aber in voller Höhe an die Tochter abgezweigt. Bei dieser Lösung ist zu beachten, dass dadurch die Mitwirkungspflichten auf die Tochter übergangen waren. Im Falle einer Rückforderung müsste diese von der Tochter beglichen werden.

Im Berichtsjahr erreichten die Bürgerbeauftragte auch wieder zahlreiche Eingaben zum Kindergeld mit Bezug zu Dänemark, weil z. B. ein Elternteil in Dänemark arbeitete. Nach wie vor läuft die Zusammenarbeit zwischen der zuständigen Familienkasse Bayern Nord und der dänischen Verbindungstelle (Udbetaling Danmark) nicht rund. Dies liegt aktuell insbesondere an den sehr langen Bearbeitungszeiten in Dänemark, die auch für die Beantwortung von Anfragen der Familienkasse Bayern Nord gelten. Die Bürgerbeauftragte würde es daher begrüßen, wenn sich beide Stellen regelmäßig austauschen würden, auch um Fälle, die bereits sehr lange in Bearbeitung sind, gemeinsam zeitnah zum Abschluss zu bringen.

Kinderzuschlag

Im Berichtsjahr stieg die Zahl der Petitionen im Vergleich zum Vorjahr leicht von 31 auf 34. Dies ist immer noch ein relativ niedriger Wert, wenn man bedenkt, wie kompliziert und schwer verständlich die Leistungsberechnung und die Bescheide sind. Eine Ursache für den niedrigen Wert dürfte aber sein, dass der Kreis der Leistungsberechtigten beim Kinderzuschlag durch die Reform beim Unterhaltsvorschuss deutlich kleiner geworden ist. Die Reform des Unterhaltsvorschusses trat zwar bereits zum 1. Juli 2017 in Kraft, wegen der Bearbeitungsrückstände in den Unterhaltsvorschusskassen dürfte sich die Auswirkung auf den Kinderzuschlag aber erst im Laufe des Jahres 2018 in Gänze gezeigt haben. Diese besteht darin, dass der höhere Unterhaltsvorschuss (205,00 € für 6 - 11-Jährige und 273,00 € für 12 - 17-Jährige) voll auf den Anspruch auf Kinderzuschlag (170,00 €) angerechnet wird und diesen verdrängt. Daneben haben nach Kenntnis der Bürgerbeauftragten auch anspruchsberechtigte Eltern auf eine erneute Antragstellung verzichtet, weil sie von den ständigen Rückforderungen des Kinderzuschlags „genervt“ und „gefrustet“ waren.[140] In sehr vielen Fällen wird der Kinderzu-

[140] Vgl. Tätigkeitsbericht 2017, S. 54.

schlag wegen schwankendem Einkommen nämlich zunächst nur vorläufig festgesetzt. Erst Monate später erfolgt dann die abschließende Berechnung anhand des in den einzelnen Monaten tatsächlich zugeflossenen Einkommens.

Kein sachgerechter Umgang mit den angemessenen Kosten der Unterkunft: Oft werden Leistungsbeziehende von Kinderzuschlag schlechter gestellt als Bezieher*innen von SGB-II-Leistungen

Ein häufiges Thema der Petitionen war die Frage, welche Kosten der Unterkunft und Heizung von der Familienkasse in welchen Monaten zu berücksichtigen sind. Hierbei trat aus Sicht der Bürgerbeauftragten auch ein neuer Streitpunkt auf: Die Familienkasse hatte in einem Fall nach sechs Monaten nur noch den örtlichen Mietrichtwert[141] bei der Bedarfsberechnung berücksichtigt.[142] Ein vorhergehendes Kostensenkungsverfahren, wie es bei den Jobcentern üblich ist, hatte sie aber nicht durchgeführt.

Auf Nachfrage der Bürgerbeauftragten verwies die Familienkasse Nord auf die bundesweit anzuwendende Dienstanweisung[143], die eine solche Vorgehensweise unmissverständlich vorsieht. Hintergrund dürfte sicherlich auch sein, dass die Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit verwaltungsaufwendige Kostensenkungsverfahren vermeiden will.

Die Bürgerbeauftragte argumentierte, dass mit dieser Vorgehensweise die Hilfesuchenden beim Kinderzuschlag schlechter gestellt werden als diejenigen, die SGB II-Leistungen beziehen. Im SGB II kann eine Absenkung der anerkannten Kosten für Unterkunft und Heizung nur erfolgen, wenn zuvor ein Kostensenkungsverfahren durchgeführt worden ist. Die Bürger*innen sollen die Chance erhalten, Argumente vorzutragen, die eine Übernahme der bisherigen tatsächlichen Kosten rechtfertigen würden (z. B. Behinderung, Alter, soziales Umfeld usw.). Hierzu gehört dann auch das Argument, dass anmietbarer Wohnraum zum Mietrichtwert gar nicht zu finden sei. Diese Argumentationsmöglichkeiten verhindert die Familienkasse durch ihr Vorgehen.

Für eine Klärung der Streitfrage schien ein Urteil des BSG[144] zu sorgen: Im Leitsatz heißt es pauschal, dass bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen beim Kinderzuschlag die tatsächlichen Kosten für die Unterkunft zu berücksichtigen sind. Dem Urteil lag aber ein Streit über die Berechnung der Bemessungsgrenze und kein Streit über die Berechnung des Bedarfs zugrunde. Die Bemessungsgrenze setzt sich aus den Regelbedarfen der Eltern sowie deren prozentualem Anteil[145] an der Bruttowarmmiete zusammen. Wird sie überschritten, wird der zustehende Kinderzuschlag anteilig gekürzt.[146] Die Familienkasse wollte das Urteil daher nicht auf die Bedarfsberechnung anwenden. Die betroffene Familie hat inzwischen Klage beim Sozialgericht eingereicht, deren Ausgang es abzuwarten gilt.

Zur Mitte des Jahres 2019 soll der Kinderzuschlag aber reformiert werden. Ziele sind unter anderem, die Leistungsberechnung zu vereinfachen und den Kreis der Anspruchsberechtigten deutlich zu erweitern. So sollen u. a. als monatliche Bedarfe für Unterkunft und Heizung bei Mietverhältnissen die tatsächlichen Kosten im ersten Monat des Bewilligungszeitraumes zugrunde gelegt werden. Dies könnte eher dafür sprechen, dass auch für die späteren Bewilligungszeiträume die tatsächlichen Kosten in die Bedarfsberechnung einfließen. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzestext diese Frage wirklich klären wird.

[141] Diesen legen Kreise und kreisfreie Städte für die Bereiche SGB II und SGB XII fest. Er bezieht sich auf die Bruttokaltmiete.
[142] Vgl. hierzu auch den Einzelfall S. 98 ff.
[143] DA-KiZ 106 a 140 (7).
[144] Urteil vom 14. März 2012, Az. B 14 KG 1/11 R.
[145] Beim Kinderzuschlag erfolgt keine Aufteilung der Kosten für Unterkunft und Heizung nach Köpfen wie dies im SGB II die Regel ist. Den prozentualen Anteil bestimmt das Bundesfamilienministerium.
[146] Für je volle 10,00 € Überschreitung der Bemessungsgrenze erfolgt eine Kürzung des Anspruches um je 5,00 €.

Probleme gab es auch immer wieder bei der Berücksichtigung der Betriebs- und Heizkosten. Diese dürfen nur in den Monaten berücksichtigt werden, in denen sie tatsächlich anfallen. Was logisch klingt, bereitet den Betroffenen in der Praxis erhebliche Sorgen und der Familienkasse viel Arbeit. Kinderzuschlag wird nämlich in der Regel für sechs Monate im Voraus berechnet. Für die Familien wäre es daher am besten, wenn die Vorausberechnung und ebenso eine eventuelle Nachberechnung einen Anspruch für alle sechs Monate ergeben würden. Kinderzuschlag würde dann gleichmäßig zufließen und auch die Leistungen der Kinder für Bildung und Teilhabe wären gesichert.[147]

Allerdings fallen die Betriebs- und Heizkosten nicht immer gleichmäßig an. Sie müssen teilweise monatlich, vierteljährlich oder nur einmal im Jahr gezahlt werden. Hinzu kommen Nachzahlungen auf Betriebs- und Heizkosten. Werden Brennstoffe selbst beschafft, fallen die Kosten hierfür ebenfalls unregelmäßig an. In der Folge besteht für jeden Monat ein unterschiedlicher Bedarf.[148] In einigen Fällen kann er für bestimmte Monate so hoch ausfallen, dass er auch mit Kinderzuschlag und Wohngeld nicht gedeckt werden kann. Dann müssten für einzelne Monate Leistungen nach dem SGB II beantragt werden. Dies ist sehr verwaltungsaufwändig, und die Leistungen werden oft nicht zeitnah erbracht. In anderen Fällen ist der Bedarf in einigen Monaten so gering, dass er mit dem zur Verfügung stehenden Einkommen gedeckt werden kann. Dann besteht weder ein Anspruch auf Kinderzuschlag noch auf SGB II-Leistungen. Besteht zudem kein Anspruch auf Wohngeld, können dann auch die Leistungen für Bildung und Teilhabe nach dem SGB III nicht gewährt werden. Dies hat für die betroffenen Eltern und Kinder erhebliche Folgen, wenn z. B. die Nachhilfe, das Mittagessen in der Schule oder der Monatsbeitrag im Sportverein selbst bezahlt werden müssen. Diese unregelmäßige Leistungsgewährung ist auch für die Familienkassen ein Problem, weil sie einen erheblichen Verwaltungsaufwand verursacht, da fast jeder Monat einzeln berechnet werden muss. Es bleibt auch hier zu hoffen, dass bei der anstehenden Gesetzesänderung eine Lösung gefunden wird, die grundsätzlich die Bildung von Durchschnittswerten erlaubt.

Viele Rückforderungen entstehen wegen schwankendem Einkommen – damit wird die Leistung für die Bezieher*innen zum Schuldenrisiko

Erzielen die Antragsteller*innen Erwerbseinkommen, welches über die Monate schwankt, ergibt sich nach wie vor die Problematik, dass eine Leistungsgewährung nur vorläufig und später eine Nachberechnung erfolgt. Dadurch kommt es in der Praxis zu sehr vielen Rückforderungsverfahren. Für die Betroffenen ist dies oft ein schwerer Schlag, haben sie den gewährten Kinderzuschlag doch längst ausgegeben. Der Bürgerbeauftragten sind Fälle bekannt, bei denen die Hilfesuchenden für die Zukunft auf eine weitere Antragstellung verzichtet haben, weil sie eine planbare Leistung benötigen und die ständigen Rückforderungen im Nachhinein zu schweren finanziellen Engpässen geführt hatten.

Häufig kommen die geschilderten Problemlagen (monatlich schwankende Betriebs- und Heizkosten sowie schwankendes Einkommen) gemeinsam vor, was dazu führt, dass es für jeden Monat eine vorläufige und eine endgültige Entscheidung gibt. All dies führt zu einem kaum noch überschaubaren „Wirrwarr“ an Bescheiden.

Einmalzahlungen sollten so verrechnet werden, dass der Kinderzuschlag möglichst umfassend erhalten bleibt

[147] Für diesen Anspruch nach dem SGB II ist entweder ein Anspruch auf Kinderzuschlag und / oder Wohngeld oder SGB II-Leistungen bzw. SGB XII-Leistungen oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erforderlich.

[148] Dies betrifft häufig, aber nicht nur, Familien mit Eigentum, die keine monatlich gleichbleibenden Abschlagszahlungen auf Neben- und Heizkosten leisten.

Schwer verständlich für die Hilfesuchenden ist auch die Thematik der Anrechnung von einmaligen Einnahmen. Hierbei handelt es sich oft um Weihnachts- oder Urlaubsgeld. Die einmalige Einnahme ist grundsätzlich in dem Monat zu berücksichtigen, in dem sie zufließt (§ 6a Abs. 1 Nr. 3 BKGG i. V. m. § 11 Abs. 3 Satz 1 SGB II). Dies führt gerade bei den genannten Beispielen dazu, dass im Zuflussmonat kein Anspruch besteht, weil der gesamte Bedarf gedeckt werden kann. Hiermit rechnen auch die allermeisten Antragsteller*innen und sind dann überrascht, wenn der Kinderzuschlag gleich für sechs Monate abgelehnt wird. Eine solche Ablehnung erfolgt nämlich, weil die einmalige Einnahme gleichmäßig auf sechs Monate aufgeteilt werden muss, wenn eine vollständige Berücksichtigung im Zuflussmonat dazu führen würde, dass der Leistungsanspruch vollständig entfiele (§ 6a Abs. 1 Nr. 3 BKGG i. V. m. § 11 Abs. 3 Satz 4 SGB II). Ist die einmalige Einnahme entsprechend hoch, kann aber auch nach einer Aufteilung für alle sechs Monate der Leistungsanspruch entfallen. Eine weitere Aufteilung sieht das Gesetz dann nicht vor. Einige Ratsuchende beziehen daher im Zeitraum von November bis Mai nie Kinderzuschlag, sondern lediglich von Juni bis Oktober eines Jahres. Letzteres aber nur, wenn nicht im Sommer (z. B. Juli) eine weitere Einmalzahlung (z. B. Urlaubsgeld oder Steuerrückzahlung) hinzukommt. Dann hätte man allein im Juni eines jeden Jahres Anspruch auf Kinderzuschlag.

Die Aufteilung einer Einmalzahlung auf sechs Monate hat für die Betroffenen im SGB II oft Vorteile. In den meisten Fällen verbleiben sie nämlich im Leistungsbezug mit der Folge, dass die Übernahme der Beiträge zur Krankenversicherung weiterhin durch das Jobcenter gewährleistet ist. Auch die Kinder können durchgehend Leistungen für Bildung und Teilhabe beanspruchen. Ebenso müssen keine Rundfunkbeiträge bezahlt werden. Vom Jobcenter vergebene Darlehen können weiter durch Ratenzahlung getilgt werden und sind nicht plötzlich in voller Resthöhe fällig (vgl. § 42a Abs. 4 Satz 1 SGB II).

Es stellt sich aber die Frage, ob diese Vorteile auch für die Antragsteller*innen von Kinderzuschlag in Betracht kommen. In der Regel beziehen diese Erwerbseinkommen oder eine Lohnersatzleistung, z. B. Arbeitslosengeld I oder Krankengeld. Ihr Einkommen ist daher oft so hoch, dass selbst bei einer gleichmäßigen Verteilung der einmaligen Einnahme ein Leistungsausschluss für sechs Monate das Ergebnis ist. Sie würden in Bezug auf die Leistungsgewährung besser fahren, wenn die einmalige Einnahme nur im Zuflussmonat angerechnet werden würde.

Auch die für den SGB II-Bereich genannten Vorteile kommen im Bereich des Kinderzuschlags nicht zum Tragen. So werden Beiträge zur Krankenversicherung bei Gewährung von Kinderzuschlag nicht durch die Familienkasse übernommen. Ebenso gibt es keine Befreiung von den Rundfunkbeiträgen, wenn Kinderzuschlag und / oder Wohngeld gezahlt wird. Schließlich hat auch die geschilderte Darlehensproblematik beim Kinderzuschlag keine Relevanz.

Im Ergebnis ist ein kurzzeitiges Ausscheiden aus dem Leistungsbezug für die meisten Betroffen die günstigere Variante. Auch für die Familienkassen ergibt sich kein wesentlich höherer Verwaltungsaufwand, weil nach der Verteilung der einmaligen Einnahme auf sechs Monate trotzdem viele Leistungsberechtigte zeitweilig aus dem Leistungsbezug ausscheiden müssen.

Die Bürgerbeauftragte ist daher der Ansicht, dass der Gesetzgeber prüfen sollte, ob die Regelungen des SGB II zur Anrechnung einer einmaligen Einnahme wirklich für den Bereich des Kinderzuschlags anwendbar bleiben sollen. Die Bürgerbeauftragte hält eine eigene Regelung beim Kinderzuschlag für eine praxisgerechtere Lösung. Dabei könnte gelten, dass bei Einmalzahlungen die jeweils günstigere Alternative anzuwenden ist: Eine Anrechnung erfolgt nur im Zuflussmonat, wenn dadurch die Leistung „Kinderzuschlag“ für einen kürzeren Zeitraum wegfällt als bei einer Anrechnung auf sechs Monate.

Schulangelegenheiten

Im Bereich der Schulangelegenheiten gab es im Berichtsjahr weniger Petitionen als im Vorjahr: Während 2017 noch 68 Anfragen das Büro der Bürgerbeauftragten erreichten, reduzierte sich die Zahl im Jahr 2018 auf 42 Anfragen. Das ist – trotz des gesteigerten Bekanntheitsgrades der Bürgerbeauftragten im schulischen Bereich durch Werbeaktionen der Beschwerdestelle für Kinder und Jugendli-

che – zwar auffällig, kann aber auf keine konkrete Ursache zurückgeführt werden.

Die Eingaben im Jahr 2018 betrafen ganz unterschiedliche schulrechtliche Themen: Allgemeine schulrechtliche Angelegenheiten[149], Probleme zwischen Schüler*innen untereinander oder mit Lehrkräften, aber auch erneut Streitigkeiten über die Schülerbeförderung[150]. In sämtlichen der genannten Bereiche gab es über das Jahr verteilt diverse Anfragen.

Auch im Berichtsjahr waren wiederholt Petitionen von großer Bedeutung, die die schulalltäglichen Probleme von Kindern mit einer geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderung betrafen. So kam (und kommt) es regelmäßig vor, dass Schulleitungen und Lehrkräfte die Tragweite und die Auswirkungen von bestimmten Formen von Behinderung nicht kennen oder erkennen. In solchen Situationen kommt es vor, dass Lehrkräfte mitunter zu schulordnungsrechtlichen Maßnahmen greifen, die ihnen der schulrechtliche Sanktionskatalog zwar grundsätzlich zur Verfügung stellt, die aber aufgrund der besonderen persönlichen Umstände nicht zielführend sind.

Schulordnungsrechtliche Maßnahmen als Strafe bei Asperger-Syndrom?

So wandte sich im Frühjahr des Berichtsjahres eine Familie an die Bürgerbeauftragte, deren Kind unter einem Asperger-Syndrom[151] leidet und aus diesem Grund von einer Klassenfahrt „prophylaktisch“ ausgeschlossen werden sollte. In der Vergangenheit hatte der Junge bereits Schulverweise erhalten, da er behinderungsbedingt Probleme mit seiner Impulskontrolle hatte und dadurch sich oder Mitschüler*innen gefährdete. Der Klassenlehrer befürchtete offenbar, es könne auch während der Klassenfahrt zu einer entsprechenden Gefährdung kommen. Die Mutter des Jungen war bereit, in unmittelbarer Nähe des Klassenfahrtziels eine Ferienwohnung anzumieten und den Jungen dort schlafen und essen zu lassen, solange nur tagsüber die Möglichkeit bestünde, dass das Kind – insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Inklusion – mit seinen Schulkameraden*innen außerhalb des Schulalltags etwas erleben und Spaß haben könne. Trotz dieses Entgegenkommens verwies der Klassenlehrer auf seine Befürchtungen im Hinblick auf das Verhalten des Jungen und erklärte, diesen dennoch von der Klassenfahrt ausschließen zu wollen.

