
S 46 SO 134/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Sozialhilfe
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	

Leitsätze	Die Regelung des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII verdrängt nicht einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. SGB XII a.F. Ein unzueichender privater Krankenversicherungsschutz kann der Leistungspflicht des Eingliederungshilfeträgers im Rahmen des § 14 SGB IX a.F. nicht entgegengehalten werden.
Normenkette	SGB IX § 14 SGB XII § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII § 53

1. Instanz

Aktenzeichen	S 46 SO 134/17
Datum	27.08.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 SO 213/20
Datum	21.05.2021

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Â

I. Auf die Berufung des KlÃ¤gers werden das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 27. August 2020 sowie der Bescheid des Beklagten vom 15. November 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. MÃ¤rz 2017 aufgehoben und der Beklagte wird verurteilt, dem KlÃ¤ger fÃ¼r die gemÃ¤Ã Verordnung des Arztes K vom 10. Oktober 2016 angeschafften orthopÃ¤dischen Schuhe 1.902,40 EUR zu

zahlen.

II. Der Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist, ob der Kläger vom Beklagten Kostenerstattung für orthopädisches Schuhwerk beanspruchen kann.

Der 2004 geborene Kläger leidet aufgrund nach Frühgeburt aufgrund einer spastischen Diaparese, ausgeprägt rechtsseitig beinbetont und mit Einschränkung der Handfunktion, sowie einer visomotorischen Schwäche und ist auf einen Rollstuhl angewiesen (Stellungnahme des Landesarztes für Körperbehinderte K1 vom 14.01.2016). Bei ihm ist ein Grad der Behinderung von 70 mit den Merkzeichen G, B und H festgestellt (Bescheid des Versorgungsamtes vom 07.12.2005). Er erhielt zunächst vom örtlichen Träger der Sozialhilfe und ab 2008 aufgrund einer landesrechtlichen Zuständigkeitsänderung aufgrund vom Beklagten Eingliederungshilfe für den Besuch eines integrativen Kindergartens, für heilpädagogische Maßnahmen und später für den Schulbesuch.

Der Kläger ist über seinen Vater bei der B privat krankenversichert in den Tarifen A 420, S 3 und S 2 (Schreiben der B vom 22.12.2008). In den Tarifbedingungen über die Kostenerstattung für Hilfsmittel (Tarif A 420, Abschnitt C.) ist orthopädisches Schuhwerk nicht genannt; ferner ist im Tarif A 420 ein jährlicher Selbstbehalt i.H.v. 210 EUR vorgesehen.

Im Dezember 2008 wurden für den Kläger beim Beklagten u.a. Leistungen für orthopädische Schuhe beantragt, da die Krankenkasse die Kostenübernahme grundsätzlich abgelehnt habe (Schreiben vom 08.12.2008). Nach dem beigelegten Schreiben der B vom 28.11.2008 seien orthopädische Straßenschuhe nicht im Tarif aufgeführt und eine Kostenübernahme sei daher nicht möglich.

Nach Einholung einer Auskunft von der AOK Bayern bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und nach der Vorlage eines fachärztlichen Berichts des Orthopäden T vom 16.04.2009 übernahm der Beklagte mit Bescheid vom 09.10.2009 die Kosten für orthopädische Schuhe bis zu maximal 1.364,83 EUR. Der Kläger gehört zum leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe und es handle sich um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation. Es sei ein Gebrauchsgegenstandsanteil selbst zu erbringen, der sich auf derzeit 45 EUR belaufe.

In der Folgezeit kam es zu weiteren Verfahren zwischen den Beteiligten wegen Leistungen für einen Rollstuhl, therapeutisches Reiten und Krankengymnastik. Ferner wurde dem Kläger vom Beklagten Eingliederungshilfe für orthopädische Aktiveinlagen bewilligt (Bescheide vom 09.12.2011 und 03.01.2012).

