

Anleitung

zum Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe Leistungen in Wohnpflegeheimen

I. Allgemeine Hinweise

Sozialhilfe wird nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuch (**SGB**) Zwölftes Buch (**XII**) - Sozialhilfe - geleistet. Zur Prüfung des Anspruches auf Sozialhilfe ist es erforderlich, dass detaillierte Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gemacht werden, soweit diese im Zusammenhang mit dem Sozialhilfeantrag von Bedeutung sind. Sozialhilfe wird nachrangig geleistet. Nach § 2 SGB XII erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insb. von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass die Fragestellungen recht umfangreich sind.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie die Fragen vollständig beantworten und fügen Sie erbetene Belege im Original oder in beglaubigter Fotokopie bei, um die ansonsten notwendigen Rückfragen und damit verbundene Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen nach **telefonischer Vereinbarung** gern zur Verfügung.

II. Bestandteile des Antrages

Zu dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII gehören:
der achtseitige **Grundantrag GSH**

Die **Anlage M** (Merkblatt über die **Mitwirkungspflichten**, Auszug aus dem Sozialgesetzbuch) erhalten Sie zu Ihrer Information zur Beachtung und zum Verbleib.

Das **Vorblatt GSH** soll Ihnen die Übersendung des Antrages an uns erleichtern und eröffnet Ihnen Raum für weitere Mitteilungen.

III. Zuständigkeit

Für die Bearbeitung von Anträgen auf **Leistungen in Wohnpflegeheimen** (im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe) ist der Landeswohlfahrtsverband Hessen als überörtlicher Sozialhilfeträger zuständig. Innerhalb des LWV ist der **Fachbereich 203 Überregionale Leistungen** Ihr Ansprechpartner.

Anträge können wahlweise gerichtet werden an:

Hauptverwaltung Kassel

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der Sozialhilfe
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel

oder

Regionalverwaltung Darmstadt

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Träger der Sozialhilfe
Steubenplatz 16
64293 Darmstadt

IV. Grundantrag GSH

Herr Mustermann ist Rentner. Er heißt mit Vornamen Markus, ist am 28.12.1958 geboren und wohnt in Kassel, Hagener Straße 45. Herr Mustermann ist ledig und hat keine Kinder. Er wird am 15.01.2020 aufgrund seiner Schädel/Hirnschädigung im Wohn- und Pflegezentrum Lindenhof in Eschwege aufgenommen.

Zeile 1 bis 6:

LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN
Überörtlicher Sozialhilfeträger



GSH: **Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe**

Leistungen in Wohnpflegeheimen

Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen	
Name der Einrichtung: _____	
Aufnahmetag: _____	
1	<input checked="" type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> kurzfristig <input checked="" type="checkbox"/> dauerhaft <u>Wohn- und Pflegezentrum Lindenhof</u> <u>15.01.2020</u>
2	<input type="checkbox"/> Leistungen der Tagesstruktur im Rahmen der Eingliederungshilfe _____
3	<input checked="" type="checkbox"/> freiwillig
4	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten
5	<input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage _____ Az. des Gerichts: _____ <small>(bitte angeben, z.B.: § 1831 BGB)</small>
6	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1 und 2 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.

Was müssen Sie eintragen?

Wir bitten - soweit bereits bekannt - darum, den Namen und die vollständige Anschrift der/des aufnehmenden Einrichtung sowie den - geplanten - Aufnahmetag konkret und detailliert darzulegen.

- stationäre Leistungen umfassen die Betreuung in einem Wohnpflegeheim mit Leistungen zur Tagesstruktur
- Es besteht auch die Möglichkeit, die unter den Zeilen 1 und 5 genannten Leistungen als Persönliches Budget zu beantragen. Das bedeutet, dass Sie die beantragte Leistung, sofern Sie einen entsprechenden Bedarf und Anspruch haben, in Form einer Geldleistung ausgezahlt bekommen. Mit diesem Betrag können Sie sich die Leistung bei einem Anbieter Ihrer Wahl einkaufen. Die individuellen Ziele und deren Umsetzung sind mit dem LWV Hessen in einer Zielvereinbarung festzulegen.