Schulordnungsrechtliche Maßnahmen wie der Ausschluss von einer schulischen Veranstaltung[152] sind jedoch erst dann erlaubt, wenn die Beilegung von schulischen Konflikten mit pädagogischen Mitteln nicht (mehr) möglich ist und die Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zum Anlass steht.[153] Insbesondere unter dem Aspekt der Angemessenheit ist deshalb die spezielle Situation eines Kindes mit Behinderung zu berücksichtigen. Einer Behinderung kann keinesfalls mit schul- (ordnungs-) rechtlichen Mitteln begegnet werden.[154] Es ist vielmehr in sensibler Weise auf Kinder mit Behinderung einzugehen, um ihren besonderen Umständen auch im schulischen Alltag gerecht zu werden. Anderenfalls würden sie für ihre Behinderung bestraft, was eine Diskriminierung darstellt.[155]

Der Fall schildert anschaulich die Probleme, denen Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung im schulischen Alltag häufig begegnen. Inklusion – auch im schulischen Kontext – bedeutet, dass die äußeren Umstände an die Betroffenen angepasst

[149] Z. B. Schulwechsel, Aufnahme bzw. Versetzung in eine bestimmte Klasse oder Wiederholung der Klasse.
[150] Vgl. hierzu auch Tätigkeitsbericht 2017, S. 55.
[151] Unter dem „Asperger-Autismus“ bzw. dem „Asperger-Syndrom“ versteht man eine Variante des Autismus, die zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zählt. Häufig geht diese Form des Autismus mit Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion sowie repetitiven Verhaltensmustern und Stereotypien einher.
[152] Hierzu zählen auch Klassenfahrten.
[153] Vgl. § 25 Abs. 1 des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes (SchulG SH), der eine Aufzählung der pädagogischen Maßnahmen wie gemeinsame Absprachen, erzieherische Gespräche oder Missbilligungen enthält.
[154] Vgl. hierzu Fallbeispiel, S. 92.
[155] Im beschriebenen Fall konnte die Bürgerbeauftragte letztlich erreichen, dass der Junge unter Begleitung eines Sonderpädagogen doch noch an der Klassenfahrt teilnehmen konnte.

werden, nicht umgekehrt. Es muss noch stärker Aufgabe der Schulen werden, auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung einzugehen, damit diese jungen Menschen wirkliche Inklusion erleben können. Dafür bedarf es einer angemessenen personellen Ausstattung der Schulen und einem guten Angebot an unterstützenden Fortbildungen für Lehrkräfte, die z. B. vom Institut für Qualitätsentwicklung für Schulen (IQ.SH) angeboten werden.

Unterhaltsvorschuss

Zu den Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UhVorschG) gab es in diesem Jahr 16 Petitionen. Im Vorjahr waren es 24.

Nach einer Reform des UhVorschG zum 1. Juli 2017 gab es anfänglich Schwierigkeiten bei der Umsetzung und der Verfahrensdauer durch die erheblich gestiegene Zahl der Anträge. Diese Probleme haben sich nach Einschätzung der Bürgerbeauftragten mittlerweile größtenteils erledigt.

Während Unterhaltsvorschuss vorher nur insgesamt 72 Monate und nur für Kinder unter 12 Jahren gezahlt wurde, wurde die Begrenzung der Bezugsdauer aufgehoben und die Altersgrenze auf 18 Jahre erhöht. Einen Antrag auf Unterhaltsvorschuss beim kommunalen Jugendamt (Unterhaltsvorschusskasse) kann jedes alleinerziehende Elternteil stellen, das keinen oder keinen regelmäßigen Kindesunterhalt vom anderen Elternteil in voller Höhe erhält. Aktuell erhalten Alleinerziehende von Kindern bis zum sechsten Lebensjahr 154,00 €, bis zum 12. Lebensjahr 205,00 € und bis zum 18. Lebensjahr 273,00 €.

Bei den Eingaben im Berichtsjahr ging es hauptsächlich um Fragen zu den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen und zur Höhe der Leistungen. Positiv zu erwähnen ist, dass die Stadt Neumünster am Ende ihrer Bescheide neuerdings auf die Bürgerbeauftragte als Beratungsstelle hinweist. Die Haltung der Behörde, sich einer Überprüfung zu stellen, ist ausdrücklich zu begrüßen. Wünschenswert wäre, wenn zusätzlich darauf hingewiesen würde, dass die Bürgerbeauftragte unabhängig berät.

Wohngeld

In diesem Bereich hat sich die Anzahl der Petitionen im Vergleich zum Vorjahr von 108 auf 78 verringert.

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens als Mietzuschuss bei Mietverhältnissen und als Lastenzuschuss bei einem selbstgenutzten Eigenheim gewährt. Der geringere Beratungsbedarf im Berichtsjahr lässt sich u. a. dadurch erklären, dass viele Bürger*innen sich durch die Wohngeldstellen in der Regel gut behandelt fühlten. Durch Bürgernähe und gute Erreichbarkeit der Wohngeldstellen in den Kommunen konnten Fragen und Probleme häufig vor Ort gestellt und geklärt werden. Auch die Bürgerbeauftragte nimmt wahr, dass ihre Anfragen zumeist unverzüglich und unbürokratisch von den Wohngeldstellen beantwortet werden.

Die Beratung der Wohngeldstellen ist in der Regel bürgerfreundlich und gut – und das Wohngeld gewinnt an Bedeutung zur Verhinderung von Armut

Die Beratung der Bürgerbeauftragten bezog sich überwiegend auf Fragen, die die Berechnung des Wohngeldes betrafen. Nach § 19 des Wohngeldgesetzes (WoGG) errechnet sich die Höhe aus der Anzahl der zum Haushalt gehörenden Familienmitglieder, der zu berücksichtigenden Miete bzw. Belastung[156] und der Höhe des Einkommens. Das Gesamteinkommen setzt sich zusammen aus der Summe der Jahreseinkünfte aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder. Bestimmte Frei- und Absetzungsbeträge, z. B. bei Schwerbehinderung oder für Unterhaltsleistungen, werden abgezogen. Bei der zu berücksichtigenden Miete oder Belastung gelten gestaffelte Miethöchstbeträge, die je nach Region variieren. Diese bestimmen den Be-

[156] Gilt bei Häusern und Eigentumswohnungen.

trag, bis zu dem die Miete bzw. die Lasten durch das Wohngeld bezuschusst werden können.

Das Wohngeld hat eine immer größere Bedeutung angesichts rapide steigender Mieten. Vor allem in den Städten haben die Mietkosten Höhen erreicht, die Betroffene mit geringem Einkommen zum Teil in die Verzweiflung treiben, weil nach Abzug der Fixkosten das Geld kaum noch für das Nötigste ausreicht.

Durch die letzte Wohngeldreform zum 1. Januar 2016 mussten viele bisherige Leistungsempfänger*innen nach dem SGB II und SGB XII wegen des vorrangigen Wohngeldes keine Grundsicherung mehr beantragen. Denn mit der Reform wurde die Höhe des Wohngeldes an die damalige Entwicklung der Einkommen und der Warmmieten angepasst. Außerdem wurden die regional gestaffelten Miethöchstbeträge angehoben. Die Bürgerbeauftragte konnte feststellen, dass die Reform für viele Betroffene als positive Entwicklung wahrgenommen wurde. Hier gibt es nun im Hinblick auf die steigenden Mieten leider erneut Handlungsbedarf: Wenn Mieten und Energiekosten weiterhin so rasant ansteigen, muss nach Auffassung der Bürgerbeauftragten zeitnah über die nächste Anpassung beraten werden. Dabei sollte es auch das Ziel sein, für möglichst viele berufstätige Menschen über den Bezug der Leistung Wohngeld (und ggf. Kinderzuschlag) einen aufstockenden Bezug der Grundsicherung für Arbeitssuchende zu verhindern.

Soziales Entschädigungsrecht

Die Zahl der Eingaben im sozialen Entschädigungsrecht hat sich im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr von 6 auf 12 verdoppelt. Der Grund für die immer wieder erfolgenden Schwankungen dürfte darin liegen, dass bei dem äußerst sensiblen Thema der Opferentschädigung Betroffene ein besonderes Maß an Mut und Vertrauen benötigen, um sich anderen Menschen überhaupt öffnen und um Hilfe bitten zu können. Die Eingaben der Bürger*innen betrafen allgemeine Fragen zum Antragsverfahren, zur Anspruchsberechtigung sowie zum Umfang der einzelnen Leistungen.

Die Verfahrensdauer bei Ansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz ist oft zu lang

Ein gravierendes Problem war im Berichtsjahr die lange Verfahrensdauer beim Landesamt für soziale Dienste. So wartet ein Petent, der sich Ende September 2018 an das Büro der Bürgerbeauftragten wandte, seit Sommer 2016 auf eine abschließende Bescheidung seines Antrags auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Der Mann war Opfer ziviler Gewalt geworden, als er zwei Frauen gegen Angriffe verteidigte und dabei selbst verletzt wurde. Die Bearbeitung seines im Juni 2016 gestellten Antrags auf – unter anderem – Berufsschadensausgleich[157] beim Landesamt für soziale Dienste ist seitdem mit unterschiedlichen Begründungen immer weiter nach hinten verschoben worden, eine abschließende Bescheidung stand trotz der Intervention der Bürgerbeauftragten zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch immer aus. Ursachen dafür mögen mangelndes Personal und die ausstehende Digitalisierung der Akten sein. OEG-Verfahren sind aber häufig auch insgesamt zu kompliziert und undurchsichtig. Das Problem der langen Bearbeitungsdauer[158] ist daher nur eine von vielen Schwachstellen des Sozialen Entschädigungsrechts in seiner aktuellen Fassung.

Das auf dem Bundesversorgungsgesetz[159] basierende OEG bietet Opfern von Gewalttaten einen Direktanspruch auf Entschädigungsleistungen gegen den Staat, da dieser einen Angriff auf seine Bürger*innen trotz seines Monopols zur Kriminalitätsprävention nicht abwenden konnte. Zweck des OEG soll es dabei sein, soziale Härten zu vermei-

[157] § 1 OEG i. V. m. §§ 30 ff. Bundesversorgungsgesetz (BVG). Einen Berufsschadensausgleich können Geschädigte erhalten, deren Einkommen aufgrund der Schädigungsfolgen gemindert ist.

[158] Die Bearbeitungsdauer in Schleswig-Holstein beträgt nach Einschätzung der Bürgerbeauftragten derzeit im Schnitt etwa 4 Jahre, kann aber im Einzelfall auch bis zu 10 Jahre in Anspruch nehmen.

[159] Das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist im Jahr 1950 in Kraft getreten und soll Entschädigungsleistungen für Kriegsopfer, deren Angehörige und Hinterbliebene gewährleisten.

den und einem sozialen Absinken der Opfer von Gewalttaten vorzubeugen.[160] Zur Verwirklichung dieses Zwecks sind der Umgang mit dem OEG und seine Voraussetzungen im Zuge jahrzehntelanger Rechtsprechung vom Bundessozialgericht (BSG) zwar konkretisiert worden. Das Soziale Entschädigungsrecht bleibt aber weiterhin reformbedürftig, insbesondere um den Folgen gesellschaftlicher Entwicklung und den Veränderungen gesellschaftlicher Anschauung gerecht werden zu können. So sieht das OEG zum heutigen Zeitpunkt vor, Entschädigungsleistungen an Betroffene dann zu zahlen, wenn sie Opfer einer Gewalttat im Sinne des § 1 OEG geworden sind. Dafür muss ein sog. „tätlicher Angriff" vorliegen. Das BSG hat diesen Begriff definiert als „eine unmittelbar auf den Körper eines anderen zielende, gewaltsame physische Einwirkung"[161], die bloße Drohung mit Gewalt hingegen genügt nicht.

Die Probleme, die sich hierbei in der Praxis ergeben, sind evident: Opfer werden vom OEG derzeit nicht erfasst, wenn die Gewalt psychisch ausgeübt wird. Sie erhalten daher auch keine Entschädigungsleistungen, wenngleich die Auswirkungen ebenso gravierend sein können wie bei körperlich wirkender Gewalt. Dies diskutierte die Bürgerbeauftragte im Berichtsjahr auch in regem Austausch mit anderen Akteuren im Bereich der Opferberatung. Hier wurde wieder einmal deutlich, wie schwer es Opfern gemacht wird, ihre erlittenen Gesundheitsschäden konkret zu belegen. Ein Anspruch auf Leistungen nach dem OEG setzt voraus, dass der tätliche Angriff kausal zu einer gesundheitlichen Schädigung führt. Obgleich auch hier für das Landesamt für soziale Dienste der Amtsermittlungsgrundsatz gilt, werden Betroffene häufig aufgefordert, selber glaubhaft nachzuweisen, welche konkreten Schädigungen tatsächlich auf welchen konkreten Angriff zurückzuführen sind. Dies ist in vielen Situation allerdings schwierig oder den Geschädigten schlicht nicht zumutbar. Hier muss es aus Opferschutzgründen möglich sein, die Beweiskette zu lockern und beispielsweise auf bereits vorhandene Gutachten der eigenen Ärzt*innen der Opfer zurückzugreifen.

Die Reform des Opferentschädigungsrechts muss u. a. die psychische Gewalt in den Anwendungsbereich einbeziehen und die Probleme bei der Kausalität sachgerecht auflösen

Die Komplikationen des Sozialen Entschädigungsrechts, die sich für Gewaltopfer ergeben, sind Politik und Verwaltung bekannt. So wird bereits seit vielen Jahren nicht nur in Schleswig-Holstein, sondern bundesweit von unterschiedlichen Verbänden und Institutionen eine Modernisierung dieses Leistungssystems gefordert. Aus diesem Grund begrüßt die Bürgerbeauftragte den Beschluss im Koalitionsvertrag der Bundesregierung[162], der eine Reform des Sozialen Entschädigungsrechts vorsieht. Dass Gewaltopfer künftig schneller und zielgerichteter Leistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht erhalten müssen, bekräftigt daher auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in seinem aktuellen Gesetzesentwurf: Ziel der Reform ist es danach, die Entschädigungszahlen wesentlich zu erhöhen, ein niedrigschwelliges Verfahren für sog. „Schnelle Hilfen" einzuführen und Opfer psychischer Gewalt in das Leistungssystem einzubeziehen.[163]

Die Bürgerbeauftragte appelliert an den Gesetzgeber, die dringend notwendige Reform schnellstmöglich voranzutreiben. Insbesondere zum Schutz der Opfer psychischer Gewalt müssen die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Änderungen uneingeschränkt umgesetzt werden, damit z. B. von Nachstellungen, Bedrohungen oder Menschenhandel Betroffene ebenfalls Leistungsansprüche erhalten. Die geplanten „Schnellen Hilfen" für Opfer psychischer Gewalt sollten schnellstmöglich in die sog. Traumaambulanzen und Leistungen des Fallmanagements eingebunden werden. Unabhängig

[160] Vgl. BT-Drucks. 7/2506, S. 20.
[161] BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, Az. B 9 V 1/13 R.
[162] Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD „Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land".
[163] Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 20.November 2018, S. 1.

davon hat die Bürgerbeauftragte mit dem Landesamt für soziale Dienste Gespräche aufgenommen, damit die aktuelle Bearbeitungspraxis insgesamt den Bedürfnissen der Betroffenen besser angepasst und eine angemessene Verfahrensdauer gewährleistet wird.

Unzulässige Eingaben bei der Bürgerbeauftragten: Betreuungsrecht – Jede*r kann betroffen sein

Im Berichtsjahr erreichten die Bürgerbeauftragte vermehrt Anfragen zum Betreuungsrecht. Eine Betreuung soll Bürger*innen helfen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihren Alltag ganz oder teilweise nicht mehr ohne Unterstützung bewältigen können. Das Betreuungsrecht ist nicht dem Sozialrecht zuzuordnen, so dass die Bürgerbeauftragte fachlich nicht zuständig ist (§ 1 Abs. 1 BüPolBG). Jedoch wurde Betroffenen auch in diesen Fällen eine Hilfe dergestalt angeboten, dass sie ihre Probleme und Bedürfnisse offen und vertrauensvoll mit der Bürgerbeauftragten kommunizieren konnten.

Bei den Eingaben, für die es keine gesetzliche Zuständigkeit gibt, häufen sich die Anfragen zu Betreuungen

Der Bürgerbeauftragten fiel u. a. auf, dass viele Betroffene unsicher darüber sind, was eine Betreuung für sie bedeutet. Betreuung bedeutet, dass eine hilfsbedürftige Person Unterstützung durch Betreuer*innen erhält, die die Angelegenheiten der Person rechtlich in einem vom Betreuungsgericht genau festgelegten Aufgabenkreis betreut und regelt. Das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen soll dabei so weit wie möglich gewahrt bleiben. Im Vordergrund soll das persönliche Wohlergehen stehen.

Die Bürgerbeauftragte stellte fest, dass den betroffenen Personen oftmals das Vertrauen in die Betreuer*innen bzw. in die Betreuung fehlte und sie sich mit ihren Problemen nicht gut aufgehoben oder allein gelassen fühlten. Es wurde über mangelnden Kontakt und über schlechte Erreichbarkeit der Betreuer*innen berichtet, so dass Schwierigkeiten auch in akuten Fällen wie z. B. bei Krankheit, Arzt- oder Behördenterminen nicht besprochen werden konnten. Außerdem haben Betroffene berichtet, über die eigenen Finanzen keinen Überblick zu haben bzw. keine Erklärung zu erhalten, warum nur bestimmte Geldbeträge zum Leben zugewiesen wurden. Die Bürgerbeauftrage hat den Eindruck, dass gerade in schwierigen Lebenssituationen eine nötige Unterstützung oft fehlt.

In Gesprächen mit Betroffenen und Berufsbetreuer*innen wurde der Bürgerbeauftragten häufig berichtet, dass zu hohe Fallzahlen und der fehlende Status eines Ausbildungsberufes als Probleme wahrgenommen werden. Dies könnte eine Erklärung für die geschilderten Defizite darstellen.

05
Fallbeispiele

Fall 1
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Gebunden für immer – Keine Erlaubnis zum Umzug in eine größere Wohnung?

Im Juli des Berichtsjahres wandte sich eine verzweifelte Familie an die Bürgerbeauftragte, weil das Jobcenter ihren Antrag auf Erlaubnis zum Umzug in eine größere Wohnung abgelehnt hatte.

Die fünfköpfige Flüchtlingsfamilie war 2014 aus Afghanistan nach Deutschland gekommen und bezog ALG II-Leistungen. Die damalige Suche nach einer passenden Wohnung gestaltete sich als sehr schwierig. Die einzige verfügbare Wohnung, die sich in der Nähe des Gymnasiums eines der Kinder befand, war kostenmäßig angemessen, aber für eine fünfköpfige Familie zu klein.[164] Dennoch beantragten sie, wie gesetzlich gefordert, die Zustimmung zur Anmietung der Wohnung beim Jobcenter. Bei einem Gespräch Anfang 2015 im Jobcenter[165] wurde ihnen erläutert, dass die Wohnung eigentlich zu klein sei und es keine erneute Zustimmung für einen künftigen Umzug geben werde, wenn sie eine solche anmieten würden. Die Familie entschied sich wegen fehlender Alternativen und der Nähe zur Schule dennoch, die Wohnung anzumieten. Die zu geringe Größe sahen sie damals nicht als problematisch an, da alle Kinder noch jung waren, die beiden Ältesten sich ein Zimmer teilten und das Jüngste mit im Ehebett der Eltern schlief.

In der Zwischenzeit hatten sich die Bedürfnisse geändert. Die Wohnsituation war und ist der Familie nicht mehr zumutbar. Die Kinder sind nun 14, 13 und sechs Jahre alt. Der bisherige Wohnraum ist mit zwei heranwachsenden Kindern unterschiedlichen Geschlechts in der Pubertät zu eng. Auch kann das sechsjährige Kind nicht mehr bei den Eltern im Ehebett schlafen, sondern benötigt seinen eigenen Schlaf- und Rückzugsraum.

Daher stellte die Familie im Juni 2018, nachdem sie eine größere und für ihre Bedürfnisse passende Wohnung gefunden hatte, einen Antrag auf Zustimmung zur Anmietung. Das Jobcenter lehnte diesen mit dem Hinweis auf das Gespräch Anfang 2015 ab. Es verwies auf eine damals unterzeichnete Erklärung der Familie, dass sie nicht wegen der zu geringen Größe der Wohnung umziehen werde. Verunsichert, ob sie nun für immer in dieser Wohnung bleiben müssen, wandte sich die Familie hilfesuchend an die Bürgerbeauftragte.

Diese riet der Familie, einen Widerspruch zu erheben, und unterstütze sie bei der Formulierung der Begründung. Einige Zeit später meldete sich die Familie, weil das Jobcenter dem Widerspruch stattgegeben hatte. Leider war die begehrte Wohnung zwischenzeitlich anderweitig vermietet worden. Aber die Familie ist frohen Mutes, bald eine andere passende Wohnung zu finden, ohne weiterhin an die abgegebene Erklärung gebunden zu sein. (2115/2018)

[164] Richtwert für einen Fünf-Personen-Haushalt sind bis zu 95 qm.
[165] § 22 Abs. 4 Satz 1 SGB II.