Der Arzt K verordnete dem KlÄger am 10.10.2016 ein Paar MaÃschuhe mit SchaftverstÄrkung wegen spastischer bilateraler beinbetonter Cerebralparese, Gehbehinderung und Beugekontraktur.

Mit Schreiben vom 27.10.2016 beantragten die Eltern des KlÄgers fÄr diesen beim Beklagten KostenÄbernahme fÄr MaÃschuhe gemÄÃ der Verordnung vom 10.10.2016. Sie hatten sich zuvor an die B gewandt, die aber eine KostenÄbernahme abgelehnt hatte, da orthopÄdische MaÃschuhe im Tarif A 420 nicht aufgefÄhrt seien (Schreiben vom 20.10.2016). Vorgelegt wurde zudem der Kostenvoranschlag der Fa. W vom 12.10.2016 Äber 2.002,40 EUR (orthopÄdische StraÃschuhe, beidseitige KnÄchelstÄtze/Polsterung, Sohlenversteifung mit Einarbeitung, Mehraufwand fÄr Stufenentlastung und KnÄchelleisten).

Der Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 15.11.2016 ab. Bei den orthopÄdischen MaÃschuhen handle es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. HierfÄr seien die gesetzlichen Krankenkassen zustÄndig, die sachliche ZustÄndigkeit des Beklagten sei nicht gegeben. Es bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungshilfe in Form von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Leistungen entsprÄchen denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung, der KlÄger sei aber kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Rahmen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bestehe ebenfalls kein Anspruch. Es handle sich nicht um ein Hilfsmittel, das allgemein zum Ausgleich einer Behinderung beitrage.

Im Widerspruch wurde angefÄhrt, der Beklagte sei mangels Weiterleitung zustÄndig geworden, auch in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die MaÃschuhe seien wegen einer Verschlechterung des Gangbildes erforderlich geworden.

Nach Vorlage des Widerspruchs an die Regierung von Oberbayern â dabei wurde auch eine Unterversicherung des KlÄgers in der Krankenversicherung thematisiert â wies diese den Beklagten darauf hin (Schreiben vom 17.01.2017), dass klÄrungsbedÄrftig sei, ob ein Tarifwechsel konkret gefordert worden sei und ob die Versicherung einem Wechsel in den Basistarif oder einer Ausweitung des bisherigen Tarifs zustimmen mÄsse. Soweit ersichtlich, sei der nicht bedarfsdeckende Tarif auch bisher vom SozialhilfetrÄger nicht beanstanden worden.

Der Beklagte teilte dazu mit (Schreiben vom 08.02.2017), dass es bisher einer Beratung des KlÄgers nicht bedurft habe, da dieser keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation bezogen habe. Die von der privaten Krankenversicherung zu erstattenden Kosten fÄr Hilfsmittel seien abschlieÃend festgelegt. Da dieser Katalog standardmÄÃig verwendet werde, mÄsse jeder privat Krankenversicherte, der nicht im Basistarif versichert sei, damit rechnen, dass nur die Kosten der dort enthaltenen Hilfsmittel erstattet wÄrden. Den Eltern des KlÄgers sei durch die Ablehnung der Versicherung bereits bekannt gewesen, dass der Tarif nicht alle benÄtigten Hilfsmittel abdecke. Sie seien in allen

Verfahren durch eine Fachanwältin für Sozialrecht vertreten gewesen, die sie zu beraten gehabt hätte. Die fehlende Beratung durch den Beklagten sei auch nicht ursächlich für die Unterversicherung geworden.

Außerdem wies der Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 06.03.2017 darauf hin, dass er bezüglich des begehrten Hilfsmittels unterversichert sei und man daher zu einem Wechsel in den Basistarif rate.