Zeile 7 bis 17:

Angaben zur nachfragenden Person			
7	Name: Mustermann		
8	Vorname: Markus		
9	Ggf. Geburtsname:		
10	Straße, Hausnummer: Hagener Straße 45		
11	PLZ: 34117	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme: Kassel	
12	Telefon: 0561/12345	Fax:	E-Mail-Adresse:
13	Geb.-Datum: 28.12.1958	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):	
14	Geburtsort und -kreis: Kassel		
15	Geschlecht (m/w/d): m	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet):	seit:
16	Ausgeübter Beruf: Rentner		
17	Arbeitgeber:		

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift, sofern gegenwärtig keine Anschrift vorhanden ist, die letzte Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung, ein.

Zeile 18 bis 26:

18	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt? <input checked="" type="checkbox"/> Nein		
19	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____		
20	- beantragt am: _____ bei: _____ (Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!)		
21	Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Vollmacht beifügen!) <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____		
22	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____		
23	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____		
24	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)		
25	Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt? <input checked="" type="checkbox"/> Nein		
26	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____ (Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides/Ausweises beifügen!)		

Soweit bei dem zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder ausgestellt wurde, ist dies einzutragen. Gleiches gilt für die Beantragung oder das Bestehen eines Betreuungsverhältnisses oder einer Vormundschaft. Aussiedler, Vertriebene und Asylberechtigte müssen hier ihre Anerkennung nachweisen.

Zeile 27 bis 30:

Aufenthaltsverhältnisse		
	Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt):	
	von	bis Straße, Ort
27	_____	_____
28	_____	_____
29	_____	_____
30	_____	_____

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte die genaue(n) Anschrift(en) Ihrer Aufenthaltsverhältnisse (Wohnorte) der letzten beiden Monate vor der Aufnahme ein. Sie sind besonders wichtig, um die örtliche Zuständigkeit des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen überprüfen zu können.

Zeile 31 bis 34:

	Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?	
31	<input type="checkbox"/> Nein	
32	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____ (Zeit und Ort des Grenzübertritts)	
	Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?	
33	<input type="checkbox"/> Nein	
34	<input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____	

Die Frage nach der Einreise aus dem Ausland und nach dem Bezug von Sozialhilfe sind erforderlich für die Prüfung, ob der Landeswohlfahrtsverband Hessen seinerseits (Kostenerstattungs-) Ansprüche gegen einen anderen Sozialhilfeträger hat.

Zeile 35 bis 38:

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	
	Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?
35	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
36	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
	Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?
37	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
38	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Die Frage, inwieweit Sie oder ein/e Familienangehörige/r Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, ist erforderlich, da unter Umständen ein anderer Leistungsträger, z. B. Hauptfürsorgestelle, ganz oder teilweise zur Leistung verpflichtet sein könnte.

Zeile 39 bis 52:

Herr Mustermann ist bei der AOK Kassel krankenversichert und bezieht nach seinem selbst verschuldeten Motorradunfall eine monatliche Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Anspruch gegen Dritte	
39	Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> Nein
40	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, bei: <u>AOK Kassel</u> Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____
41	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input checked="" type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> als Fam.-Angehörige/r des/der _____
42	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V
	Ist bereits ein Pflegegrad festgesetzt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja, und zwar <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input checked="" type="checkbox"/> PG 5 (Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid der Pflegekasse über die Festsetzung des Pflegegrades beifügen!)
43	Wurde dort die Kostenübernahme beantragt? <input checked="" type="checkbox"/> Nein
44	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ (Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
45	Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden? <input type="checkbox"/> Nein
46	Name, Anschrift: _____ Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____
47	Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben - <input checked="" type="checkbox"/> Nein
48	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)
49	Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfenvorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben) <input checked="" type="checkbox"/> Nein
50	<input type="checkbox"/> Ja, _____ _____
51	Bestehen sonstige Ansprüche? (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherungen, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben) <input checked="" type="checkbox"/> Nein
52	<input type="checkbox"/> Ja, _____ _____ _____ _____

Was müssen Sie eintragen?

Diese Angaben werden benötigt, da Leistungen Dritter u.a. einer Sozialhilfeleistung immer vorgehen. Bitte benennen Sie den festgesetzten Pflegegrad.

Zeile 53 bis 65:

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige					
	Vater	Mutter	(geschiedener / getrennt lebender) Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in*	Kind 1	Kind 2
53	Name, ggf. Geburtsname				
54	Vorname				
55	Geburtsdatum				
56	Straße, Haus-Nr.				
57	Wohnort				
58	Telefon				
59	Fax				
60	E-Mail-Adresse				
61	ausgeübter Beruf				
62	Arbeitgeber				
63	Verfügen Ihre beiden Elternteile jeweils über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€	<input type="checkbox"/> ja, mein Vater <input type="checkbox"/> ja, meine Mutter		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt
64	Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt
65	Wenn ja, welches Kind?	Bitte Name, Vorname eintragen			

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte sämtliche Verwandte, d. h. Eltern, Kinder, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sowie Partner/in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ein und achten Sie auf vollständige Angaben.
 Gleiches gilt für die Angaben über die Einkommen der Eltern bzw. Kinder.