Fall 2
Grundsicherung für Arbeitsuchende

**Wenn bei finanzieller Not keine Behörde hilft –
Wer ist zuständig für die Darlehensgewährung?**

Eine verzweifelte Petentin wandte sich Anfang Juli an die Bürgerbeauftragte und bat um Hilfe, weil sie zwischen den Behörden hin und her geschickt wurde. Keines der angegangenen Ämter fühlte sich für ein Darlehen zur Überbrückung der Zeit bis zur ersten Auszahlung der Altersrente zuständig.

Die Bürgerin hatte bisher ALG II bezogen. Ab dem 1. August wurde ihr vorzeitige Altersrente bewilligt. Da die Leistungen vom Jobcenter nach dem SGB II grundsätzlich im Voraus geleistet werden, die Auszahlung der Altersrente hingegen erst am Ende des Monats erfolgt, hatte sich die Petentin zunächst an das bisher zuständige Jobcenter gewandt und ein „Überbrückungsdarlehen“ beantragt, um die erwartete Zahlungslücke zu schließen.

Das Jobcenter lehnte diesen Antrag mit der Begründung ab, dass mit Bezug von Altersrente kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II mehr besteht. Sie sollte ein Darlehen beim Amt, welches für die Grundsicherung im Alter zuständig ist, beantragen. Wie aufgefordert, stellte die Petentin dort einen entsprechenden Antrag. Doch auch dieser wurde abgelehnt, weil sie die Altersgrenze noch nicht erreicht hätte. Ihr Antrag wurde dann an das Amt für soziale Dienste überwiesen, das einen möglichen Anspruch auf Zahlung zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe prüfen sollte. Der Antrag wurde wiederum mit dem Hinweis abgewiesen, dass das Jobcenter weiterhin für die mögliche Gewährung eines Überbrückungsdarlehens bis zur Auszahlung der bewilligten vorzeitigen Altersrente zuständig sei.

Grundsätzlich ist es zwar richtig, dass bei Bezug von Altersrente kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II besteht (§ 7 Abs. 4 Satz 1, 2 Alt. SGB II). Der Ausschluss beginnt allerdings erst mit dem Zufluss der Rentenzahlung.[166] Laut Rentenbescheid sollte der Rentenbezug am 1. August beginnen, die tatsächliche Zahlung der Rente bzw. die Gutschrift auf dem Konto der Betroffenen war damit erst zum Ende des Monats August zu erwarten. Somit blieb das Jobcenter zuständig, den Antrag auf Gewährung eines „Überbrückungsdarlehens“ zu prüfen und zu bescheiden (vgl. § 24 Abs. 4 SGB II). Die Bürgerbeauftragte setzte sich mit dem Jobcenter in Verbindung und wies auf die Rechtslage hin. Das Jobcenter bewilligte daraufhin zur Freude und Erleichterung der Petentin das begehrte Überbrückungsdarlehen. (1999/2018)

[166] Fachliche Weisungen der Bundesagentur für Arbeit zu § 7 SGB II, Rn. 7.112.

Fall 3
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die gestohlenen Möbel – Pech gehabt oder gibt es eine Erstausstattung?

Im Oktober 2018 wandte sich ein besorgter Bürger an die Bürgerbeauftragte, da das Jobcenter seinen Antrag auf Erstausstattung seiner Wohnung abgelehnt hatte.

Der Leistungsberechtigte hatte nämlich seine Wohnung zum 31. August 2018 gekündigt und wollte in nahtlosem Übergang in eine neue Wohnung einziehen. Es kam jedoch, wie befürchtet: Er fand nicht sofort eine neue Wohnung und sein Nachmieter stand Ende August vor der Tür und wollte einziehen. Der Betroffene musste daher sein komplettes Mobiliar kurzerhand aus der Wohnung schaffen und – mit einem schriftlichen Hinweis auf sein Eigentum – vor dem Haus bzw. auf dem Gehweg für ein paar Stunden zwischenlagern. Kleinigkeiten und Unterlagen konnte er glücklicherweise noch in seinem Pkw unterbringen, bevor er dann zu Bekannten in unmittelbarer Umgebung fuhr und nachfragte, ob er seine Möbel für einen kurzen Zeitraum dort unterbringen könne, bis er eine neue Wohnung gefunden hätte. Als der Betroffene nach dieser ca. dreistündigen Tour zur Wohnung zurückkehrte und seine Möbel wegschaffen wollte, musste er erschrocken feststellen, dass diese allesamt verschwunden waren. Vom Petenten darauf hingewiesen, erwiderte der neue Mieter, er habe zwar gesehen, dass einige Leute vorbeigekommen seien und nacheinander alle Möbel – wohl in der Annahme, es wäre Sperrmüll – einfach mitgenommen hätten. Er sei jedoch so sehr mit seinem eigenen Umzug beschäftigt gewesen, dass er sich dabei nichts weiter gedacht und auch nichts unternommen habe.

Der nun möbellose Betroffene fand kurze Zeit später eine Wohnung und beantragte beim zuständigen Jobcenter neue Möbel in Form der Erstausstattung[167] seiner Wohnung, da er lediglich den Fußboden zum Schlafen hatte. Das Jobcenter lehnte dies jedoch mit der Begründung ab, der Bürger habe ja sämtliche notwendigen Möbel und Haushaltsgeräte in seiner vorherigen Wohnung bereits gehabt. Dass diese im Zuge des Auszugs abhandengekommen seien, sei zwar bedauerlich, dürfe aber nicht zulasten der Allgemeinheit gehen.

Die Bürgerbeauftragte setzte sich daraufhin mit dem Jobcenter in Verbindung und erläuterte die Hintergründe und den akuten Bedarf an Möbeln. Es wurde vereinbart, dass der Betroffene zunächst Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid einlegen sollte, verbunden mit einem hilfsweisen Antrag auf ein Darlehen[168]. Zur Gewährung eines Darlehens erklärte sich das Jobcenter bereit. So konnte dem Betroffenen jedenfalls bis zur Entscheidung über den Widerspruch erst einmal Geld zum Möbelkauf zur Verfügung gestellt werden. Mögliche Rückzahlungsmodalitäten sollten im Anschluss an das Widerspruchsverfahrens geklärt werden.

[167] Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB II sind Erstausstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten nicht vom Regelbedarf umfasst; Leistungen für diese Bedarfe werden nach Satz 2 gesondert erbracht. Das Jobcenter zahlt aber nicht bei jedem Umzug für neue Möbel und auch nicht, wenn Geräte kaputt gehen oder sich abnutzen. Diese Kosten müssen dann aus Regelsatz finanziert werden.

[168] Darlehen werden nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB II gewährt, wenn ein Bedarf weder durch Vermögen noch auf andere Weise gedeckt werden kann, aber auch kein Leistungsanspruch dafür besteht. Die Rückzahlung erfolgt dann in der Regel durch monatliche Aufrechnung in Höhe von 10,00 % des maßgebenden Regelbedarfs (§ 42a Abs. 2 Satz 1 SGB II).

Im Ergebnis war der Bürger sehr froh, dass er das Geld erst einmal als Darlehen erhalten hat und sich die notwendigen Möbel kaufen konnte, auch wenn es nicht für neue, sondern nur für gebrauchte Möbel reichte.[169] Die Widerspruchsentscheidung des Jobcenters lag zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Berichts noch nicht vor. (2866/2018)

[169] Die Höhe des Satzes für Erstausstattungen für die Wohnung ist von Kreis zu Kreis unterschiedlich geregelt. Allerdings sind die Sätze überall gering und reichen selten für neue Möbel aus. Leistungsberechtigte Bürger*innen sollten sich daher vorher bei ihrem Jobcenter erkundigen, welcher Geldbetrag für welches Möbelstück gezahlt wird, und dann prüfen, wo sie günstig Möbel erwerben können – beispielsweise in einem Sozialkaufhaus oder über Kleinanzeigen für gebrauchte Gegenstände.

Fall 4
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Schwieriger Wohnungsmarkt in Schleswig-Holstein – Da muss man ideenreich sein!

Zwei junge Leistungsberechtigte nach dem SGB II wandten sich im September 2018 an die Bürgerbeauftragte, da sie von Nordrhein-Westfalen nach Schleswig-Holstein umziehen wollten. Sie hatten in Nordrhein-Westfalen bereits Leistungen vom dortigen Jobcenter bezogen und in einer Wohngemeinschaft[170] zusammen gewohnt. Aufgrund des angespannten Wohnungsmarktes insbesondere in schleswig-holsteinischen „Studentenstädten" wollten sie daher erneut eine Wohngemeinschaft gründen. Sie konnten dem zuständigen Jobcenter in Schleswig-Holstein jedoch lediglich ein Mietangebot für eine Vier-Zimmer-Wohnung vorlegen, die mit knapp 80 m² und über 800,00 € Gesamtmiete relativ groß und recht teuer war. Wie befürchtet, verweigerte das Jobcenter die Zusicherung zu Anmietung dieser Wohnung mit der Begründung, die Wohnung sei für einen Zwei-Personen-Haushalt in nichtehelicher Lebensgemeinschaft in der konkreten Stadt zu teuer. Damit unterstellte das Jobcenter den Betroffenen eine Partnerschaft im Sinne einer Haushaltsgemeinschaft.

Die Betroffenen selbst waren jedoch der Ansicht, dass sie immer noch keine nichteheliche Lebensgemeinschaft seien. Sie hätten getrennte Konten, getrennte Kühlschränke, getrennte Betten, jeder gehe also nur seinen eigenen Verpflichtungen nach, ohne für den anderen einzustehen. Aus dem Grunde sei auch, so die Argumentation der beiden, die Vier-Zimmer-Wohnung wie zwei Zwei-Zimmer-Wohnungen anzusehen, für die jeweils nur eine – in der konkreten Stadt angemessene – Gesamtmiete von knapp 400,00 € zu zahlen sei. Dieser Argumentation war auch das Jobcenter in Nordrhein-Westfalen gefolgt.

Mit Hilfe der Bürgerbeauftragten verfassten die Betroffenen einen Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid des Jobcenters und erwogen sogar, ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren vor dem Sozialgericht anzustrengen. Das war aber aufgrund des Einsatzes der Bürgerbeauftragten schließlich gar nicht notwendig: Das Jobcenter lenkte ein und schloss sich der Begründung der beiden Betroffenen an. (2683/2018)

[170] Eine Wohngemeinschaft wird angenommen, wenn – im Gegensatz zur Haushaltsgemeinschaft – die darin lebenden Personen gerade nicht gemeinsam wirtschaften und nicht füreinander einstehen wollen; vgl. hierzu § 9 Abs. 5 SGB II. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Wohngemeinschaft war vom örtlich zuständigen Jobcenter in Nordrhein-Westfalen überprüft worden.

Fall 5
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die barrierefreie Wohnung – Eine unüberwindbare Hürde?

Im Sommer des Berichtsjahres teilte eine sehr aufgelöste Frau der Bürgerbeauftragten mit, dass sie einen Bandscheibenvorfall mit Hüftgelenkverschleiß erlitten habe und ihr daher das Treppensteigen nicht mehr möglich sei. Sie sei aus diesem Grunde zwingend auf einen Umzug in eine barrierefreie Wohnung angewiesen. Ein dem Jobcenter vorgelegtes Mietangebot wies dabei eine mit Fahrstuhl ausgestattete und sogar günstigere Wohnung aus als diejenige, in der die Betroffene noch wohnte und deren Kosten vollumfänglich vom Jobcenter übernommen wurden. Das Jobcenter stellte sich trotz der körperlichen Einschränkungen der Betroffenen auf den Standpunkt, dass ein Umzug noch nicht genehmigt werden könne, da zunächst ein ärztliches Attest als Beleg für die Erforderlichkeit[171] des Umzugs erbracht werden müsse. Die Bürgerin wandte sich daher an ihren Facharzt für Orthopädie, der ihr ein Attest über den Bandscheibenvorfall ausstellte. Dieses Attest genügte dem Jobcenter jedoch nicht, denn daraus ging nicht hervor, warum sie nicht in ihrer aktuellen Wohnung wohnen bleiben könne. Erneut wandte sich die Betroffene an ihren Facharzt, der ihr attestierte, dass sie durch den erlittenen Bandscheibenvorfall aktuell und auch in der Zukunft Beschwerden bei der Treppennutzung haben werde. Obwohl die Zeit drängte, da das Mietangebot zu verfallen drohte, stellte sich das Jobcenter weiterhin auf den Standpunkt, dass dies nicht ausreichend sei.

Auf Empfehlung der Bürgerbeauftragten suchte die Betroffene ein weiteres Mal ihren Facharzt auf und erhielt ein noch detaillierteres Attest. Aus diesem dritten Attest ging dann – neben den bereits beschriebenen Einschränkungen – hervor, dass aus gesundheitlichen Gründen „dringend vom Treppensteigen abgeraten“ würde. Mit diesem sehr detaillierten Attest gab sich das Jobcenter nach einer Kontaktaufnahme der Bürgerbeauftragten schließlich zufrieden und erteilte die Genehmigung zum Umzug.

Die Betroffene hatte Glück: Die Wohnung war noch verfügbar. Sie lebt nun mit ihrem Lebenspartner in dieser neuen Wohnung zusammen, die Kosten übernimmt das Jobcenter weiterhin. (1554/2018)

[171] Ein Umzug während des Leistungsbezugs ist unter den Voraussetzungen des § 22 Abs. 4 S. 2 SGB II möglich. Danach ist das Jobcenter zur Zusicherung zum Umzug verpflichtet, wenn der Umzug erforderlich und die Aufwendungen für die neue Unterkunft angemessen sind. Rechtlich möglich ist ein Umzug zwar auch ohne Zusicherung des Jobcenters; damit ist für die Betroffenen jedoch regelmäßig eine große Planungsunsicherheit verbunden.

Fall 6
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Kein Digitalpakt mit dem Jobcenter – Schülerin erhält kein Notebook

Eine 11-jährige Schülerin, deren Familie Grundsicherung nach dem SGB II erhielt, wandte sich im Sommer 2018 verzweifelt an die Bürgerbeauftragte, weil das Jobcenter ihren Antrag auf Kostenübernahme für ein Notebook oder Tablet abgelehnt hatte. Das Jobcenter begründete die Ablehnung damit, dass das SGB II eine derartige Anschaffung nicht vorsähe. Es lehnte damit sowohl einen Zuschuss als auch ein Darlehen ab, obwohl die Schülerin das Gerät dringend für die Schule benötigt.

Die selbstbewusste junge Schülerin besucht die 5. Klasse eines Gymnasiums und braucht laut Lehrer*innen zwingend ein digitales Endgerät, um zu Hause arbeiten, recherchieren oder Präsentationen erstellen zu können. Es wird erwartet, dass die Schüler*innen ein solches Gerät für ihre Hausaufgaben besitzen, u. a. auch weil diese in der heutigen Zeit häufig per E-Mail abgegeben werden. Darüber hinaus wickelt das Gymnasium seit Beginn des Schuljahres 2018/2019 sämtliche Korrespondenz mit den Eltern (Elternbriefe, Termine, Einladungen etc.) ausschließlich auf elektronischem Weg ab.

Die Eltern der Schülerin haben keinen Computer. Auch die Schule stellt bislang keine Geräte zur Verfügung.

Datenverarbeitungsgeräte wie Notebooks sind im Regelbedarfsermittlungsgesetz 2018 für Kinder zwischen sechs und 14 Jahren lediglich mit einem Budget von 2,88 € monatlich veranschlagt. Dieser Betrag steht den Leistungsberechtigten nach der Zusammensetzung des Regelbedarfs zur Verfügung, wenn sie z. B. einen Computer anschaffen wollen. Der Erwerb eines Tablets oder Notebooks ist damit realitätsfern, selbst wenn die Betroffenen ihre Mittel umschichten. Auch die Schulpauschale in Höhe von 100,00 € im Jahr ist zu niedrig, um die Kosten zu decken.

In einem ähnlich gelagerten Fall hat das Sozialgericht Hannover[172] entschieden, dass leistungsberechtigte Schulkinder einen Anspruch auf Übernahme der Anschaffungskosten als Zuschuss gemäß § 21 Abs. 6 SGB II analog[173] haben, sofern ein Tablet im Schulunterricht benutzt wird. Dabei hat das Gericht darauf hingewiesen, dass es sich bei dem digitalen Endgerät um einen besonderen laufenden Bedarf handelt, der unabweisbar und zumindest im Regelbedarf evident unzureichend abgebildet ist. Ein digitales Endgerät sei unerlässlich, um am Unterricht teilzunehmen und dem Inhalt, sei es durch Vorbereitung, Hausaufgaben oder Kommunikation, folgen zu können.

Die Sicherstellung der Teilnahme am Unterricht, wie sie in diesem Fall nur mit einem digitalen Endgerät möglich ist, gehört auch nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts zum existenziellen Bedarf eines Kindes.[174] Nach verfassungskonformer

[172] Beschluss vom 6. Februar 2018, Az.: S 68 AS 344/18 ER.
[173] Nach § 21 Abs. 6 SGB II wird ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Unabweisbar ist ein Bedarf, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.
[174] BVerfG, Urteil vom 9. Februar 2010, Az.: 1 BvL 1/09.

Auslegung bestehe demnach ein Anspruch auf Übernahme der Anschaffungskosten für ein digitales Endgerät. Auch das Sozialgericht Gotha sah einen Anspruch auf laufenden Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II in einem vergleichbaren Fall.[175]

Die Bürgerbeauftragte unterstützte die Petentin daher beim Erstellen der Widerspruchsbegründung unter dem Hinweis auf die genannten Gerichtsentscheidungen. Leider wies das Jobcenter den Widerspruch zurück, weil es die Ansicht vertrat, dass es sich hier nicht um einen laufenden, unabweisbaren Bedarf handele. Auch lehnte das Jobcenter die Gewährung eines Darlehens nach § 24 Abs. 1 SGB II für einen einmaligen unabweisbaren Bedarf ab, da die Familie monatliche Einkommensfreibeträge von 254,00 € habe, mit denen die Finanzierungslücke geschlossen werden könne.

Da die Rechtslage nicht eindeutig ist und der Umgang mit digitalen Kommunikationsformen immer wichtiger wird, ist nach Auffassung der Bürgerbeauftragten vor allem die Politik gefordert: Schulen brauchen im digitalen Zeitalter eine bessere Ausstattung, damit alle Schüler*innen an der Entwicklung partizipieren können. Darüber hinaus sollten digitale Endgeräte auch in den Leistungen für Bildung und Teilhabe ausdrücklich als Schulbedarf abgedeckt sein.[176] (3054/2018)

[175] SG Gotha, Urteil vom 17. August 2018, Az.: S 26 AS 3971/17.
[176] Siehe hierzu auch Anregungen und Vorschläge, S. 11 f.

Fall 7
Arbeitsförderung

Fünf Tage Arbeitslosigkeit – 12 Wochen Sperrzeit?

Ein Petent meldete sich bei der Bürgerbeauftragten, weil er sich gegen eine von der Agentur für Arbeit verhängte Sperrzeit von 12 Wochen wehren wollte. Vorausgegangen war eine fristlose Eigenkündigung des Petenten am 20. März 2018. Noch am selben Tag nahm er an einem Vorstellungsgespräch teil. Am nächsten Tag meldete er sich arbeitslos und beantragte Arbeitslosengeld I für genau fünf Tage. Das Vorstellungsgespräch war nämlich erfolgreich verlaufen und am 26. März 2018 trat er seine neue Arbeit an.

Wie gewöhnlich in solchen Fällen, prüfte die Agentur für Arbeit, ob der Petent sich durch die Eigenkündigung versicherungswidrig verhalten hatte und bat den Petenten, die Gründe für die Kündigung darzulegen. Dieser gab an, dass der Arbeitgeber Zusagen aus dem Vorstellungsgespräch nicht eingehalten habe. So sei ihm z. B. versichert worden, dass er einen Dienstwagen und Werkzeug erhalten würde. Beides habe er dann aber nicht bekommen. Besonders schwerwiegend fiele aber ins Gewicht, dass die in Aussicht gestellte Wochenarbeitszeit in keiner Woche eingehalten worden sei. Hierbei ist von Bedeutung, dass der Petent nur für tatsächlich geleistete Arbeitsstunden bezahlt werden sollte, die wöchentliche Arbeitszeit mangels Aufträgen aber deutlich hinter den Versprechungen zurückgeblieben und der Verdienst somit erheblich geringer ausgefallen sei. Die ganze Situation habe schließlich auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt.