Die Regierung von Oberbayern wies den Widerspruch schließlich mit Widerspruchsbescheid vom 08.03.2017 zurück. Im Rahmen der Eingliederungshilfe im Sinn der medizinischen Rehabilitation können das orthopädische Hilfsmittel keine Leistungen in Betracht. Die Erfüllung der Selbsthilfeobliegenheit sei kein ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal; die Norm umschreibe nur ein Gebot der Sozialhilfe. Eine Ausschlusswirkung sei aber in extremen Ausnahmefällen ohne Rückgriff auf andere Normen denkbar. Im Hinblick darauf, dass der bei Weitem nicht bedarfsdeckende Krankenversicherungsschutz seit Jahren bekannt gewesen sei und man die Beibehaltung des kostengünstigen Versicherungsschutzes den Sozialhilfeträger in Anspruch zu nehmen pflege, werde ein solcher Ausnahmefall gesehen. Die Umstellung des Krankenversicherungsschutzes auf den Basistarif sei aus eigener Initiative zumutbar gewesen. Es sei nicht Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine offensichtliche, seit Jahren bestehende Unterversicherung aufzufangen.

Dagegen hat der Kläger zum Sozialgericht München (SG) Klage erhoben. Dem Einwand, die Umstellung des Krankenversicherungsschutzes auf den Heil- und Hilfsmittel umfassenden Basistarif sei aus eigener Initiative möglich und zumutbar gewesen, könne nicht gefolgt werden. Der für die Privatkrankenversicherung typische höherwertige Versicherungsschutz bestehe im Basistarif nicht. Dieser sei insbesondere wegen der verschiedenen Behinderungen notwendig. Personen, die sich vor 2009 erstmals krankenversichert hätten, könnten außerdem nur in den Basistarif wechseln, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet hätten, eine gesetzliche Rente oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezögen oder hilfebedürftig seien. Das treffe weder auf den Kläger noch auf seinen Vater zu. Der Kläger sei ferner bei vielen Privatärzten in Behandlung und müsse bei einem Wechsel auf das gewachsene Vertrauensverhältnis und die bessere Behandlung verzichten. Für ambulante Leistungen werde im Basistarif eine geringere Vergütung gezahlt. Der Kläger sei auch nicht beihilfeberechtigt. Ein Anspruch auf einen einmaligen Bedarf für die Anschaffung orthopädischer Schuhe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt werde nicht geltend gemacht.

Der Beklagte hat ausgeführt, ganz offensichtlich sei der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung im Bereich Hilfsmittel nicht höherwertig. Sämtliche vom Kläger begehrten Hilfsmittel würden von der B nicht übernommen und seien von ihr nicht zu übernehmen. Eine Versicherung im Basistarif sei möglich, z.B. für beihilfeberechtigte Personen. Überdies gehe die Regelung zum Anspruch auf einen einmaligen Bedarf für die Anschaffung orthopädischer Schuhe der Eingliederungshilfe vor. Die Versorgung mit

orthopädischen Schuhen diene auch nicht der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, da die Schuhe kein Medium zur Interaktion mit Menschen ohne Behinderung seien.

Das SG hat mit Urteil vom 27.08.2020 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe die orthopädischen Schuhe zeitnah nach der Leistungsablehnung beschafft. Daher sei das damals gültige Recht anzuwenden. Der Kläger begehre Kostenerstattung, weil die Leistung seiner Ansicht nach zu Unrecht abgelehnt worden sei. Eine Beiladung des örtlichen Sozialhilfeträgers habe sich erbringt, weil der Kläger einen Anspruch auf eine einmalige Beihilfe zur Anschaffung orthopädischer Schuhe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt nicht geltend mache. Es bestehe kein Erstattungsanspruch, weil der Beklagte die Leistung zu Recht abgelehnt habe. Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe bestehe nicht, denn die Spezialregelung der Hilfe zum Lebensunterhalt betreffend orthopädische Schuhe gehe den allgemeinen Regelungen der Eingliederungshilfe vor. Grundsätzlich könne Eingliederungshilfe in Form der medizinischen Rehabilitation als Hilfsmittel infrage. Die orthopädischen Schuhe als Hilfsmittel schafften einen Ausgleich im Alltagsleben für das allgemeine Grundbedürfnis „Laufen“. Sie seien auch Hilfsmittel laut dem Hilfsmittelverzeichnis. Der Anspruch auf Eingliederungshilfe werde jedoch verdrängt. Der Anspruch auf einmalige Leistungen für die Anschaffung orthopädischer Schuhe sei aus dem Regelbedarf herausgenommen worden, weil er relativ selten, aber dann mit hohen Kosten anfalle. Der Anspruch sei bei minderjährigen Kindern auch vom Einkommen und Vermögen der Eltern abhängig. Es handle sich um eine Spezialregelung für orthopädische Schuhe. Diese dienten regelmäßig dem Behinderungsausgleich, so dass eine Aufteilung für nicht behinderte und behinderte Menschen keinen Sinn ergäbe. Zudem würden die notwendigen Leistungen ungeachtet der Höhe übernommen. Die Voraussetzung der Hilfebedürftigkeit dürfe nicht durch ein Ausweichen auf die Eingliederungshilfe unterlaufen werden.