Herr Mustermann bezieht eine monatliche Rente wegen dauerhafter Erwerbsminderung von 1.198€

Zeile 66 bis 67:

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE
 der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen
 (bei Verheirateten: Ehegatte, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)
 (Wichtig: Bitte Belege beifügen! Insbesondere beim Bezug von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII)

66	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Postabrechnungsnummer
	Mustermann, Markus	Rente	1.198,-	DRV Hessen	

67 Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?

Nein

Ja, und zwar

Beantragte Leistung: _____ Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle: _____

Was müssen Sie eintragen?

Tragen Sie bitte **sämtliche Einkommen**, Renten oder Lohnersatzleistungen von Ihnen und Ihren gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen ein.

Zeile 68 bis 71:

Kosten der Unterkunft (falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden):

68	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
69	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
70	Lebt die nachfragende Person mit anderen als den in der Zeile 59 genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
71	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____		

Tragen Sie bitte umfassend die Kosten, die im Zusammenhang mit der Wohnung stehen, ein. Bitte geben Sie Nebenkosten aufgeschlüsselt nach Heizung und sonstigen Nebenkosten an. Bitte achten Sie insgesamt auf die Angabe der Gesamtkosten, eine möglicherweise erforderliche Aufteilung von Kosten anteilig auf Haushaltsangehörige erfolgt durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen.

Zeile 72 bis 81:

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

	nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	1.	2.	3.
72	Aufwendungen für Arbeitsmittel/ Fahrtkosten				
73	Beiträge zu Berufsverbänden				
74	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung				
75	Beiträge für Versicherungen				
76	Art:				
77	Art:				
78	Art:				
79	Zu leistende Unterhalts-Zahlungen				
80	Art:				
81					

Was müssen Sie eintragen?

In den genannten Zeilen tragen Sie bitte die monatlichen Beträge ein. Bitte geben Sie Aufwendungen für Arbeitsmittel und Fahrtkosten getrennt an. Sofern Sie nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Ihrem Arbeitsplatz gelangen, nennen Sie bitte die Art des benutzten Verkehrsmittels sowie die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte. Bei Versicherungen geben sie bitte insbesondere den Versicherungsgrund an. Soweit Unterhaltszahlungen erfolgen, ist die Grundlage hierfür (z. B. Gerichtsurteil, freiwillige Vereinbarung) darzustellen.

Herr Mustermann hat ein Sparkonto bei der Volksbank Kassel-Göttingen in Kassel mit einem Kontostand von 4.468 €. Es besteht eine Lebensversicherung bei der Allianz über den Betrag von 6.000 €, Versicherungsablauf im Jahre 2026.

Zeile 82 bis 87:

VERMÖGENSVERHÄLTNISSE der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte-E, bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Lebenspartner/in-LP, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft,-P)	
82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen. <input checked="" type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
83	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!): IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: Betrag: <u>DE07 5209 0000 0134 1716 00</u> <u>4.468,- €</u> Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): <u>Volksbank Kassel-Göttingen</u>
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: Betrag: Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: Betrag: Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____
	(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)
84	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):
85	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum: Anschrift: _____ Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____ Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
86	d) Sonstiger Grundbesitz: Art, Lage, Verkehrswert: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____
87	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche) <u>Lebensversicherung, Allianz, 6.000,- €</u>

In den genannten Zeilen ist das bei Antragstellung **tatsächlich vorhandene** Vermögen aufzuführen. Dies gilt - wie bei Zeilen 66 bis 81 - für Sie und den/die gesteigert Unterhaltspflichtige / n.

Zeile 88 bis 89:

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre

88 kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.

89 folgendes Vermögen veräußert: übertragen: verschenkt:

Bezeichnung:	Wert:	Datum:	an (Name, Anschrift):
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)

Was müssen Sie eintragen?

Diese Fragen sind für die Sozialhilfeleistung von besonderer Bedeutung: So regelt beispielsweise das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in § 528, dass die Rückforderung eines Geschenkes möglich ist, dies innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren.