Die Agentur für Arbeit bat den Petenten darum, seine Ausführungen zu belegen. Dies gestaltete sich jedoch schwierig, weil über das Vorstellungsgespräch kein Protokoll geführt worden war und die Zusagen des Arbeitsgebers sich daher nicht beweisen ließen. In der Folge verhängte die Agentur für Arbeit eine Sperrzeit wegen Arbeitsaufgabe von 12 Wochen und minderte den Gesamtanspruch auf Arbeitslosengeld I um 90 Tage[177], weil ein wichtiger Grund für die Eigenkündigung nicht nachweisbar vorlag.

Nunmehr legte der Petent Widerspruch ein. Er begründete diesen damit, dass er doch bereits am Tag der Kündigung eine neue Arbeit gefunden habe und noch zu seinem Arzt Kontakt aufnehmen wollte, um seine damalige gesundheitliche Situation zu belegen. Die Agentur für Arbeit[178] machte deutlich, dass ein gänzliches Absehen von der Sperrzeit nur in Frage käme, wenn der neue Arbeitsvertrag bereits zum Zeitpunkt der Kündigung abgeschlossen worden wäre. Dies war aber unstreitig nicht der Fall. Wegen der allerdings positiven Gesamtumstände unterbreitete die Agentur für Arbeit einen Vergleichsvorschlag. Danach sollte die Sperrzeit auf drei Wochen verkürzt werden. Für die Annahme dieses Angebots wurde eine Frist gesetzt.

In der Folge bat der Petent schriftlich darum, diese Frist zu verlängern, weil er noch mit seinem Arzt sprechen und abklären wollte, ob dieser eine Stellungnahme zu seinem damaligen Gesundheitszustand[179] abgeben könnte. Ohne weitere Nachricht

[177] Der Gesamtanspruch betrug 360 Tage.
[178] Konkret: Die Rechtsbehelfsstelle im Operativen Service der Agentur für Arbeit Kiel.
[179] Letztlich konnte der Arzt aber für die Vergangenheit keine Stellungnahme mehr abgeben.

wurde dann ein Einspruchsbescheid erlassen und die Sperrzeit von 12 Wochen bestätigt.

Die nach Erlass des Einspruchsbescheides eingeschaltete Bürgerbeauftragte wandte sich mit der Bitte um Überprüfung an die Agentur für Arbeit. Sie trug zunächst vor, dass es ungewöhnlich gewesen sei, einen Einspruchsbescheid zu erlassen, ohne auf die schriftliche Bitte des Petenten um Fristverlängerung mit einem Wort einzugehen. Sodann machte sie geltend, dass sich die Sach- und Rechtslage seit dem Vergleichsangebot in keiner Weise geändert habe. Die Gründe, die für das Vergleichsangebot sprachen, lägen immer noch vor. Zwar habe der Petent gekündigt, ohne einen (nachweisbaren) wichtigen Grund gehabt zu haben und sich damit versicherungswidrig verhalten (vgl. § 159 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB III). Der entstandene Schaden für die Versichertengemeinschaft sei aber nur gering. Dies auch, weil der Petent bereits nach fünf Tagen Arbeitslosigkeit eine selbst gesuchte Arbeitsstelle angetreten habe. Die verhängte Sperrzeit von 12 Wochen sei daher eine unverhältnismäßig harte Strafe gewesen.

Die Intervention hatte Erfolg, die Agentur für Arbeit reduzierte die Sperrzeit auf drei Wochen. Anzumerken bleibt, dass die Vorschrift[180] zur Ahndung von Sperrzeiten eher starre und unflexible Regelungen beinhaltet, die es der Agentur für Arbeit erschweren, besondere Umstände des Einzelfalls zugunsten der Bürger*innen zu berücksichtigen. Allerdings muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei belastenden Maßnahmen für Bürger*innen immer Beachtung finden. (2464/2018)

[180] § 159 SGB III.

Fall 8
Gesetzliche Krankenversicherung

Ein langer Kampf um die Wunschklinik

Im Juli 2018 wandte sich eine junge Petentin mit einer Schwerbehinderung an die Bürgerbeauftragte, da sie wegen schwerer psychischer Probleme dringend eine medizinische Rehabilitation benötigte. Die Verordnung dafür hatte der behandelnde Facharzt bereits Anfang April ausgestellt. Ende Mai bat die Versicherte ihre Krankenkasse zusätzlich, die Therapie in einer ihr bereits vertrauten Klinik zu bewilligen. Die persönlichen Gründe für ihren Wunsch erläuterte die Petentin. Der behandelnde Arzt hob in seiner Stellungnahme hervor, dass die Patientin aufgrund ihrer Erkrankung große Schwierigkeiten habe, sich auf unbekannte Situationen einzulassen, so dass die Behandlung in einer unbekannten Klinik mit einer langen und kontraproduktiven Eingewöhnungszeit verbunden sei.

Erst Mitte Juli teilte die Krankenkasse schriftlich mit, dass eine Rehabilitation zwar bewilligt werde, für die Wunscheinrichtung aber keine medizinische Notwendigkeit vorliege. Sie könne die Therapie in ihrer Wahlklinik durchführen, müsse dann aber einen Anteil der Kosten von 1.000,00 € selbst zahlen. Bei einer Kooperationseinrichtung entfalle dieser Eigenanteil. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte die Kasse keinen Bescheid und keine schriftliche Mitteilung erstellt. Lediglich telefonisch war die Versicherte hin und wieder über den Stand des Verfahrens informiert worden.

Die Bürgerbeauftragte sandte daraufhin eine Stellungnahme an die Krankenkasse. Sie forderte die Kasse auf, das Wunsch- und Wahlrecht[181] der Petentin zu berücksichtigen. Die Bürgerbeauftragte hob hervor, dass Versicherte zertifizierte und medizinisch geeignete Einrichtungen wählen können, auch wenn diese keinen Versorgungsvertrag mit dem Leistungsträger abgeschlossen haben. Die Bürgerbeauftragte begründete, weshalb das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen Vorrang vor den Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten der Kasse hat. Daneben vertrat die Bürgerbeauftragte die Auffassung, dass zwischenzeitlich ohnehin eine Genehmigungsfiktion[182] zugunsten der Petentin eingetreten sei. Auf die medizinische Notwendigkeit komme es daher gar nicht an, der Antrag gelte wegen der zu langen Bearbeitung als genehmigt.

Nach wenigen Tagen meldete sich die Petentin erneut bei der Bürgerbeauftragten und teilte mit, dass die Krankenkasse nun eingelenkt habe. Kurze Zeit später begann schließlich die medizinische Rehabilitation in der Wunschklinik der Versicherten. (2220/2018)

[181] Gemäß § 33 Satz 2 SGB I soll den Wünschen der Berechtigten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V muss die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 SGB IX die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmen.

[182] Nach § 18 Abs. 1 SGB IX müssen die Rehabilitationsträger*innen den Leistungsberechtigten rechtzeitig und schriftlich die Gründe mitteilen, wenn über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann. Gemäß § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB IX gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Fall 9
Gesetzliche Krankenversicherung

Keine Krankenversicherung, kein Krankengeld, aber beitragspflichtig?

Im Sommer des Berichtsjahres bat eine verzweifelte Petentin die Bürgerbeauftragte um Unterstützung, da sie einerseits eine erhebliche Summe an ihre bisherige Krankenversicherung zahlen sollte, andererseits aber gar nicht wusste, wie und ob sie überhaupt noch krankenversichert war.

Die Betroffene war über längere Zeit erkrankt, hatte zunächst Krankengeld von ihrer Krankenkasse erhalten und war wegen des Krankengeldbezuges Pflichtmitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Oktober 2017 hatte die Krankenkasse weiteres Krankengeld jedoch abgelehnt, weil sie der Auffassung war, die Versicherte sei wieder arbeitsfähig. Zu diesem Ergebnis war der MDK ohne eine persönliche Begutachtung nach Aktenlage gekommen. Nach Einschätzung des behandelnden Arztes war die Petentin weiter arbeitsunfähig und blieb krankgeschrieben.

Der Widerspruch gegen die Einstellung des Krankengeldes hatte keinen Erfolg; hierüber streitet die Betroffene nun mit der Krankenkasse vor dem Sozialgericht. Zum weiteren Versicherungsschutz und zu möglichen Beitragspflichten hatte die Petentin neun Monate lang keine Mitteilung der Kasse erhalten. Erst im Juli 2018 teilte die Krankenversicherung dann mit, dass der Versicherungsschutz mit Einstellung des Krankengeldes beendet worden sei. Gleichzeitig forderte die Kasse aber rückwirkend Beiträge über 6.600,00 €. Mit diesen Bescheiden wandte sich die Petentin an die Bürgerbeauftragte.

Die Bürgerbeauftragte konnte zunächst aufklären, wie es zu der Forderung gekommen war: Mit dem Ende des Krankengeldes hatte die Petentin ihren Status als Pflichtmitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung verloren. Sie wurde im Anschluss daher als freiwilliges Mitglied geführt und sollte – mangels Informationen zu ihren tatsächlichen Einkünften – rückwirkend die monatlichen Höchstbeiträge von ca. 780,00 € für die Kranken- und Pflegeversicherung selbst zahlen. Eine Aufforderung, ihre Einkünfte darzulegen, hatte die Petentin nie bekommen. Tatsächlich hatte sie gar keine Einkünfte, da sie über weiteres Krankengeld noch immer streiten muss. Arbeitslosengeld I konnte die Betroffene wegen der laufenden Krankschreibung nicht erhalten. Arbeitslosengeld II kam wegen der Einkünfte des Ehemannes nicht in Betracht.

Die Bürgerbeauftragte prüfte daraufhin verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Eine kostenfreie Familienversicherung über den Ehemann schied aus, da dieser privat krankenversichert war. Rechtlich schwer durchsetzbar, aber denkbar wäre eine rückwirkende private Versicherung gewesen. Hier hätte die Petentin sogar davon profitiert, dass Ihr Mann Beamter ist - als berücksichtigungsfähige Angehörige hätte sie einen Beihilfeanspruch von 70 % gehabt und lediglich die verbleibenden 30 % über eine private Teilkostenversicherung abdecken müssen. Die Betroffene wollte jedoch im System der Gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

Durch die Unterstützung der Bürgerbeauftragten konnte sie letztlich eine nachträgliche Reduzierung der Beiträge um mehr als 500,00 € pro Monat durchsetzen. Berechnungsgrundlage hierfür war das bereinigte hälftige Einkommen des Ehemannes. Dieses wird zur Berechnung anstelle der tatsächlichen eigenen Einkünfte herangezogen, wenn einer der Eheleute privat versichert ist. Eine rückwirkende Befreiung von den Beiträgen für die freiwillige Versicherung ist ebenfalls noch möglich: Nämlich dann, wenn die Petentin ihre Kranken-

geldansprüche mir Erfolg vor dem Sozialgericht durchsetzt. Im konkreten Fall waren die Probleme vor allem wegen erheblicher Defizite in der Kommunikation der Krankenkasse entstanden. Das Beispiel zeigt aber insgesamt, welche Schwierigkeiten immer wieder wegen des zweigliedrigen Gesundheitssystems entstehen. Auch macht der Fall deutlich, dass bei den gesetzlichen Regelungen zum Krankengeld noch immer Reformbedarf besteht.[183] (2330/2018)

[183] Siehe hierzu auch S. 36 ff.

Fall 10
Gesetzliche Krankenversicherung

Freut sich die Krankenkasse über den Fachkräftemangel?

Im Herbst wandte sich ein erschöpfter Vater an die Bürgerbeauftragte, weil er sich große Sorgen um sein Kind und die ganze Familie machte. Der Petent hat einen achtjährigen Sohn mit einer Schwerbehinderung, der beatmet und gepflegt werden muss. Aus diesem Grund benötigt das Kind rund um die Uhr eine medizinische Betreuung und Versorgung.

Die Krankenkasse der Familie bewilligte daher auch eine umfassende intensivpflegerische Versorgung als Leistung der häuslichen Krankenpflege.[184] Die tatsächliche Umsetzung gestaltete sich aber mehr als schwierig: Zwar hatte die Familie einen geeigneten Pflegedienst gefunden, zu dem der Sohn schnell ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnte. Allerdings hatte der Pflegedienst zunehmend Probleme, Pflegekräfte für den Nachtdienst zur Verfügung zu stellen. Der Vater, selbst beruflich als Pflegehelfer in einer Einrichtung tätig, musste daher vor allem nachts immer häufiger einspringen und die medizinische Versorgung seines Kindes übernehmen. Die Absagen des Pflegedienstes nahmen in der Folge weiter zu, die Familie fand aber auch keinen anderen geeigneten Anbieter. So sah sich der Petent schließlich gezwungen, seine Arbeitszeit zu reduzieren, um die Krankenpflege seines Sohnes gewährleisten zu können. Als dem Vater dann noch wegen zunehmender Erschöpfung die Kündigung seines Arbeitsvertrages drohte und er die Krankenkasse vergeblich gebeten hatte, ihn für die häusliche Krankenpflege einzusetzen und zu vergüten, bat er die Bürgerbeauftragte um Unterstützung.

Die Bürgerbeauftragte musste zunächst bestätigen, dass der Petent trotz all seiner Fähigkeiten und Kenntnisse für die häusliche Krankenpflege leider nicht „offiziell“ eingesetzt werden kann. Häusliche Krankenpflege wird durch Personen erbracht, die eine spezifische medizinische Berufsqualifikation haben. Diese hat der Petent nicht, auch wenn er wegen seiner Berufserfahrung und der persönlichen Beziehung seinen Sohn tatsächlich optimal versorgen kann.

Die Bürgerbeauftragte nahm daher Kontakt mit der Krankenversicherung auf, stellte die äußerst belastende Situation dar und appellierte an den Versorgungsauftrag der Kasse. Nur eine Woche später teilte die Krankenkasse mit, dass sie einen ambulanten Intensiv-Pflegedienst ermitteln und beauftragen konnte, der seitdem die Krankenpflege übernimmt.

Über eine finanzielle Entschädigung für die Versorgung durch den Vater bzw. einen Ausgleich des Verdienstausfalls streitet die Familie dagegen mit der Krankenversicherung noch immer.[185] Die Kasse hat bislang lediglich das sog. Kinderkrankengeld[186]

[184] Versicherte erhalten nach § 37 Abs. 1 SGB V häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt, wenn dadurch z. B. eine Krankenhausbehandlung vermieden werden kann. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

[185] Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Tätigkeitsberichts.

[186] Nach § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben. Gemäß § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB V besteht der Anspruch auf Krankengeld in jedem Kalenderjahr für jedes Kind jedoch längstens für 10 Arbeitstage.

in Aussicht gestellt. Die Bürgerbeauftragte vertritt demgegenüber die Rechtsauffassung, dass die Versicherung entweder eine angemessene Vergütung für die Übernahme der häuslichen Krankenpflege durch den Petenten leisten muss oder dessen Verdienstausfall auszugleichen hat. (2923/2018)

Fall 11
Kinder- und Jugendhilfe

Der lange Weg zur Schulbegleitung

Anfang April 2018 ließ sich die Mutter eines 13-jährigen Sohnes über das Antragsverfahren für eine Schulbegleitung beraten. Sie beschrieb ihren Sohn als „halben Autisten“. Sowohl sie als auch die Schule hielten eine Schulbegleitung für unbedingt erforderlich. Die Schule hatte dem Sohn zuvor eine Mitarbeiterin im freiwilligen sozialen Jahr an die Seite gestellt und damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Diese hatte die Schule nun aber verlassen. Der Junge besuchte weiter die Schule, hatte aber große Konzentrationsprobleme und musste intensiv von den Lehrkräften unterstützt werden. Die Mutter hatte sich daher selbst beim Jugendamt nach einer Schulbegleitung erkundigt. Dieses habe einen Anspruch mündlich verneint und zu einem Antrag auf Hilfen zur Erziehung[187] geraten.

Obgleich die Mutter selbst Mitarbeiterin einer Behörde ist, fühlte sie sich angesichts dieses Verhaltens überfordert und wusste nicht, wie sie nun an die Schulbegleitung kommen sollte. Zu Hause sei doch alles in Ordnung, der Sohn sei auch ansonsten gut integriert, die Freizeitgestaltung funktioniere gut, nur in der Schule habe er Probleme mit der Aufmerksamkeit und würde mit Tics auffallen. Die Begleitung durch die Mitarbeiterin der Schule habe dies aber immer sehr gut aufgefangen. Dies habe auch die Schule in einer schriftlichen Stellungnahme bestätigt. Die Bürgerbeauftragte bestärkte die Mutter darin, an der Schulbegleitung festzuhalten. Gerade mit der schriftlichen Stellungnahme der Schule im Rücken, also der Einschätzung erfahrener pädagogischer Fachkräfte, die ihren Sohn sehr gut kennen, sollte ein Bedarf im schulischen Bereich gut zu begründen sein.

Mit Unterstützung der Bürgerbeauftragten stellte die Mutter einen Antrag auf Schulbegleitung.[188] Im laufenden Antragsverfahren wurde der Mutter dann mitgeteilt, dass der Fall in einer sog. Fallrunde des betreffenden Kreises vorgestellt werde. Dies wurde jedoch aufgrund der Vielzahl der Fälle zweimal vertagt. Nach der Besprechung in der Fallrunde wurde der Mutter mitgeteilt, dass ohne ärztliche Diagnose keine positive Entscheidung getroffen werden könne.

In der Tat sehen die Bestimmungen zur Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII, wozu auch die Schulbegleitung zählt, vor, dass Leistungen nur bei bestimmten Diagnosen zu erbringen sind (vgl. § 35a SGB VIII). Diese müssen durch eine medizinische Stellungnahme aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychotherapie bzw. aus der psychologischen Psychotherapie belegt werden. Dies ist oftmals sehr zeitaufwändig, weil Termine bei Fachpraxen oder Fachkliniken nur sehr schwer zu bekommen sind und teilweise sogar eine mehrwöchige stationäre Aufnahme erfordern. Im vorliegenden Fall lag eine ärztliche Stellungnahme schließlich Ende August vor. Diese wurde jedoch vom Jugendamt als nicht ausreichend angesehen.

[187] Hilfen zur Erziehung sind Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, die in §§ 27 ff. SGB VIII geregelt sind.

[188] Schulbegleitung ist eine Leistung der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, solange es keine Körper- oder Mehrfachbehinderung gibt. Diese Leistung können Kinder und Jugendliche bekommen, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Eine Ergänzung lag dann im Oktober vor. In der Folge wurde der Fall erneut in der Fallrunde des Jugendamtes besprochen. Mitte November wurde der Mutter dann telefonisch mitgeteilt, dass eine Schulbegleitung bewilligt werden würde. Es würde in den nächsten vier Wochen ein konkretes Konzept erarbeitet und mit der Schule abgesprochen. Dann könne die Schulbegleitung endlich beginnen. (1031/2018)

Fall 12
Kinder- und Jugendhilfe

KiTa-Geld – Bescheide können nur mit dem Computer erstellt werden

Im März 2018 wandte sich der Vater eines dreijährigen Sohnes an die Bürgerbeauftragte, der knapp ein Jahr zuvor einen Antrag auf KiTa-Geld beim Landesamt für soziale Dienste gestellt hatte.[189] Bei dem KiTa-Geld für über Dreijährige handelt es sich um eine freiwillige Leistung des Landes Schleswig-Holstein, die immer dann in Betracht kommt, wenn das Kind auch nach dem dritten Geburtstag nicht aus einer Krippengruppe in eine reguläre Kindergartengruppe wechseln kann und weiter die höheren Betreuungsgebühren bezahlt werden müssen.

Der Vater hatte sich zuvor beim Landesamt über die Voraussetzungen für die Leistung telefonisch erkundigt und zehn Wochen nach Antragseingang beim Landesamt nachgefragt, ob der Antrag eingegangen und die Unterlagen vollständig seien. Dies wurde ihm bestätigt. Der Antrag sei in Bearbeitung, aufgrund von Überlastung könne es jedoch einige Zeit dauern. Sechs Monate nach Antragstellung richtete er eine schriftliche Sachstandsanfrage an das Landesamt. Diese blieb unbeantwortet. Als er nach weiteren vier Monaten keine Nachricht vom Landesamt erhielt, bat er die Bürgerbeauftragte im März um Unterstützung.