Hiergegen hat der Kläger Berufung beim Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Die Vorschrift zu einmaligen Leistungen für die Anschaffung orthopädischer Schuhe gehe nicht den allgemeinen Regelungen der Eingliederungshilfe vor. Es existiere weder ein Vorrang-/Nachrangverhältnis noch beständen systematische Gründe hierfür. Andernfalls würden die Regelungen der Eingliederungshilfe, die unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt werde, leerlaufen. Es wären diejenigen im Vorteil, die existenzsichernde Leistungen erhielten. Der Tarifwechsel in der privaten Krankenversicherung hinge laut Auskunft der Krankenversicherung vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung ab; zudem beständen dann andere Leistungseinschränkungen. Daher sei ein Tarifwechsel nicht durchgeführt worden.

Vorgelegt worden sind außerdem die Rechnung der Fa. W vom 12.10.2016 für orthopädische Straßenschuhe über 2.002,40 EUR (die Rechnungsposten entsprechen denjenigen des Kostenvoranschlags vom 12.10.2016) sowie eine Quittung der Fa. W vom 22.11.2016 über den Erhalt von 2.002,40 EUR für orthopädische Straßenschuhe.

Der Kläger beantragt:

Unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 27.08.2020 und des Bescheids vom 15.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.03.2017 wird der Beklagte verurteilt, dem Kläger Kosten für orthopädische Ma schuhe in Höhe eines Betrages von 1.902,40 EUR zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Es könne nicht sein, dass ein mangelhafter Versicherungsschutz bei privat Versicherten durch die steuerfinanzierte Sozial- bzw. Eingliederungshilfe kompensiert werde. Andernfalls hätte dies zur Folge, dass privat Versicherte bewusst einen günstigen, leistungsschwachen Tarif wählen könnten, der nicht einmal den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasse. Den Eltern des Klägers hätte seit dessen Geburt bewusst sein müssen, dass ein umfassender Versicherungsschutz nötig sei. Dem werde durch die gewählte Versicherung nicht Rechnung getragen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die vorgelegten Behördenakten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

 

E n t s c h e i d u n g s g r   n d e :

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([    143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes    SGG) und hat auch in der Sache Erfolg. Der Kläger hat Anspruch auf den geltend gemachten Kostenersatz i.H.v. 1.902,40 EUR für orthopädische Schuhe. Der Bescheid des Beklagten vom 15.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.03.2017 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

Streitgegenstand ist das klägerische Begehren nach Ersatz von Kosten i.H.v. 1.902,40 EUR, welche für die Anschaffung von orthopädischen Schuhen auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung des Herrn K vom 10.10.2016 aufgewandt worden sind. Ursprünglich hatte der an den Beklagten gerichtete Antrag vom 27.10.2016 die Versorgung mit orthopädischen Schuhen als Leistung der Eingliederungshilfe zum Gegenstand. Nachdem aber das betreffende Schuhwerk längst erworben wurde und dafür vom Kläger bzw. dessen Eltern in Vorleistung 2.002,40 EUR gezahlt worden sind, strebt der Kläger nicht mehr eine Sachleistung, sondern allein den Ersatz der Kosten für die selbst vorgenommene Schuhversorgung an. Dieses Rechtsschutzziel kann er mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([  54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) erreichen, gerichtet gegen den Bescheid des Beklagten vom 15.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.03.2017.