Die Bürgerbeauftragte nahm daraufhin telefonisch Kontakt zu der Sachbearbeiterin auf. Dort wurde ihr die Auskunft erteilt, dass die Antragsunterlagen vollständig vorlägen und demnächst beschieden würden. Da laut Landesamt zum Zeitpunkt der Antragstellung das System zur Erstellung der Bescheide keinen entsprechenden Mustertext vorhielt, habe kein Bescheid erstellt werden können. Die Akte sei ohne Entscheidung über den Antrag im Archiv abgelegt worden. Die Bürgerbeauftragte forderte die Sachbearbeiterin daher unmittelbar auf, endlich einen Bescheid, ggf. auch manuell verfasst, zu erlassen.

Im Oktober wandte sich der Vater erneut an die Bürgerbeauftragte und berichtete, dass er noch immer auf eine Nachricht des Landesamtes warte. Wiederum erkundigte sich die Bürgerbeauftragte beim Landesamt nach dem Sachstand. Es wurde mitgeteilt, dass im Mai ein Ablehnungsbescheid ergangen sei. Im Juni habe der Vater gegen die Entscheidung Widerspruch eingelegt. Es sei beabsichtigt, dem Widerspruch abzuhelfen, da im Widerspruchsverfahren erstmals nachgewiesen worden sei, dass tatsächlich höhere Betreuungskosten als in einer regulären Kindergartengruppe entrichtet würden. Auf den Einwand der Bürgerbeauftragten, dass doch bereits im März die Vollständigkeit aller Unterlagen bestätigt wurde, erwiderte die Sachbearbeiterin, dass lediglich für eine Ablehnung alle notwendigen Informationen vorgelegen hätten. Eine vorherige Anhörung des Vaters zur beabsichtigten Ablehnung war allerdings nicht erfolgt, so dass für diesen zwangsläufig gar nicht ersichtlich war, welche weiteren Unterlagen erforderlich waren.

Auf Nachfrage der Bürgerbeauftragten, ob nun zeitnah ein Abhilfebescheid erstellt werden würde, teilte die Sachbearbeiterin mit, dass auch dies technisch nicht möglich sei. Da sie aber positiv entscheiden wolle, würde sie „so tun“, als wäre bereits der Antrag bewilligt worden. Dies sei tech-

[189] Seit dem 1. Januar 2017 erstattet das Land Schleswig-Holstein Kosten der Kindertagesbetreuung bis zu einer Höhe von 100,00 € monatlich für Kinder, die das dritte Lebensjahr nicht vollendet haben (sog. KiTa-Geld).

nisch möglich. Daher würde sie dem Vater einen Bewilligungsbescheid schicken mit dem Hinweis, dass der Vater den Widerspruch jetzt für erledigt erklären könne.

Letztlich wurde dem Vater das KiTa-Geld mehr als eineinhalb Jahre nach der Antragstellung rückwirkend ausgezahlt. (718/2018)

Fall 13
Sozialhilfe / Grundsicherung

Darf die beste Freundin unterstützen?

Im September 2018 wandte sich eine Empfängerin von Grundsicherungsleistungen im Alter hilfesuchend an die Bürgerbeauftragte. Sie hatte gerade einen Rückforderungsbescheid über 90,00 € von ihrem Sozialhilfeträger erhalten und wusste nicht, wie sie diese Rückzahlung von ihren ohnehin beschränkten Mitteln bezahlen sollte.

Das Sozialamt begründete die Rückforderung der 90,00 € damit, dass die Petentin in den Monaten April bis Juni von Ihrer besten Freundin monatliche Zahlungen in Höhe von 30,00 € erhalten habe. Tatsächlich hatte Freundin der Petentin in dieser Zeit von ihrer eigenen kleinen Rente 30,00 € monatlich auf das Konto der Leistungsempfängerin überwiesen. Sie wusste von der verhängnisvollen Lage ihrer Freundin und wollte helfen: Die Petentin war und ist schwer erkrankt, pflegebedürftig und kann ihre Dachgeschosswohnung schon lange nicht mehr verlassen. Sie benötigt einen Boten, der Geld von der Bank abhebt, Einkäufe erledigt und Briefe abschickt. Zudem muss sie für Dienstleistungen wie beispielsweise den Friseurbesuch zu Hause immer eine An- und Abfahrtspauschale zahlen. Um dies etwas abzumildern, überwies die Freundin Geld. Persönlich helfen konnte die Freundin nicht, da sie sich selber in einem Pflegeheim in einem anderen Bundesland befand.

Die Bürgerbeauftragte half der Leistungsempfängerin bei der Begründung eines Widerspruchs und wies die zuständige Mitarbeiterin des Kreises darauf hin, dass es sich bei den Zahlungen der Freundin um Zuwendungen nach § 84 Abs. 2 SGB XII[190] handelt. Diese dürfen nicht als Einkommen berücksichtigt werden und können aus diesem Grund nicht von dem Sozialhilfeträger zurückgefordert werden, wenn dadurch eine besondere Härte für die Leistungsempfängerin entstehen würde. Dies war hier der Fall: Die beste Freundin überwies das Geld, um die Leistungen der Sozialhilfe in der besonderen Situation der Petentin zu ergänzen und die durch die Erkrankung entstehenden Härten für ihre Freundin abzumildern.

Nach Erhalt dieser Begründung prüfte das Amt die Lage der Petentin erneut und gelangte zu dem Ergebnis, dass die Rückforderung der 90,00 € nicht rechtmäßig war. Letztlich musste die erleichterte Petentin keine Rückzahlung leisten. (2621/2018)

[190] Nach § 84 Abs. 2 SGB XII sollen Zuwendungen, die ein anderer erbringt, ohne hierzu eine rechtliche oder sittliche Pflicht zu haben, als Einkommen außer Betracht bleiben, soweit ihre Berücksichtigung für die Leistungsberechtigten eine besondere Härte bedeuten würde.

Fall 14
Soziale Pflegeversicherung

Die Begutachtung verhindert den Umzug in das Pflegeheim

Im Februar 2018 nahm eine verzweifelte Petentin Kontakt zur Bürgerbeauftragten auf. Die Petentin war 80 Jahre alt und berichtete, dass sich ihr allgemeiner Gesundheitszustand in den letzten Wochen so stark verschlechtert habe, dass sie nicht mehr in der Lage sei, Verrichtungen des täglichen Lebens ohne Hilfe zu bewältigen. Aus diesem Grund wollte sie nun in ein Pflegeheim umzuziehen. Dort wurde sie aber nicht aufgenommen, da sie nur den Pflegegrad I hatte. Die Aufnahme in ein Pflegeheim sei, so das Heim, erst ab dem Pflegegrad II möglich. Die Petentin hatte dem MDK[191] bereits mitgeteilt, dass sie es nicht mehr schaffe, sich allein zu versorgen. Daraufhin erfolgte eine Begutachtung, in der jedoch erneut Pflegegrad I festgestellt wurde, obwohl der MDK durchaus eine erhebliche Verschlechterung der Gesundheit bestätigte. Die Petentin konnte, als sie die Bürgerbeauftragte kontaktierte, kaum noch selbstständig gehen, keine Einkäufe erledigen, sich nicht selbstständig duschen und keine Haushaltsaufgaben verrichten. Ihre Versorgung wurde zu diesem Zeitpunkt notdürftig durch Ihre 75-jährige Nachbarin sichergestellt, die für sie einkaufte, kochte, putzte, wusch und ihr bei der täglichen Körperhygiene half.

Die Bürgerbeauftragte empfahl daher zunächst, Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse zu erheben. Sie überprüfte sodann mit der Petentin das Pflegegutachten im Detail auf seine Richtigkeit. Es stellte sich heraus, dass viele Punkte unzutreffend oder abweichend von den Angaben der Petentin bewertet wurden. Beispielsweise wurden einige Fähigkeiten der Petentin bei der Neubegutachtung besser bewertet, als noch im Vorjahr, obwohl sich tatsächlich einige Aspekte deutlich verschlechtert hatten. Dies bestätigte auch der behandelnde Arzt der Petentin. Weiterhin wurde eine psychische Erkrankung der Petentin im Gutachten nicht berücksichtigt.

All diese Unstimmigkeiten hob die Bürgerbeauftragte in einer Stellungnahme zum Widerspruch hervor, um das Gutachten des MDK zu widerlegen. Im Sommer 2018 gab die Pflegeversicherung dem Widerspruch dann statt. Die Petentin erhielt Pflegegrad II und konnte zu ihrer Erleichterung zeitnah in ein Pflegeheim umziehen. (618/2018)

[191] Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) übernimmt die Pflegebegutachtung, durch die die Pflegebedürftigkeit der Antragssteller*innen mittels eines Pflegegrades festgestellt wird.

Fall 15
Wohngeld

Die Wohngeldstelle entschuldigt sich

Eine Petentin wandte sich im Herbst des Berichtsjahres an die Bürgerbeauftragte, weil sie einen Neufestsetzungsbescheid über ihren Wohngeldanspruch von der Wohngeldstelle erhalten hatte. Diese warf ihr eine grob fahrlässige Handlungsweise vor, da sie angeblich nicht mitgeteilt hatte, dass sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatte. Deshalb hatte die Wohngeldstelle bei der Entscheidung über die Bewilligung des Wohngeldes falsche Voraussetzungen zugrunde gelegt. Die Petentin war sich jedoch keiner Schuld bewusst und fühlte sich aufgrund der harten Formulierung der Behörde wie vom Blitz getroffen bzw. wie eine Schwerverbrecherin und Betrügerin. Sie bat die Bürgerbeauftragte um Hilfe im Widerspruchsverfahren.

Die Bürgerbeauftragte prüfte zunächst den Sachverhalt. Sie stellte fest, dass der Bescheid über die Neufestsetzung des Wohngeldanspruchs und die daraus resultierende Rückforderung rechnerisch nicht zu beanstanden war, weil die Petentin laut Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund rückwirkend Erwerbsminderungsrente erhalten sollte (vgl. § 27 Abs. 2 WoGG). Den Vorwurf einer grob fahrlässigen Handlungsweise im rechtlichen Sinne konnte die Bürgerbeauftragte jedoch nicht feststellen, da die Petentin bei Antragstellung der Wohngeldstelle mitgeteilt hatte, dass sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatte. Außerdem hatte die Behörde die Petentin zum Vorwurf der grob fahrlässigen Handlung vorher nicht angehört. Behörden sind allerdings verpflichtet, vor Erlass eines Verwaltungsaktes, der in die Rechte von Beteiligten eingreift, Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern (§ 24 SGB X).

Nach abschließender Bewertung der Sach- und Rechtslage kam die Bürgerbeauftragte zu dem Ergebnis, dass der Petentin nicht vorgeworfen werden konnte, dass sie grob fahrlässig falsche Angaben gemacht hatte. Die Bürgerbeauftragte verfasste für die Betroffene einen Widerspruch und bat hinsichtlich des Vorwurfes um eine Überprüfung der Entscheidung. Kurze Zeit später erhielt die Petentin einen Abhilfebescheid. Zu Recht hatte sie in ihrem Widerspruch darauf hingewiesen, die beantragte Rente angegeben zu haben. Sie hatte keinerlei Angaben grob fahrlässig oder gar vorsätzlich nicht gemacht. Die Wohngeldstelle bat ausdrücklich um Verzeihung und entschuldigte sich für das Fehlverhalten. Gleichzeitig teilte die Behörde mit, dies zum Anlass zu nehmen, die Mitarbeiter*innen diesbezüglich noch einmal zu sensibilisieren. Diese Reaktion der Behörde zeigt positiv auf, wie Kritik an einem behördlichen Fehlverhalten auch Anlass für eine Verbesserung sein kann. Insofern ist hier die Wiedergutmachung der Wohngeldstelle zu loben. Die Entschuldigung war auch für die Petentin wichtig – schließlich hatten sie die Vorwürfe der Behörde persönlich sehr getroffen. (2756/2018)

Fall 16
Schulangelegenheiten

Ein Anruf der Bürgerbeauftragten genügt: Es kann auch mal schnell gehen!

In der ersten Hälfte des Berichtsjahres wandte sich eine Familie mit einem dringlichen Problem an die Bürgerbeauftragte. Der 16-jähriger Sohn hat eine Autismus-Spektrum-Störung[192], die zur Folge hat, dass er sich in neuen Situationen nur sehr schwer zurechtfinden kann und sich die Kommunikation als problematisch darstellt. Nun standen für den jungen Mann aber die mündlichen Abschlussprüfungen in der Schule an, weshalb die Familie bei der Schule einen Antrag auf Nachteilsausgleich[193] gestellt hatte. Ziel des Antrags war, den Sohn von der mündlichen Abschlussprüfung in dem betreffenden Fach freistellen zu lassen und ihm stattdessen eine schriftliche Prüfung zu ermöglichen. Ein dem Antrag beigefügtes Attest der Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bescheinigte, dass er aus ärztlicher Sicht „aufgrund der ausgeprägten autistischen Symptomatik“ keine mündliche Prüfung ablegen könne. Daher sollten laut Attest „unbedingt andere Möglichkeiten eines Leistungsnachweises für ihn gefunden werden.“ Die Schule lehnte den Antrag allerdings mit dem Argument ab, dies sähen die Regelungen zum Nachteilsausgleich nicht vor.

Die Bürgerbeauftragte nahm daher umgehend telefonisch Kontakt mit der Schule auf, um die Angelegenheit zu klären. Die Schulleitung erklärte sich zu einem persönlichen Gesprächstermin mit den Eltern bereit, um doch noch einmal über einen Nachteilsausgleich zu sprechen. Es dauerte nicht einmal eine Woche, da konnte die betroffene Familie dem Büro der Bürgerbeauftragten die positive Nachricht mitteilen, dass ihr Sohn nun doch einen Nachteilsausgleich erhalten wird und eine schriftliche statt einer mündlichen Prüfung ablegen darf. (1393/2018)

[192] Autismus wirkt sich meist in drei Bereichen aus: Probleme beim wechselseitigen sozialen Umgang und Austausch, Auffälligkeiten bei der sprachlichen und nonverbalen Kommunikation sowie eingeschränkte Interessen mit sich wiederholenden, stereotyp ablaufenden Verhaltensweisen.

[193] Bei mündlichen, schriftlichen, praktischen und sonstigen Leistungsanforderungen ist in angemessener Weise Rücksicht auf die Behinderung der Schüler*innen zu nehmen, ohne dabei die fachliche Anforderung geringer zu bemessen. Dabei kann ggf. – je nach Behinderung – ein Ausgleich dergestalt geschaffen werden, dass die Arbeitszeit bei Klassenarbeiten verlängert wird, dass spezielle Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt werden oder dass anstelle einer schriftlichen eine mündliche Arbeitsform angeboten wird.

Fall 17
Schulangelegenheiten

Pädagogische Maßnahmen gegen Autismus?

Im Sommer des Berichtsjahres wandte sich eine Familie an die Bürgerbeauftragte, bei deren Sohn Autismus diagnostiziert worden war. Dies äußerte sich bei dem betreffenden Jungen darin, dass er keine Impulskontrolle hatte und sog. „Meltdowns“[194] erlebte. Diese Wutausbrüche, die bei dem Jungen erwiesenermaßen einzig auf den Autismus zurückzuführen waren, beinhalten meist verbal und körperlich aggressives Verhalten gegenüber Mitschüler*innen, Lehrer*innen und die Zerstörung von Schuleigentum. Aus diesem Grund hatte sich die Schule bereits im Januar 2017 gezwungen gesehen, dem Verhalten des Jungen mit „schulpädagogischen Ordnungsmaßnahmen“[195] zu begegnen. Begründet wurden diese Maßnahmen damit, dass nur so eine nachhaltige Verhaltensänderung des Kindes erreicht werden könne. Dies bestritten die Eltern gegenüber der Schule, blieben jedoch ungehört.

Nachdem über einen längeren Zeitraum nichts geschehen war, fiel der Junge erneut verbal und körperlich aggressiv auf. Daraufhin drohte die Schule Anfang 2018 dann mit einem Schulverweis und Unterrichtsausschluss, verbunden mit der Aufforderung, Reinigungsarbeiten auf dem Schulgelände durchzuführen. Die Eltern des Jungen hatten der Schule bereits mitgeteilt, dass ein Unterrichtsausschluss bei ihrem Sohn keine geeignete Maßnahme sei, um auf ihn einzuwirken. Einem durch Autismus bedingten Wutausbruch könne man nicht mit pädagogischen Ordnungsmaßnahmen begegnen. Dies tangierte die Schule jedoch wenig. Vielmehr erfolgten kurze Zeit später nach einem erneuten “Meltdown“ weitere drastische Ordnungsmaßnahmen: Der Junge durfte an einem Wandertag der Schule nicht teilnehmen, sollte erneut Reinigungsarbeiten durchführen und für einige Tage vom Unterricht ausgeschlossen werden. Die Einwände der Familie blieben weiterhin unberücksichtigt. Offenbar hatte die Schule die Autismusproblematik des Kindes nicht erkannt bzw. unterschätzt. Selbst ein Gesprächsangebot der Eltern nahm die Schule nicht an.

Die Bürgerbeauftragte beriet die völlig verzweifelte Familie und konnte letztlich erreichen, dass die Schule die Familie endlich anhörte, Verständnis zeigte und nach gemeinsamen Lösungen suchte. Mittlerweise ist Ruhe eingekehrt und der Junge erhält von der Schule einen seinen Bedürfnissen entsprechenden Umgang und seinem Verhalten wird das nötige Verständnis entgegengebracht. Ordnungsmaßnahmen gab es seitdem nicht mehr. (1842/2018)

[194] Bei einem „Meltdown“ kommt es aufgrund von Reizüberflutungen zu einem Wutausbruch, wenn die vom Autismus betroffene Person sich den Reizen nicht durch Rückzugsmöglichkeiten entziehen kann. „Meltdowns“ kündigen sich in der Regel durch innere Unruhe, starke Gereiztheit sowie Licht-, Geruchs- und Geräuschempfindlichkeit an.

[195] Schriftliche Missbilligung, schriftlicher Verweis, Androhung des Ausschlusses von schulischen Veranstaltungen oder im Wiederholungsfall sogar vom Unterricht selbst.

Fall 18
Kindergeld

Wenn sich arbeiten nicht lohnt – Immer wieder Ärger mit Rückforderungen bei Kindern mit Behinderung

Wegen einer möglichen Rückforderung von Kindergeld in Höhe von 7.034,00 € für den Zeitraum von Januar 2015 bis Januar 2018 wandte sich eine Petentin an die Bürgerbeauftragte und bat um Überprüfung der Angelegenheit. Sie ärgerte sich auch darüber, dass die Familienkasse erst jetzt ein Rückforderungsverfahren eingeleitet hatte. Schließlich habe sie jedes Jahr die maßgeblichen Unterlagen zu den Einkommensverhältnissen ihrer damals 33-jährigen Tochter eingereicht und frage sich nun, warum die Anspruchsberechtigung nicht früher überprüft worden sei. Damit hätte eine so hohe Rückforderung vermieden werden können.

Die Ermittlung des Sachverhaltes ergab, dass Kindergeld für die schwerbehinderte Tochter zunächst gezahlt worden war und die Rückforderung nach Ansicht der Familienkasse darauf beruhte, dass das Kind durch eigene Einkünfte seinen Lebensunterhalt selbst decken konnte.[196] Die Tochter erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung und erzielte ein geringes Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit[197]: Das so erzielte Einkommen führte letztlich zur Überschreitung der Bedarfsgrenzen. Die Petentin machte aber deutlich, dass die selbständige Tätigkeit ihrer Tochter sehr helfen würde, um stabil zu bleiben. Daher sei nicht daran gedacht, die Arbeit aufzugeben, um zumindest in Zukunft wieder Kindergeld zu erhalten. Zudem wollte die Tochter nicht auf Leistungen des Sozialamtes angewiesen sein.

Bei der Überprüfung der Rückforderung fiel auf, dass die Familienkasse für die Jahre 2015 bis 2017 jeweils halbjährige Berechnungszeiträume gebildet, den Januar 2018 aber allein berechnet hatte. Aus anderen Fällen war der Bürgerbeauftragten bekannt, dass auch schon Jahreszeiträume für die Berechnung gebildet worden waren. Die Bürgerbeauftragte fragte daher bei der Familienkasse nach, welche Gründe es für die unterschiedlichen Berechnungsmethoden geben würde. Als Antwort erhielt sie die Auskunft, dass grundsätzlich jeder Monat für sich allein zu betrachten wäre. Man würde aber aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung längere Zeiträume bilden, wenn die Einkünfte relativ gleichmäßig zufließen würden. Ein Halbjahreszeitraum werde in der Regel bei Renten gebildet, weil die Rentenerhöhungen im Juli eines Jahres eine Neuberechnung erforderlich machten. Die Bürgerbeauftragte bat die Petentin deshalb zu prüfen, ob wirklich ein ungefähr gleichmäßiges Einkommen erzielt worden war, oder es nicht doch so starke Schwankungen gegeben hatte, dass der Bedarf der Tochter in einzelnen Monaten eben nicht gedeckt werden konnte. Außerdem sollte die Petentin mitteilen, ob nicht für einzelne Monate ein höherer Bedarf bestanden hatte. Dieser hätte z. B. durch einen

[196] Bei behinderten bzw. schwerbehinderten Kindern kommt es nach wie vor darauf an, ob diese ihren Lebensunterhalt selbst decken können (z. B. durch Renten, Sozialleistungen oder Erwerbseinkommen). Nur wenn dies nicht der Fall ist, kann ein Elternteil Kindergeld erhalten, weil der Gesetzgeber dann pauschal annimmt, dass das Kind von den Eltern zumindest teilweise unterhalten werden muss. Kindergeld wird dann so lange gezahlt, bis die Eltern verstorben sind.

[197] Sie produzierte, soweit es der Gesundheitszustand erlaubte, Webwaren mit Hilfe eines Webstuhles, die sie dann verkaufte.

erhöhten Betreuungsaufwand auf Urlaubsreisen[198] entstanden sein können oder durch eine zeitlich begrenzte Einnahme von Medikamenten, die selbst bezahlt werden mussten.

Die Petentin hatte zudem angegeben, dass sich der Gesundheitszustand ihrer Tochter etwas verschlechtert habe und für 2018 daher mit geringeren Einnahmen aus der selbständigen Tätigkeit zu rechnen sei. Die Bürgerbeauftragte regte deswegen an, eine möglichst genaue Prognose für 2018 zu erstellen und insbesondere anzugeben, in welchen Monaten kein oder nur sehr wenig Einkommen erzielt werden würde (z. B. in den Urlaubsmonaten[199]). Schließlich bestätigte ein Arzt, dass die Tochter rückwirkend ab Februar 2018 auf Betreuungsleistungen durch die Eltern angewiesen sei. Dadurch konnte ab diesem Zeitpunkt ein höherer Bedarf geltend gemacht werden.

Im Ergebnis gelang es nachzuweisen, dass für fünf Monate im Jahr 2016 der Bedarf der Tochter nicht durch deren Einkommen gedeckt war. Die Rückforderung fiel daher entsprechend geringer aus. Außerdem wurde rückwirkend ab Januar 2018 laufend Kindergeld bewilligt, weil glaubhaft gemacht wurde, dass das erwartete Einkommen aus der Selbständigkeit die gestiegenen Bedarfe nicht vollständig werde decken können. (1117/2018)

[198] Kann ein behindertes Kind nicht allein verreisen und muss daher während der Reise betreut werden, können die Reisekosten der Bereuungsperson als Bedarf angesetzt werden.
[199] Der Verkauf der Waren und der Zufluss des Verkaufspreises lagen in aller Regel zeitlich eng zusammen, so dass die Höhe der monatlichen Einkünfte aus der Selbständigkeit gut zu steuern war.

Fall 19
Kindergeld

Kein Schaden verursacht – trotzdem hart bestraft!

Eine Petentin wandte sich an die Bürgerbeauftragte und bat dringend um Hilfe, weil sie sich einer Rückforderung von Kindergeld in Höhe von 26.232,00 € gegenüber sah. Da sie SGB II-Leistungen erhielt, wusste sie nicht, wie sie die Schuld auch nur ansatzweise begleichen sollte.

Die Rückforderung hatte folgenden Hintergrund: Die Petentin bezog zusammen mit ihrem damaligen Mann und ihren zwei Kindern ab April 2012 SGB II-Leistungen. Zu Beginn des Sommers 2012 fuhr dann der Mann mit den beiden Kindern zu seinen Eltern nach Ägypten in den Urlaub. Sie kehrten nie wieder zurück. Die Petentin geht davon aus, dass sich die Kinder nach wie vor in Ägypten befinden. Die Hintergründe konnten bis heute nicht aufgeklärt werden, weil die Suche nach den Kindern bisher erfolglos blieb.

Die Petentin teilte Ende des Sommers 2012 dem Jobcenter den Sachverhalt mit und meldete ihre Kinder auch beim Einwohnermeldeamt ab. Leider informierte sie die Familienkasse nicht. Die Mutter dachte, dass das Jobcenter dies tun würde. Sie ging davon aus, dass sich beide Behörden gegenseitig informieren würden, weil beide zur Bundesagentur für Arbeit gehören.

Die Familienkasse zahlte dann weiterhin Kindergeld. Das Jobcenter wiederum rechnete das Kindergeld als Einkommen bei der Petentin an, obwohl es wusste, dass die Kinder nicht mehr zur Bedarfsgemeinschaft gehörten. Die SGB II-Leistungen fielen somit entsprechend geringer aus, einen finanziellen Vorteil für die Petentin gab es also nicht. Der Petentin waren die rechtlichen Zusammenhänge beider Leistungen im Detail auch nicht bekannt. Sie konnte aber erkennen, dass sie nicht zu viel Geld vom Staat erhielt und glaubte daher, dass alles in Ordnung sei. Dies war jedoch ein fataler Irrtum.

In den Folgejahren lernte die Petentin einen neuen Partner kennen, mit dem sie dann zusammenzog und ein Kind bekam. Die neue Familie bezog wiederum SGB II-Leistungen. Bei einem Datenabgleich fiel der Familienkasse Anfang 2018 auf, dass die beiden ersten Kinder nicht mehr im Haushalt der Petentin leben. Sie leitete ein Überprüfungsverfahren ein, das schließlich mit der Rückforderung des Kindergeldes in Höhe von 26.232,00 € endete.

Die Petentin stellte dann Überprüfungsträge[200] beim Jobcenter, weil sie hoffte, dass dieses die Rückforderung teilweise ausgleichen würde. Hätte sie nämlich kein Kindergeld erhalten, hätte dieses nicht angerechnet werden können und die SGB II-Leistungen wären entsprechend höher ausgefallen. Die Rechtsprechung[201] zu dieser Fallkonstellation ist jedoch eindeutig: Eine Neuberechnung des ALG II-Anspruches kann nicht durchgesetzt werden, weil das Kindergeld seinerzeit tatsächlich zur Deckung des Lebensunterhaltes zur Verfügung stand. Maßgeblich ist hier das sog. „Zuflussprinzip“. Das Jobcenter gab daher den Überprüfungs-

[200] Die Überprüfungsanträge konnten nur für Bescheide ab 2014 gestellt werden, nicht aber für Bescheide ab 2012, weil ein Überprüfungsantrag nur vier Jahre zurückwirkt (vgl. § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB X).

[201] Vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 24. April 2013, Az. L 6 AS 376/11; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 5. Dezember 2013, Az. L 6 AS 926/13 B.

anträgen nicht statt. Der weitere Rechtsweg wurde mangels hinreichender Erfolgsaussichten nicht beschritten.

In der Zwischenzeit leitete die Familienkasse ein steuerstrafrechtliches Ermittlungsverfahren ein. Sie prüfte, ob sich die Petentin wegen Steuerhinterziehung[202] strafbar gemacht hatte. Unzweifelhaft stand nämlich fest, dass die Petentin ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen war. Sie hätte jede Änderung in den Verhältnissen unverzüglich gegenüber der Familienkasse anzeigen müssen. Wegen der besonderen Umstände des Falles wollte man das Verfahren aber gegen eine Geldauflage von 2.000,00 € zugunsten der Forderungssumme einstellen, zahlbar bis zum 31. Dezember 2018. Hierzu musste die Familienkasse zunächst die Zustimmung der Petentin und danach die Zustimmung des Amtsgerichts Flensburg einholen.

Die Petentin konnte allerdings ihre Zustimmung nicht geben, weil sie bis zum 31. Dezember 2018[203] die 2.000 € nicht zahlen konnte. Sie bezog immer noch SGB II-Leistungen, hatte keine Vermögensreserven und zahlte bereits monatliche Raten in Höhe von 50,00 €, um Mietschulden zu begleichen. Auch konnte sie sich das Geld weder bei ihrer Familie, Freunden oder gar einer Bank leihen. Sie fragte deswegen bei der Familienkasse nach, ob eine längere Ratenzahlung möglich sei. Dies lehnte die Familienkasse jedoch ab und leitete den Fall schließlich an das Amtsgericht Flensburg weiter, welches einen Strafbefehl erließ. Festgesetzt wurde eine Geldstrafe von 200 Tagessätzen je 8,00 €, ersatzweise 200 Tage Freiheitsstrafe, falls die Geldstrafe nicht gezahlt werde. Zugleich wurde der Petentin eingeräumt, den Gesamtbetrag von 1.600,00 € in monatlichen Raten von 100,00 € zu bezahlen. Die Petentin willigte ein und verzichtete auf Rechtsmittel.

Die Familienkasse hatte dann zum Ende des Jahres die Forderung an den Inkassoservice der Bundesagentur für Arbeit abgegeben, der nun versuchte, das Geld einzutreiben. Wegen der monatlich anfallenden Säumniszuschläge in Höhe von einem 1,00 % war die Forderung inzwischen auf die Summe von 27.804,00 € gestiegen. Der Petentin wurde von der Bürgerbeauftragten dringend empfohlen, einen Termin mit einer Schuldnerberatung zu vereinbaren, um ein Privatinsolvenzverfahren einzuleiten. Mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel war es praktisch ausgeschlossen, dass sie die ständig steigende Forderung jemals würde bezahlen können.

Das Ergebnis entspricht zwar der aktuellen Rechtslage, trifft die Petentin nach Ansicht der Bürgerbeauftragten aber zu hart. Der Tatsache, dass dem Staat kein finanzieller Schaden entstanden war, konnte nur wenig Beachtung geschenkt werden. Die Bürgerbeauftragte regt daher eine Gesetzesänderung an, wonach die Familienkasse in solchen Fällen auf eine Rückforderung verzichten muss. Die

[202] Kindergeld stellt nämlich eine Steuerrückvergütung nach dem EStG dar; folglich begeht Steuerhinterziehung, wer eine zu hohe Rückvergütung erhält und dies verschuldet hat. Anzumerken ist, dass bei SGB II-Leistungsbeziehenden kaum von Rückvergütung gesprochen werden kann, weil dieser Personenkreis in aller Regel gar keine Steuern zahlt.

[203] Der Vorschlag wurde Anfang August 2018 unterbreitet.

betreffenden Leistungen könnten dann zwischen den Behörden ausgeglichen werden, ohne die Betroffenen selbst zur Zahlung zu verpflichten.[204] (1593/2018)

[204] Siehe auch Anregungen und Vorschläge, S. 20 f.

Fall 20
Kinderzuschlag

Welche Miete ist zu berücksichtigen?

Die Ablehnung ihres Überprüfungsantrages[205] veranlasste eine Petentin, die Bürgerbeauftragte einzuschalten. Mit dem Überprüfungsantrag sollte geklärt werden, ob die Höhe der Rückforderungen von Kinderzuschlag in den Monaten März 2017 bis Januar 2018 korrekt berechnet worden war. Der Petentin war nämlich erst nach Ablauf der Widerspruchsfristen der einzelnen Bescheide aufgefallen, dass ab März 2017 bei der Bedarfsberechnung nicht mehr die tatsächliche Bruttokaltmiete, sondern nur noch der niedrigere Mietrichtwert für die Bruttokaltmiete[206] berücksichtigt worden war. Dadurch ergab sich nach den Berechnungen der Familienkasse, dass der Bedarf in den fraglichen Monaten durch das vorhandene Einkommen gedeckt werden konnte. In der Folge bestand kein oder nur ein geringerer Anspruch auf Kinderzuschlag.

Obwohl die Petentin den Grund für die Überprüfung angegeben hatte, lehnte die Familienkasse eine tiefere Prüfung ab, da weder aus dem Vorbringen der Petentin noch aus den vorhandenen Unterlagen Anhaltspunkte erkennbar seien, die auf Fehler in den Entscheidungen hindeuten würden.[207]

Die Bürgerbeauftragte prüfte zunächst, ob in einem früheren Bescheid ein Hinweis enthalten war, dass ab März 2017 nur noch der Mietrichtwert für die Bedarfsberechnung angesetzt werden würde. In der Tat fand sich ein solcher Hinweis im Bewilligungsbescheid vom 10. Oktober 2016. Dort hieß es unter anderem, dass nach Ablauf von sechs Monaten nur noch die angemessenen Kosten für die Unterkunft[208] der Bedarfsberechnung zugrunde gelegt werden. Da die Sechsmonatsfrist am 1. Oktober begonnen hatte, stand zumindest fest, dass die Höhe der Leistung für den März 2017 nicht korrekt berechnet worden war. Selbst wenn man der Ansicht der Familienkasse folgte, hätten erst ab April 2017 die angemessenen Kosten für die Unterkunft berücksichtigt werden dürfen. Die Familienkasse berechnete den Leistungsanspruch für März 2017 daher neu, blieb aber im Übrigen bei Ihrer Ansicht und lehnte eine weitere Korrektur ab. Hierbei verwies sie auch auf ihre Dienstanweisung zum Kinderzuschlag, in der sinngemäß bestimmt ist, dass bei Erstanträgen für sechs Monate die tatsächlichen Kosten für die Unterkunft zu berücksichtigen sind und ab dem siebten Monat regelmäßig nur noch die angemessenen Kosten.[209]

Die Bürgerbeauftragte nahm dies zum Anlass, umfassend zum Berechnungsverfahren Stellung zu beziehen: Der für die Berechnung des Leistungsanspruches maßgebenden Norm ist zunächst kein Hinweis zu entnehmen, wie der Bedarf zu berechnen ist (vgl. § 6a BKGG). Diese verweist vielmehr an zahlreichen Stellen ins SGB II und erklärt dessen Vorschriften für entsprechend anwendbar. Im SGB II ist bestimmt, dass die tatsächlichen Aufwendungen für die Unterkunft und Heizung in der Regel für sechs Monate übernommen werden

[205] Ein Überprüfungsantrag nach § 44 Abs. 1 SGB X kommt im Sozialrecht in Betracht, wenn man erst nach Ablauf von Widerspruchs- oder Klagefrist Zweifel an der Korrektheit einer Entscheidung hat.
[206] Die Familienkasse hatte hier auf den Mietrichtwert des Jobcenters Ostholstein zurückgegriffen.
[207] Eine häufige Argumentation von Sozialbehörden, wenn sie sich nicht näher mit Grundsatzfragen auseinandersetzen wollen.
[208] Die angemessenen Kosten für die Unterkunft werden durch die Mietrichtwerte der Jobcenter abgebildet.
[209] DA-KiZ 106a. 140 (7).

können, wenn diese einen angemessenen Umfang übersteigen sollten (§ 22 Abs. 1 Satz 3 SGB II). Die Angemessenheit wird durch Mietricht- und Heizrichtwerte der SGB II-Träger definiert, die aber nur einen Orientierungsmaßstab bilden. Sollen nur noch die angemessenen Kosten anerkannt werden, setzt dies im SGB II zwingend ein Kostensenkungsverfahren voraus. In einem solchen Verfahren haben die Betroffenen dann die Möglichkeit, ihre Argumente (z. B. Behinderung, Alter, soziales Umfeld, Pflege von Angehörigen in räumlicher Nähe) vorzutragen, die für die weitere Anerkennung der tatsächlichen Miete sprechen. Hierzu gehört natürlich auch das Argument, dass anmietbarer Wohnraum zum Richtwert gar nicht zur Verfügung steht. Diese Argumentationsmöglichkeiten schneidet die Familienkasse durch ihr Vorgehen vollständig ab. Sie führt nämlich keine Kostensenkungsverfahren durch, sondern gibt pauschal den Hinweis, dass nach sechs Monaten nur noch die angemessenen Kosten berücksichtigt werden, wobei sie diese nicht einmal beziffert. Im Ergebnis werden die Bezieher*innen von Kinderzuschlag schlechter gestellt als die Bezieher*innen von SGB II-Leistungen.

Die Vorgehensweise der Familienkasse führt auch zu bedenklichen Ergebnissen. So wird Kinderzuschlag abgelehnt, weil ab dem siebten Monat plötzlich der Bedarf gedeckt ist. Die Betroffenen können dann aber erfolgreich einen Antrag auf SGB II-Leistungen stellen, weil das Jobcenter zumindest für sechs Monate bei der Bedarfsberechnung die tatsächlichen Kosten zugrunde legen wird, da ein Kostensenkungsverfahren bisher nicht durchgeführt wurde. Dies ist den Bürger*innen kaum noch zu vermitteln.

Zudem bedeutet das Vorgehen der Familienkasse, dass sie laufend über Änderungen bei den Mietrichtwerten von den Jobcentern informiert werden muss, was eine weitere Fehlerquelle bedeuten kann. Auch im vorliegenden Fall wurde monatelang mit einem zu niedrigen Mietrichtwert gerechnet, weil der neue Mietrichtwert der Familienkasse zunächst nicht bekannt war. Auf das Ergebnis wirkte sich dieser Fehler im Fall aber nicht aus.

Auf den ersten Blick schien ein Urteil des BSG[210] für Klärung der Streitfrage zu sorgen. In dessen Leitsatz heißt es nämlich pauschal, dass bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen beim Kinderzuschlag die tatsächlichen Kosten für Unterkunft zu berücksichtigen sind. Leider lag diesem Urteil allein ein Streit über die Berechnung der Bemessungsgrenze zugrunde. Diese Grenze setzt sich aus den Regelbedarfen und Mehrbedarfen der Eltern sowie deren prozentualem Anteil[211] an den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Wird sie überschritten, wird der zustehende Kinderzuschlag anteilig gekürzt, und zwar für jede Überschreitung um volle 10,00 € um den Betrag von 5,00 €. Die Familienkasse wollte das Urteil daher nicht für die komplette Anspruchsberechnung anwenden. Es stellt sich aber die Frage, ob der Leitsatz nicht doch mit Bedacht gewählt war. Denn wiederum ist es den Betroffenen kaum zu erklären, wenn bei der

[210] Urteil vom 14. März 2012, Az.: B 14 KG 1/11 R.
[211] Anders als im SGB II erfolgt beim Kinderzuschlag keine Aufteilung der Kosten für Unterkunft und Heizung nach Köpfen. Den prozentualen Anteil bestimmt das Bundesfamilienministerium.

Berechnung des Kinderzuschlags bei einer Teilrechnung immer die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Heizung zu berücksichtigen sind, bei einer anderen Teilrechnung aber nach sechs Monaten nur noch die angemessenen Kosten. Letztendlich blieb die Familienkasse bei ihrer Entscheidung, gab aber an, dass sich die Bundesagentur für Arbeit mit dem Familienministerium in Abstimmungsgesprächen zur weiteren Reform des Kinderzuschlags befände und man daher die Dienstanweisung erst nach Vorliegen der Ergebnisse anpassen wolle.

Die Betroffene hatte sodann – erwartungsgemäß – erfolglos Widerspruch eingelegt und schließlich eine Klage beim Sozialgericht eingereicht, über die noch nicht entschieden wurde.

Abschließend bleibt anzumerken, dass die Reform des Kinderzuschlags Fahrt aufgenommen hat. Nach den Plänen der Bundesregierung sollen als monatliche Bedarfe für Unterkunft und Heizung bei Mietverhältnissen die laufenden Bedarfe für den ersten Monat des Bewilligungszeitraumes zugrunde gelegt werden.[212] Dies spricht eher dafür, dass sich die von der Bürgerbeauftragten vertretene Ansicht durchsetzen wird, zumal sich die Reformvorschläge insgesamt dadurch auszeichnen, dass sie den Kreis der Anspruchsberechtigten erweitern wollen. (2252/2018)

[212] Art. 1 Nr. 3 des Gesetzesentwurfes der Bundesregierung vom 1. Februar 2019 für ein Gesetz zur zielgenauen Stärkung von Familien und ihren Kindern durch die Neugestaltung des Kinderzuschlags und die Verbesserung der Leistungen für Bildung und Teilhabe (Starke-Familien-Gesetz – StaFamG), BT-Drs. 19/7503.