Einer Beiladung der privaten Krankenversicherung des Klägers bedurfte es nicht. So kommt eine Verurteilung des Versicherungsunternehmens gemäß [  75 Abs.](#)

[5 SGG](#) schon grundsätzlich nicht infrage. Auch kann im vorliegenden sozialgerichtlichen Verfahren nicht über etwaige zivilrechtliche Ansprüche des Klägers – nur solche kommen gegenüber der privaten Krankenversicherung in Betracht – entschieden werden, sondern hierfür ist der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten eröffnet, [Â§ 13](#) des Gerichtsverfassungsgesetzes (GVG). Ebenso wenig bedurfte es einer Beiladung des zuständigen örtlichen Sozialhilfeträgers, denn der Kläger macht keine Ansprüche im Rahmen existenzsichernder Leistungen geltend.

Die zulässige Klage hat in der Sache Erfolg.

Nach allgemeinen Grundsätzen des Prozessrechts ist für die Beurteilung des Anspruchs auf ein Verwaltungshandeln zwar grundsätzlich auf die letzte mündliche Verhandlung der Tatsacheninstanz abzustellen (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl., [Â§ 54 Rn. 40b, 34](#)). Dies gilt allerdings nicht für Ansprüche auf Geldleistungen zum Zweck des Ersatzes bereits getätigter Aufwendungen, bei denen regelmäßig die Rechtslage zum Zeitpunkt der Beschaffung der Leistung maßgeblich ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 07.10.2010 – [B 3 KR 5/10 R](#) – juris). So verhält es sich auch hier, da der Kläger die streitbefangenen orthopädischen Maßschuhe bereits im November 2016 angeschafft hat und die hierfür angefallenen Kosten i.H.v. 2.002,40 EUR von seinen Eltern einstweilen für ihn verauslagt worden sind.

Für die erstrebte Hilfe ist der Beklagte nach [Â§ 14 Abs. 2 Satz 1](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX – in der Fassung des Gesetzes vom 23.04.2004, [BGBl. I, 606](#)) zuständig. Als Zuständigkeitsbegründender Antrag auf Rehabilitationsleistungen ist das Schreiben der Eltern des Klägers vom 27.10.2016 anzusehen. Einen Antrag i.S.d. [Â§ 14 SGB IX](#) kann jede Äußerung darstellen, die als Begehren auf bestimmte Teilhabeleistungen verstanden werden kann, wobei die Auslegung nach dem objektiven Empfängerhorizont und dem Grundsatz der Meistbegünstigung erfolgt (vgl. Ulrich in: jurisPK-SGB IX, Stand 15.01.2018, [Â§ 14 Rn. 48 und 52](#)). Mit dem Schreiben vom 27.10.2016 wurde die Übernahme der Kosten für die Versorgung mit den am 10.10.2016 ärztlich verordneten orthopädischen Maßschuhen beantragt. Dabei handelt es sich um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, denn die Versorgung mit den orthopädischen Schuhen zielte ab auf die Linderung behinderungsbedingter Beeinträchtigungen des Klägers, nicht aber auf die Heilung einer Erkrankung (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28.08.2014 – [L 9 SO 286/12](#) – juris). Eine Weiterleitung des Antrags durch den Beklagten ist nicht erfolgt. Dieser war für die begehrte Leistung aber auch so sachlich und örtlich zuständig gemäß [Â§ 97 Abs. 2](#), [Â§ 98 Abs. 1](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (SGB XII) i.V.m. Art. 81 Abs. 1, Art. 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des (bayer.) Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG – in der Fassung des Gesetzes vom 20.12.2007, GVBl S. 979).