06

Statistiken

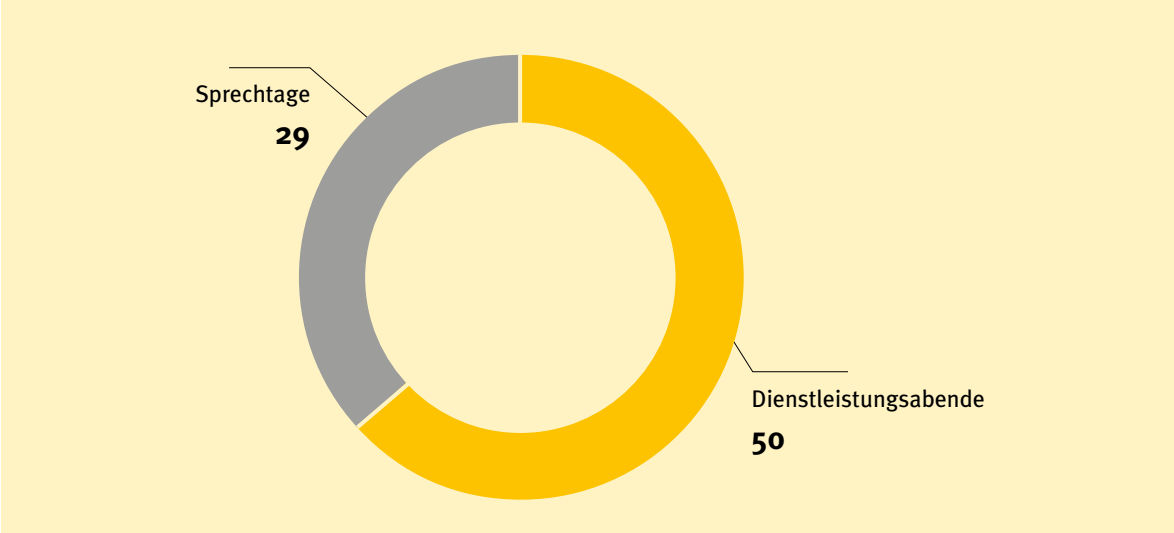
6.1
Anzahl der Gesamtneueingaben
mit Angaben/Darstellung zur Verteilung auf die verschiedenen Sachgebiete

	2018 absolut	2018 %
Arbeitsförderung	151	4,6
Grundsicherung für Arbeitsuchende	814	24,9
Kindergeld/Kinderzuschlag	157	4,8
Krankenversicherung	543	16,6
Rentenversicherung	230	7,0
Recht der Rehabilitation und Teilhabe	233	7,1
Sozialhilfe	373	11,4
Sonstige Rechtsgebiete	512	15,7
Unzulässige Eingaben	259	7,9
Gesamt	**3.272**	**100,0**

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

	2016 absolut	2017 absolut	2018 absolut
Arbeitsförderung	153	159	151
Grundsicherung für Arbeitsuchende	876	870	814
Kindergeld/Kinderzuschlag	133	136	157
Krankenversicherung	450	577	543
Rentenversicherung	226	229	230
Recht der Rehabilitation und Teilhabe	277	267	233
Sozialhilfe	423	406	373
Sonstige Rechtsgebiete	523	585	512
Unzulässige Eingaben	262	248	259
Gesamt	**3.323**	**3.477**	**3.272**

6.3
Sprechtage und Dienstleistungsabende



6.4
Eingaben nach Schwerpunkt der Beratung

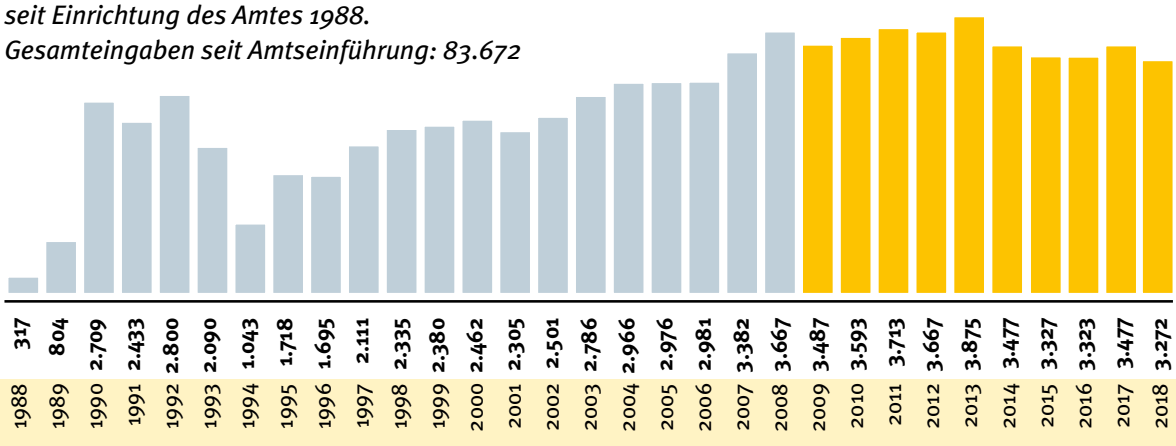
	2016 absolut	2016%	2017 absolut	2017 %	2018 absolut	2018 %
schriftlich (inkl. elektronisch)	582	17,5	522	15,0	507	15,5
persönlich	332	10,0	358	10,3	280	8,6
telefonisch	2.409	72,5	2.597	74,7	2485	75,9

6.5
Eingaben nach Petent*innen

	2016 absolut	2016 %	2017 absolut	2017 %	2018 absolut	2018 %
männlich	1.170	35,2	1.248	35,9	1.207	36,9
weiblich	2.124	63,9	2.200	63,3	2.045	62,5
Trans/Ident	–	–	1	–	–	–
Petentengruppe (min. 3 Personen)	29	0,9	28	0,8	20	0,6
Gesamt	**3.323**		**3.477**		**3.272**	

6.6

Entwicklung der absoluten jährlichen Eingabenzahlen 2009 bis 2018
und Angabe zur Gesamtanzahl der jährlichen Neueingaben seit Einrichtung des Amtes 1988.
Gesamteingaben seit Amtseinführung: 83.672

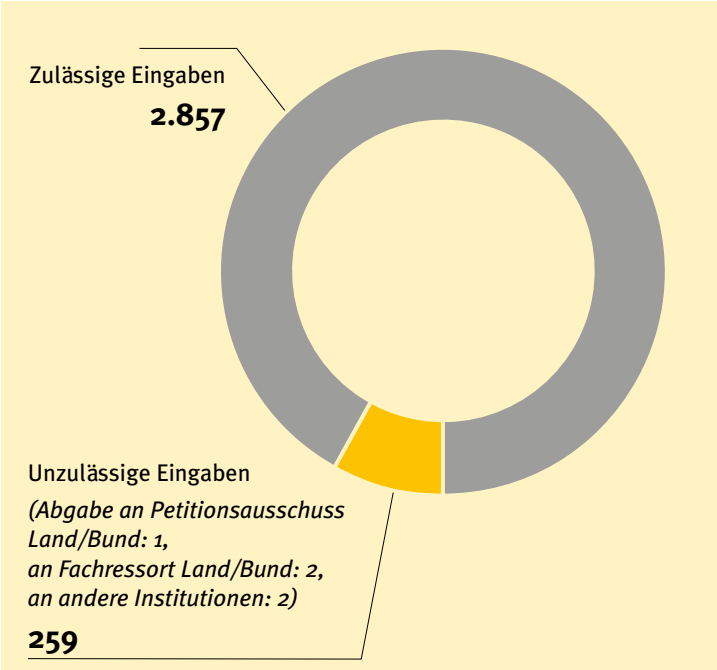


6.7
Abschließend bearbeitete Eingaben im Berichtsjahr mit Erledigungsart

6.7.1
Abschließend bearbeitete Eingaben differenziert nach zulässig/unzulässig

Zu bearbeitende Eingaben:
3.272 + Resteingaben Vorjahr (102) = 3.374

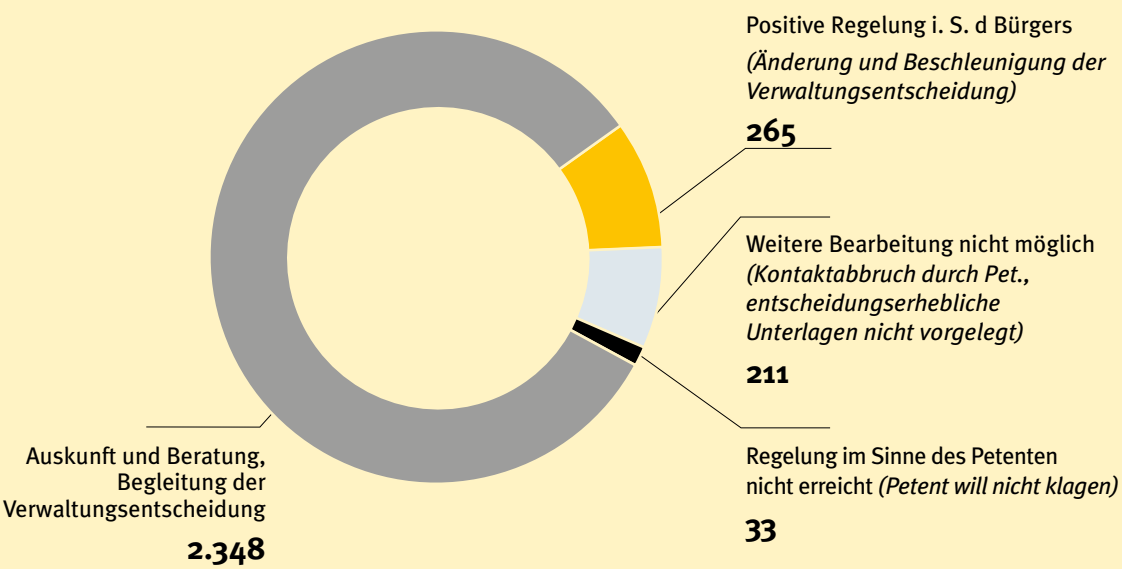
Im Berichtsjahr 2018:
3.116 erledigte Eingaben (100 %)



6.7.2

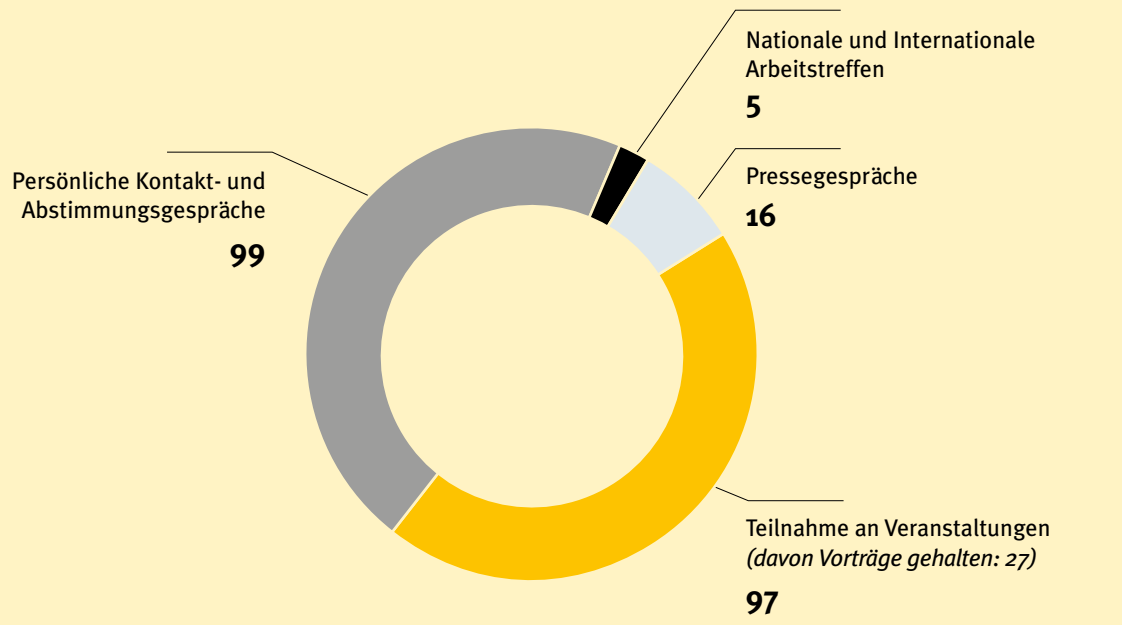
Abschließend bearbeitete zulässige Eingaben differenziert nach Erledigungsart

Zulässige Eingaben 2018: 2.857 (100%)



6.8

Öffentlichkeitsarbeit



07

Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der parlamentarisch gewählten Bürgerbeauftragten

Anregungen aus der Beratungspraxis der Bürgerbeauftragten zu Problemen im Krankenversicherungsrecht

1. Beitragsschulden und Notversorgung:

Rechtslage: Der Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, sobald Versicherte einen Betrag von zwei Monatsbeiträgen nicht gezahlt haben (§ 16 Abs. 3a SGB V). Versicherte können dann ihre elektronische Gesundheitskarte nicht mehr nutzen und haben lediglich noch Anspruch auf die sog. „Notversorgung". Diese umfasst ausschließlich Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind, Untersuchungen zur Früherkennung von einigen schwerwiegenden Krankheiten (z. B. Krebserkrankungen) und Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft notwendig sind. Die Betroffenen haben erst dann wieder Ansprüche auf weitere Leistungen, wenn neben den fälligen Beiträgen auch alle Beitragsrückstände gezahlt sind. Ferner, wenn die Versicherten hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden oder eine wirksame Ratenzahlung vereinbart wird und die Ratenzahlung zuverlässig erfolgt.

Problem: Ursache für Beitragsrückstände ist häufig nicht, dass Versicherte nicht zahlen wollen. Schulden entstehen oft, weil die geforderte Beitragshöhe nicht den tatsächlichen Einkünften der Versicherten entspricht und eine Finanzierung daher schlicht unmöglich ist. Am häufigsten betroffen sind hauptberuflich Selbständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Für diese wird ein fiktives monatliches Einkommen als Berechnungsgrundlage angesetzt, das den tatsächlichen Einkünften oft nicht entspricht (siehe dazu 2.). Neben Fragen der (rückwirkenden) Berechnung der Beiträge ist regelmäßig der Abschluss einer tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung problematisch Hier fehlt es an einem verbindlichen gesetzlichen Anspruch. Die aktuellen Bestimmungen zu den Möglichkeiten eines Vergleichs, eines (Teil-) Erlasses oder einer Stundung bieten bei Weitem keine ausreichenden Spielräume.

Anregung: Es sollte ein gesetzlich klar geregelter Anspruch auf Abschluss einer angemessenen, für die Versicherten wirtschaftlich tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung statuiert werden. Unmittelbar nach Abschluss der Vereinbarung sollten die Versicherten ihre elektronische Gesundheitskarte wieder einsetzen können. Ferner sollten die Sanktionen für Beitragsrückstände, die eine erhebliche Einschränkung des Versicherungsschutzes – zusätzlich zu den ebenfalls anfallenden Säumniszuschlägen – bedeuten, kritisch geprüft werden. Als verhältnismäßigere Alternative kämen ein Ruhen der Leistungen erst ab Beitragsrückständen für sechs Monate, ein umfassenderer Leistungsanspruch während der „Notversorgung" oder geringere Säumniszuschläge in Betracht.

2. Beitragsgerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung:

Rechtslage: Im Jahr 2018 mussten Selbständige in der Gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge auf der Grundlage eines fiktiven monatlichen Einkommens von 4.425,00 € zahlen; bei Nachweis geringerer Einkünfte wurde ein Einkommen von mindestens 2.283,75 € unterstellt; nur in besonderen Härtefällen, insbesondere für Existenzgründer, die einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit oder Einstiegsgeld erhielten, dienten mindestens 1.522,50 € als Berechnungsgrundlage (vgl. § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Seit dem 1. Januar 2019 wird Selbständigen aufgrund einer Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V infolge des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes nur noch ein fiktives Mindesteinkommen von derzeit 1.038,33 € unterstellt. Auch alle anderen freiwillig Versicherte müssen Beiträge auf der Grundlage dieser Mindestbemessungsgrenze zahlen (vgl. § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Dies entspricht Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen von ca. 190,00 € im Monat.

Problem: Selbständige mit geringen Einkünften mussten bis Ende 2018 – abhängig von den jeweiligen Zusatzbeiträgen der Kassen – ca. 400,00 € im Monat an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen zahlen, selbst in Härtefällen waren es noch ca. 270,00 €. Auch wenn die tatsächlichen Einkünfte der Selbständigen in keinem Verhältnis zu den auf fiktiven Grundlagen errechneten Beiträgen standen, konnten geringere Beiträge nicht durchgesetzt werden. Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V zum 1. Januar 2019 ist für Selbständige daher eine Entlastung. Unter der Mindestbemessungsgrenze leiden jedoch auch nach der Gesetzesänderung noch viele hauptberuflich Selbständige, vor allem aber auch sonstige freiwillige Mitglieder, z. B. 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.

Anregung: Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung. Erforderlich ist jedoch eine noch verhältnismäßigere Beitragsfestsetzung für alle Betroffenen. So sollte die Mindestbeitragsbemessung auf eine Geringfügigkeitsgrenze von 450,00 € monatlich (6.000,00 € jährlich) abgesenkt werden; oberhalb dieser Grenze sollten konkret einkommensbezogene Beiträge in Ansatz gebracht werden.

3. „Krankengeld-Falle“:

Rechtslage: In der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte haben bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (§ 44 SGB V). Der Anspruch entsteht von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung folgt (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Ein lückenloser Krankengeldanspruch ist bei andauernder Arbeitsunfähigkeit nur dann gegeben, wenn die Folgebescheinigung der Ärztin/des Arztes spätestens am Werktag nach Ablauf der vorangegangenen Bescheinigung ausgestellt wird.

Problem: Solange Arbeitsunfähigkeit lückenlos durch Folgebescheinigungen nachgewiesen wird, bleibt die Mitgliedschaft der Versicherten in der Krankenkasse unabhängig vom Fortbestand ihrer Arbeitsverhältnisse erhalten und sie sind durchgehend krankengeldberechtigt (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Versicherte, die während des Krankengeldbezuges ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten jedoch 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. Nach den Plänen der Bundesregierung[213] soll Krankengeld künftig auch dann wieder gezahlt werden, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Während des Zeitraums der „Lücke“ soll der Krankengeldanspruch ruhen; Krankengeld wird dann zwar nicht rückwirkend gewährt, aber ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung.[214]

Anregung: Die geplante Gesetzesänderung wäre ein großer Fortschritt. Die Rechtsfolgen einer häufig unverschuldeten Verspätung sind nach aktueller Rechtslage unverhältnismäßig und existenzbedrohend. Der Krankengeldanspruch sollte daher nicht länger von Zufällen abhängig sein, sondern an die objektive und nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit geknüpft werden. Im Unfallversicherungsrecht (SGB VII) ist dies der Fall: Verletztengeld wird von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird (§ 46 Abs. 1 SGB VII). Zudem ist die Gewährung von Verletztengeld – anders als das Krankengeld – nicht vom Bestand des Arbeitsverhältnisses sowie von einem lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit abhängig. Daher wird primär eine Gesetzesänderung entsprechend der Regelung im Unfallversicherungsrecht angeregt.

Aber auch die von der Bundesregierung geplante Gesetzesänderung könnte die Betroffenen spürbar entlasten. Sie sollte daher schnellstmöglich umgesetzt werden.

[213] Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) der Bundesregierung (Stand: 13. Dezember 2018), Art. 1 Nr. 22.
[214] Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) der Bundesregierung (Stand: 13. Dezember 2018), Art. 1 Nr. 24b).

4. Krankengeld – Streit über weitere Arbeitsunfähigkeit:

Rechtslage: Ein Anspruch auf Krankengeld besteht stets nur für den Zeitraum der jeweiligen ärztlichen Feststellung, z. B. also für ein oder zwei Wochen und nicht für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Bei der Bewilligung von Krankengeld liegt folglich kein „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ vor, sondern eine „Kette“ von Verwaltungsakten, die in unproblematischen Fällen aufeinander folgen. Solange Arbeitsunfähigkeit unstreitig besteht und lückenlos durch Folgebescheinigungen nachgewiesen ist, wird Krankengeld gewährt und die (Pflicht-)Mitgliedschaft der Versicherten in der Krankenversicherung bleibt bestehen (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Problem: Sofern Krankenkassen die Zahlung des Krankengeldes einstellen, weil der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) – entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und meist nach Aktenlage – zu dem Ergebnis gelangt ist, Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr gegeben, führt dies zu erheblichen finanziellen Problemen für die Versicherten. Erheben die Betroffenen Widerspruch gegen die Ablehnung weiterer Krankengeldzahlungen, so hat der Widerspruch zwar grundsätzlich aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 SGG) und der ursprüngliche Bewilligungsbescheid hat vorläufig weiter Bestand. Da Krankengeld jedoch stets nur für den Zeitraum der jeweiligen ärztlichen Feststellung bewilligt wird, können Versicherte durch einen Widerspruch nicht (vorläufig) die weitere Absicherung über den bisher bewilligten Zeitraum hinaus bis zur endgültigen Entscheidung über den Streit erreichen. Die Betroffenen müssen sich in dieser Situation um alternative Sozialleistungen und ihren weiteren Versicherungsschutz kümmern. Dabei wird Arbeitslosengeld I unter Verweis auf die krankheitsbedingt mangelnde Verfügbarkeit der Betroffenen für den Arbeitsmarkt jedoch in der Regel nicht gewährt. Für Ansprüche auf Arbeitslosengeld II erfüllen viele Betroffenen indes die einkommens- und vermögensabhängigen Voraussetzungen nicht.

Anregung: Die Bewilligung von Krankengeld sollte im Wege einer Gesetzesänderung – vergleichbar mit dem Verletztengeld nach § 46 SGB VII – als „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ statuiert werden, der an das objektive (Fort-) Bestehen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit anknüpft. Damit hätte ein Widerspruch gegen die Einstellung aufschiebende Wirkung und das Krankengeld müsste bis zur Entscheidung über die streitige Arbeitsunfähigkeit vorläufig weiter gewährt werden. Für Fälle eines erfolglosen Widerspruchs könnten – statt der Rückzahlungsverpflichtung der Versicherten – Erstattungsansprüche zwischen den für Arbeitslosengeld I und Krankengeld zuständigen Trägern statuiert werden.

5. Krankengeld 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 (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies gilt selbst für Reisen innerhalb der Europäischen Union und sogar dann, wenn der Auslandsaufenthalt der Genesung nicht im Wege steht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten (§ 16 Abs. 4 SGB V).

Problem: Ein verbindlicher gesetzlicher Anspruch auf Zustimmung existiert nicht; die Kassen sind lediglich verpflichtet, bei Anträgen auf Zustimmung ihr Ermessen ordnungsgemäß auszuüben. Ein Auslandsaufenthalt widerspricht dem Genesungsprozess in vielen Fällen gerade nicht. So sind bei psychischen oder rheumatischen Erkrankungen 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. Einerseits widerspricht die Annahme eines höheren Beweiswertes „deutscher“ Atteste zumindest innerhalb der Europäischen Union dem das Unionsrecht prägenden Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung und verstößt gegen Art. 21 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004.[215] 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.

Anregung: Es sollte ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Krankengeld während eines Auslandsaufenthaltes jedenfalls innerhalb des Geltungsbereichs der VO (EG) Nr. 883/2004 – also in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz – statuiert werden. So sollte ein gesetzlicher Anspruch auf Zustimmung zur Auslandsreise bestehen, wenn der Heilprozess 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 den 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.

[215] Vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 06. Juli 2017, Az. L 5 KR 135/16.

6. Berechnung der Zuzahlungsbefreiung:

Rechtslage: Wer im Laufe eines Kalenderjahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht, kann sich von den gesetzlichen Zuzahlungen für Medikamente, Klinikaufenthalte, Fahrtkosten etc. von der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken ist es 1 % (§ 62 Abs. 1 SGB V). Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Problem: Die Berechnung ist für viele Versicherte, die von ihrem Einkommen erhebliche Ausgaben zu finanzieren haben, unverhältnismäßig. So wird bei der Berechnung der Zuzahlungsgrenze z. B. nicht berücksichtigt, wenn pflegebedürftige Versicherte oder deren Familienangehörige nahezu ihr gesamtes Einkommen für ein Pflegeheim einsetzen. Betroffen sind ebenfalls Menschen, die in Altenheimen, Pflegeheimen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen leben, und lediglich ein sog. „Taschengeld“ im Sinne des § 27b SGB XII (aktuell in der Regel 114,48 € pro Monat) zur Verfügung haben. Für diese Personengruppe berechnet sich die Zuzahlungsgrenze auf der Grundlage des deutlich höheren Regelbedarfs nach dem SGB XII (aktuell 424,00 € für Alleinstehende) und nicht nach dem „Taschengeld“, das den Betroffenen tatsächlich zur Verfügung steht.

Anregung: Eine verhältnismäßige Beteiligung an Leistungen der Krankenkassen kann Versicherten grundsätzlich zugemutet werden. Auch ist die Berechnung der Zuzahlungsgrenze anhand der Brutto-Einkünfte generell pragmatisch und nachvollziehbar. § 62 SGB V sollte jedoch um eine Regelung ergänzt werden, wonach in besonderen Härtefällen von der Berechnung abgewichen werden kann. Dies könnte für die dargestellten „Taschengeld-Fälle“ auch eine vollständige Zuzahlungsbefreiung bedeuten.

7. Fahrtkostenübernahme für ambulante Therapie- und Behandlungstermine:

Rechtslage: Krankenkassen übernehmen Kosten für Fahrten zu ambulanten Therapie-, Behandlungs- und Untersuchungsterminen nur in wenigen Ausnahmefällen (§ 60 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Privilegiert sind danach Fahrten mit einer erforderlichen medizinischen Versorgung. Ferner werden Fahrtkosten übernommen, wenn durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Im Übrigen erfolgt eine Fahrtkostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien festgelegt hat. Die Richtlinie erweitert die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme im Wesentlichen um Fahrten zu einer ambulanten Operation nebst Vor- oder Nachbehandlung, Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie. Für schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen „H“ (Hilflosigkeit), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) sowie „Bl“ (Blindheit) und besonders pflegebedürftige Personen schließlich gilt diese Genehmigung als erteilt (§ 60 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Problem: In nahezu allen anderen Konstellationen sind Krankenkassen demnach nicht verpflichtet, Fahrtkosten zu übernehmen. Dies führt gerade in ländlichen Gebieten häufig dazu, dass an sich dringend erforderliche Behandlungen nicht durchgeführt werden können, da in der Regel auch keine Kostenübernahme durch andere Sozialträger erfolgt. Problematisch sind insbesondere psychotherapeutische und psychologische Behandlungen, die üblicherweise langfristig und regelmäßig erfolgen müssen. Vor allem Versicherte, die auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II bzw. dem SGB XII angewiesen sind, können daher mangels Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse die ärztlich verordneten Behandlungen und Therapien häufig nicht antreten. Kosten für die Gesundheitspflege sind im aktuellen Regelbedarf nach dem SGB II/SGB XII für alleinstehende Erwachsene mit 15,81 € pro Monat festgesetzt, §§ 5, 7 RBEG. Zwar haben Leistungsberechtigte einen Anspruch auf Mehrbedarf, „soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht“ (§ 21 Abs. 6 SGB II) und es „können Leistungen in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen“ (§ 73 SGB XII). Damit bestehen sowohl für Leistungsberechtigte nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII theoretisch Ansprüche auf zusätzliche Leistungen für Fahrtkosten. In der Praxis werden Anträge jedoch regelmäßig und oft zulässigerweise von den zuständigen Sozialträgern abgelehnt. Dies wird zum Beispiel damit begründet, dass es den Leistungsberechtigten obliege, vorrangig bei anderen Sozialleistungsträgern Leistungen zu beantragen. Daher müssen Betroffene zunächst ein Antragsverfahren bei der für medizinische und therapeutische Leistungen grundsätzlich zuständigen Krankenversicherung durchführen und gegen ablehnende Entscheidungen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen vorgehen. Alternativ verweisen die zuständigen Träger häufig darauf, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend seien. Bestehe nach dem SGB V kein Anspruch, so könne auch kein Anspruch nach dem SGB II bzw. SGB XII bestehen.

Anregung: Es sollte ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und SGB XII explizit gesetzlich statuiert werden, sofern die Krankenkassen Behandlungs-

bzw. Therapiekosten übernehmen, nicht jedoch die Fahrtkosten. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht grundsätzlich keine einkommens- und vermögensabhängigen Leistungsansprüche vor und ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme für alle gesetzlich Krankenversicherten ist nicht geboten. Eigene finanzielle Mittel aufzubringen, kann in angemessenem Umfang zumutbar sein. Es ist jedoch eine eindeutige Regelung im SGB II und SGB XII für Personen erforderlich, die auf Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind, mithin Fahrtkosten zu erforderlichen medizinischen und therapeutischen Behandlungen nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Dies würde die geltende Rechtslage im Wesentlichen konkretisieren und entsprechende Verfahren vereinfachen. Ferner ist gesetzlich sicherzustellen, dass Betroffene bei eindeutiger Rechtslage nicht zunächst erfolglos ein – aussichtsloses – Antrags- und Widerspruchsverfahren gegen ihre Krankenkasse durchführen müssen.

8. Schulbegleitung und häusliche Krankenpflege:

Rechtslage: Schülerinnen und Schüler mit einer Behinderung und gesundheitlichen Problemen benötigen häufig Unterstützung, um die Schule besuchen oder an einer Klassenfahrt teilnehmen zu können. Als Kostenträger kommt einerseits die Eingliederungshilfe in Betracht (§§ 53 ff. SGB XII), andererseits die Krankenkasse im Rahmen der sog. Behandlungssicherungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe als medizinische Rehabilitation und Behandlungssicherungspflege hat nach der Zielrichtung der Leistung zu erfolgen: Dient die Leistung der Bewältigung von Anforderungen des Schulalltags, ist der Bedarf der Eingliederungshilfe zuzuordnen; handelt es sich um die Notwendigkeit, die körperliche Situation zu beobachten und ggf. in medizinisch-pflegerischer Hinsicht zu intervenieren, so handelt es sich um Sicherungspflege.

Problem: Die Feststellung der Zuständigkeit ist in vielen Fällen nicht eindeutig, so dass es regelmäßig zu Zuständigkeitskonflikten zwischen den potentiellen Trägern kommt, die auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen werden. Dies widerspricht evident dem gesamtgesellschaftlichen Auftrag, Inklusion zu ermöglichen. Häufig sind in der Folge für einen längeren Zeitraum der Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt nicht möglich, da die Klärung der Zuständigkeit zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Das in § 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB IX vorgesehene Procedere wird in der Praxis regelmäßig nicht richtig umgesetzt. 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 insgesamt zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Der zweitangegangene Träger kann innerhalb enger Grenzen erneut weiterleiten (§ 14 Abs. 3 SGB IX, sog. „Turboklärung“), anderenfalls ist er 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. Eine Pflicht zur Kostenerstattung zwischen den Trägern ist ebenfalls gesetzlich geregelt. Tatsächlich wird jedoch häufig bereits die Pflicht zur Weiterleitung missachtet oder nach Weiterleitung keine umfassende Prüfung und Entscheidung auf der Grundlage aller potentiellen Ansprüche durchgeführt. Zudem bereitet das – nach einer Gesetzesänderung zum 1. Januar 2018 noch kompliziertere – Procedere bei der Anwendung des § 14 SGB IX den Bürgerbeauftragten Sorgen. Jedenfalls wurde infolge der Gesetzesänderung das Grundproblem nicht behoben, sondern eher verschärft – die Norm wurde und wird in der Praxis regelmäßig falsch oder gar nicht angewendet.

Anregung: Vor allem fehlt es häufig an einer unbürokratischen Kommunikation der beteiligten Rehabilitationsträger. Der erstangegangene Träger sollte in derartigen Kollisionsfällen von sich aus Kontakt zum möglichen weiteren Träger aufnehmen und „hinter den Kulissen“ die Zuständigkeit sowie eine mögliche (teilweise) Kostenerstattung klären. Die betroffenen Familien sollten zudem die Möglichkeit erhalten, in Fällen dieser Art auf pragmatische Weise Kontakt zum jeweils anderen Träger aufnehmen und eine anteilige Kostentragung unbürokratisch vereinbaren zu können. Insbesondere die Träger der Eingliederungshilfe müssen einerseits verantwortungsvoller mit ihrem gesetzlichen Auftrag aus

§§ 53 ff. SGB XII umgehen, wonach es vorrangiges Ziel der Eingliederungshilfe ist, den Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt zu ermöglichen. Andererseits werden sie angesichts erheblicher Defizite aufgefordert, ihrer umfassenden Pflicht zur Beratung und auch Betreuung1 der Betroffenen nachzukommen. § 14 SGB IX sollte insgesamt reformiert werden, um ein pragmatisches Procedere zu gewährleisten; jedenfalls sollte diskutiert werden, ob die mit Gesetzesänderung zum 01.01.2018 eingeführte „Teil-Weiterleitung" aufzuheben ist. Schließlich sollte über eine gesetzliche Genehmigungsfiktion – vergleichbar mit § 13 Abs. 3a SGB V – nachgedacht werden, wonach Familien einen Anspruch auf die beantragte Unterstützung haben könnten, wenn über ihren Antrag nicht innerhalb einer verhältnismäßigen Frist abschließend entschieden worden ist.

für Baden-Württemberg: **Volker Schindler**
für Mecklenburg-Vorpommern: **Matthias Crone**
für Rheinland-Pfalz: **Barbara Schleicher-Rothmund**
für Schleswig-Holstein: **Samiah El Samadoni**
für Thüringen: **Dr. Kurt Herzberg**

08

Geschäftsverteilungsplan (Stand 31. Dezember 2018)

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten und Beauftragte für die Landespolizei			
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Bürgerbeauftragte	Samiah El Samadoni	B	1230
Stellvertreter der Bürgerbeauftragten	Dennis Bunge	B 1 / ADS	1233
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	Richert
· 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	
Koordinierung Einführung E-Akte	
· Arbeitsförderung · Grundsicherung für Arbeitsuchende · Kindergeld und Kinderzuschlag	

Referat B 1	Petitionsbearbeitung, Grundsatzangelegenheiten der Dienststelle, Büroleitung		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referatsleitung	Dennis Bunge	B 1	1233
Vertretung	Christian Nowak	B 13	1234
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Franziska Rüst	B 11	1279
	Christine Mohr	B 12	1237
	Christian Nowak	B 13	1234
	Josephine Trier	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
	Kay Sellmer	B 22	1246

Aufgaben	Bearbeitung
· Grundsatzfragen · 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	Bunge
· Öffentlichkeitsarbeit	Bunge /Bolduan
· Internet-Redaktion/gestalterische Konzeption · Organisation von Veranstaltungen (Fachtagungen, Foren, Ausstellungen) · Erstellen von Informationsmaterial und Dokumentationen · Organisation von Außenterminen · Haushaltsangelegenheiten · Liegenschaftsangelegenheiten	Bolduan
· Administrator VIS · Anmeldung · Assistenz- und Schreibdienst · Bürgertelefon · Dokumentation · Materialbeschaffung · Registratur · Statistik	Sieveke
· Assistenz- und Schreibdienst · Sekretariat · Innerer Dienstbetrieb	Bluhm / Schuchardt

Arbeitsbereich B 11	Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referentin	Franziska Rüst	B 11	1279
Vertretung	Johanna Heiser	B 21	1249

Aufgaben	Bearbeitung
· Sozialhilfe, insbesondere Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Eingliederungshilfe	Rüst
· Asylbewerberleistungsgesetz	
· Bundesteilhabegesetz	
· Grundsatzangelegenheiten Asylbewerberleistungs- und Bundesteilhabegesetz einschließlich der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Anwendungshilfen	
· Sonstige soziale Angelegenheiten im Zuständigkeitsbereich der kommunalen Selbstverwaltung	
· Soziale Pflegeversicherung	

Arbeitsbereich B 12	Grundsicherung für Arbeitsuchende, BAföG, Unterhaltsvorschuss		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referentin	Christine Mohr	B 12	1237
Vertretung	Josephine Trier	B 14	1235

Aufgaben	Bearbeitung
· Grundsatzfragen SGB II	Mohr
· Grundsicherung für Arbeitsuchende	
· BAföG	
· Unterhaltsvorschuss	

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	Nowak
· Gesetzliche Rentenversicherung	
· Gesetzliche Unfallversicherung	
· Zusatzversorgung der VBL (Betriebsrente)	
· Beihilfen im öffentlichen Dienst im Zuständigkeitsbereich des Landes	

Arbeitsbereich B 14	Grundsicherung für Arbeitsuchende, Soziales Entschädigungsrecht, Schulangelegenheiten		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referentin	Josephine Trier	B 14	1235
Vertretung	Christine Mohr	B 12	1237

Aufgaben	Bearbeitung
· Grundsicherung für Arbeitsuchende	Trier
· Grundsatzfragen SGB II	
· Soziales Entschädigungsrecht	
· Schulangelegenheiten	

Arbeitsbereich B 15	Behinderten- und Schwerbehindertenrecht, Wohngeld, Elterngeld, Rundfunkgebühren		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referentin	Susanne Schroeder	B 15	1238
Vertretung	Christian Nowak	B 13	1234

Aufgaben	Bearbeitung
· Feststellungsverfahren nach dem SGB IX	Schroeder
· Landesblindengeld	
· Befreiung/Ermäßigung Rundfunkbeitrag	
· Elterngeld	
· Wohngeld	
· Parkerleichterungen in Schleswig-Holstein für Menschen mit bestimmten Mobilitätseinschränkungen Behinderten- und Schwerbehindertenrecht	

OKJ	Ombudsstelle für Kinder und Jugendliche		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Koordinierung	Johanna Heiser	B21	1249
Vertretung	Franziska Rüst	B 11	1279
Mitarbeiter/in	Kay Sellmer	B 22	1246
	Irina Rümmeli (TZ)	B 20	1236

Aufgaben	Bearbeitung
· Information und Beratung in der Kinder- und Jugendhilfe	Heiser
· Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit	
· Netzwerkarbeit	
· Zusammenarbeit mit Verbänden, Vereinigungen, Jugendämtern und Einrichtungen	
· Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	
· Koordination der Aufgabenerledigung	
· Kinder- und Jugendhilfe	Heiser / Sellmer
· Kindertagesstättengesetz	
· Assistenz- und Schreibdienst	Rümmeli
· Öffentlichkeitsarbeit	
· Sekretariat	

ADS	Antidiskriminierungsstelle		
	Name	**Kenn-Nr.**	**Telefon**
Referent	Dennis Bunge	ADS	1233
Vertretung	Thomas Richert	BS	1232
Mitarbeiterin	Katharina Bade	ADS 1	1136
	Irina Rümmeli (TZ)	B 20	1236

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

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	Fritzler-Klatt /
· Öffentlichkeitsarbeit	von Petersdorff
· Erstellung des Tätigkeitsberichtes	
· Organisation und Zusammenarbeit mit dem Innenministerium, den Polizeibehörden, Verbänden und sonstigen Einrichtungen	
· Assistenz- und Schreibdienst	Schuchardt /
· Sekretariat	Bluhm

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
BFH	Bundesfinanzhof
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
BüPolBG	Bürger- und Polizeibeauftragten-Gesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BZST	Bundeszentralamt für Steuern
bzw.	beziehungsweise

D	
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DA-KIZ	Dienstanweisung Kinderzuschlag
DVO	Durchführungsverordnung
E	
EKS	Einkommenserklärung bei selbständiger Tätigkeit
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	und so weiter
EU	Europäische Union
EuMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
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 Bundesverbandes 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)
StaFamG	Starke-Familien-Gesetz
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

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten
des Landes Schleswig-Holstein

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