Der Kläger hat Anspruch auf den geltend gemachten Ersatz der Kosten für die orthopädischen Schuhe. Grundlage für den Anspruch ist [Â§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) (in der Fassung des Gesetzes vom 19.06.2001, [BGBl. I, 1046](#); vgl. BSG, Urteil vom

22.03.2012 [B 8 SO 30/10 R](#) juris). Danach gilt, dass der Rehabilitationsträger erstattungspflichtig ist, wenn sich der Leistungsberechtigte die begehrte Leistung selbst beschafft und wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Letzteres war hier der Fall.

Der Kläger hat sich die Leistung selbst beschafft, die orthopädischen Schuhe wurden nämlich noch im Oktober hergestellt und am 22.11.2016 bezahlt (Rechnung der Fa. W vom 12.10.2016 und Quittung der Fa. W vom 22.11.2016). Die Leistung war auch unaufschiebbar, wie die Verordnung des Arztes K vom 10.10.2016 zeigt, zumal die letzte Versorgung des Klägers mit orthopädischem Schuhwerk bereits einige Jahre zurücklag.

Der Beklagte hat zudem die begehrte Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe zu Unrecht abgelehnt.

Aufgrund des Antrags des Klägers vom 27.10.2016 hatte der Beklagte rechtzeitig die erforderliche Kenntnis i.S.d. [Â§ 18 SGB XII](#) über die Bedarfslage bezüglich der Versorgung mit orthopädischen Schuhen.

Ferner scheidet ein Anspruch nicht daran, dass der hier zugrunde liegende Bedarf schon anderweitig gedeckt worden wäre ([Â§ 2 Abs. 1 SGB XII](#)). Nach den im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen hat der Kläger die orthopädischen Schuhe von der Fa. W am 22.11.2016 erhalten und die Rechnung ist bereits bezahlt worden (Quittung der Fa. W vom 22.11.2016). Anders als die auf den 12.10.2016 datierte Rechnung annehmen lassen könnte, war daher bei Antragstellung beim Beklagten mit Schreiben vom 27.10.2016 (eingegangen beim Beklagten am 28.10.2016) der Bedarf nach dem begehrten orthopädischen Schuhwerk noch nicht gedeckt. Auch wenn die Bezahlung bereits erfolgte (am 22.11.2016), geschah dies nicht zur endgültigen Deckung des Bedarfs. Vielmehr hatte der Beklagte mit Bescheid vom 15.11.2016 die Gewährung von Leistungen abgelehnt und um die benötigten Schuhe für den Kläger erhalten zu können, wurde lediglich vorläufig das Geld selbst aufgewandt und die Rechnung beglichen. Es kann auch dahin stehen, dass die Bezahlung wahrscheinlich durch die Eltern des Klägers erfolgt ist. Sozialhilfeleistungen setzen zwar nach ihrem Grundgedanken einen aktuellen Bedarf voraus; dies gilt allerdings aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4](#) des Grundgesetzes $\hat{=}$ GG) nicht bei einer rechtswidrigen Ablehnung der Hilfestellung und zwischenzeitlicher Bedarfsdeckung im Wege der Selbsthilfe oder Hilfe Dritter, wenn der Hilfesuchende innerhalb der gesetzlichen Fristen einen Rechtsbehelf eingelegt hat und im Rechtsbehelfsverfahren die Hilfestellung erst erstreiten muss (vgl. BSG, Urteil vom 22.03.2012 [B 8 SO 30/10 R](#) juris, m.w.N.). Das trifft, wie gezeigt, hier zu.

Die Voraussetzungen für eine einmalige Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem vormaligen 6. Kapitel des SGB XII sind erfüllt. Gemäß [Â§ 19 Abs. 3](#), [Â§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) a.F. erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von [Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) wesentlich in ihrer

Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Der Anspruch auf Eingliederungshilfe nach den [Â§ 53 ff. SGB XII a.F.](#) umfasste auch Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation ([Â§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX a.F.](#)). Außerdem war er vom Einkommens- und Vermögensgenseinsatz grundsätzlich (dazu noch unten) freigestellt ([Â§ 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und Satz 2 SGB XII](#)).

Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe wird in Bezug auf die hier streitigen orthopädischen Schuhe nicht aufgrund der Regelung des [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) verdrängt. Die Norm sieht vor, dass im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder auch der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ([Â§ 42 Nr. 2 SGB XII](#)) Leistungen zur Deckung von Bedarfen für Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen gesondert erbracht werden. Solche einmaligen Leistungen können sogar dann zu gehören sein, wenn die nachfragende Person wie vorliegend der Kläger keine Regelsätze erhält ([Â§ 31 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#)). Die Regelung ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Ausgaben für orthopädische Schuhe bei der Regelbedarfsbemessung nicht einbezogen worden sind und im Bedarfsfall in vergleichsweise größerer Höhe anfallen, so dass sie aus dem Regelbedarf nicht gedeckt werden können (vgl. Scheider in: Schellhorn/Hohm/Scheider/Legros, SGB XII, 20. Aufl., [Â§ 31 Rn. 24](#)). Zu prüfen ist bei Bedarfen nach [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) stets, ob nicht vorrangig andere (Sozial-)Leistungssträger für die Bedarfsdeckung in Betracht kommen (vgl. Scheider, a.a.O., Rn. 25; Wrackmeyer-Schoen in: Grube/Wahrendorf/Flint, SGB XII, 6. Aufl., [Â§ 31 Rn. 12](#)). Gerade in Bezug auf Hilfsmittel, wie sie auch orthopädische Schuhe darstellen, wird dabei häufig auch ein (vorrangiger) Anspruch gegenüber der Krankenversicherung bestehen. Allerdings decken die Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung in diesen Fällen regelmäßig nicht die gesamten Kosten ab, sondern sie sind begrenzt auf Festbeträge (vgl. für die gesetzliche Krankenversicherung: [Â§ 12 Abs. 2](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch [SGB V](#)) oder der Versicherte hat einen Eigenanteil wegen des Gebrauchsvorteils als Gegenstand des täglichen Lebens bzw. eine Zuzahlung (vgl. für Hilfsmittel: [Â§ 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V](#)) zu leisten. Demzufolge wird es regelmäßig so sein, dass bei der Anschaffung der in [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) aufgeführten Hilfsmittel von einem anderen Kostenträger nicht die gesamten Aufwendungen übernommen werden. Deshalb sollte in Bezug auf den verbleibenden Teil der Aufwendungen für bedürftige Personen eine Möglichkeit geschaffen werden, hierfür zusätzlich zu den laufenden existenzsichernden Leistungen bzw. auch ohne deren Bezug einmalig Leistungen zu erhalten. Anders gewendet umfasst die Leistungspflicht aus [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) damit aber auch nur die nicht anderweitig gedeckten bzw. zu deckenden Kosten, schließt aber nicht Ansprüche nach anderen Grundlagen aus. Das würde zudem dem Nachrangprinzip der Sozialhilfe aus [Â§ 2 SGB XII](#) widersprechen, das ausdrücklich auch Verpflichtungen anderer, insbesondere anderer Sozialleistungssträger, unberührt lässt. Für dieses Verständnis spricht auch die Gesetzesänderung zu [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#). Dort ([BT-Drs.](#)

[17/3403, S. 124](#)) ist nämlich von einem â€œeinmaligen Bedarf fÃ¼r die Anschaffung (Eigenanteile) und Reparaturen von orthopÃ¤dischen Schuhenâ€œ die Rede (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.07.2019, [B 8 SO 13/18 R](#) â€œjuris). Daraus geht deutlich hervor, dass der Gesetzgeber einen Anspruch aus [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII](#) nur in Bezug auf ungedeckte Aufwendungen (z.B. in Form von Eigenanteilen), vorsehen wollte, nicht aber umfassend fÃ¼r die Anschaffung oder Reparatur orthopÃ¤dischen Schuhwerks.

Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf orthopÃ¤disches Schuhwerk gemÃ¤Ã§ [Â§ 53 SGB XII](#) a.F. i.V.m. [Â§ 26 Abs. 2 Nr. 6](#) und [Â§ 31 SGB IX](#) a.F. sind gegeben. Der KlÃ¤ger gehÃ¶rte aufgrund seiner behinderungsbedingten EinschrÃ¤nkungen (spastische Diaparese mit Gehbehinderung und Beugekontraktur) laut der Stellungnahme des Landesarztes fÃ¼r KÃ¶rperbehinderte K1 vom 14.01.2016 und der Verordnung des Arztes K vom 10.10.2016 und mit einem Grad der Behinderung von 70 mit den Merkzeichen G, B und H (Bescheid des Versorgungsamts vom 07.12.2005) fraglos zum berechtigten Personenkreis i.S.d. [Â§ 53 Abs. 1 SGB XII](#) a.F. i.V.m. [Â§ 60 SGB XII](#) i.V.m. [Â§ 1 Nr. 1](#) der Eingliederungshilfe-Verordnung (EinglHv).

GemÃ¤Ã§ [Â§ 54 Abs. 1 SGB XII](#) a.F. zÃ¶hlten zur Eingliederungshilfe neben Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ([Â§ 55 SGB IX](#)) auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation ([Â§ 26 SGB IX](#) a.F.), wobei die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprachen ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) a.F.). Der letztgenannte Verweis dient lediglich der Festlegung bzw. Begrenzung des Leistungsumfangs im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dass der KlÃ¤ger nicht gesetzlich, sondern bei der B privat krankenversichert war bzw. ist, ist in diesem Zusammenhang daher unerheblich; fÃ¼r eine EinschrÃ¤nkung des Leistungsumfangs der Eingliederungshilfe bei privat krankenversicherten Leistungsberechtigten findet sich keine StÃ¼tze im Gesetz.

Nach [Â§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. umfassen Hilfsmittel (KÃ¶rperersatzstÃ¼cke sowie orthopÃ¤dische und andere Hilfsmittel) die Hilfen, die von den LeistungsempfÃ¤ngern getragen oder mitgefÃ¼hrt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden kÃ¶nnen und unter BerÃ¼cksichtigung der UmstÃ¤nde des Einzelfalles erforderlich sind, um eine Behinderung bei der Befriedigung von GrundbedÃ¼rfnissen des tÃ¤glichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine GebrauchsgegenstÃ¤nde des tÃ¤glichen Lebens sind. Vorliegend handelt es sich um einen Fall des Ausgleichs einer Behinderung, denn in der Ã¤rztlichen Verordnung des Herrn K vom 10.10.2016, auf der das geltend gemachte Begehren grÃ¼ndet, werden als Diagnosen â€œspastische bilaterale beinbetonte Cerebralparese, Gehbehinderung und Beugekontrakturâ€œ angegeben. Bei diesen gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen handelt es sich offenkundig um Behinderungsleiden des KlÃ¤gers i.S.d. [Â§ 2 Abs. 1 SGB IX](#), zumal die EinschrÃ¤nkungen auch in anderweitigen Ã¤rztlichen Berichten so oder Ã¤hnlich beschrieben werden.

Ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist â€œ auch nach der insoweit inhaltsgleichen Regelung in [Â§ 33 SGB V](#) â€œ nur zu gewÃ¶hren, wenn es die

Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mindert und damit ein allgemeines Grundbedarfnis des täglichen Lebens betrifft. Deshalb ist der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Rehabilitationsrecht auf solche zur Befriedigung von Grundbedarfnissen des täglichen Lebens begrenzt. Denn unter dem Oberbegriff der Rehabilitation als Leistungen zur Teilhabe in der Gesellschaft ist die medizinische Rehabilitation  in Abgrenzung zur beruflichen, sozialen und auch zur die Bildung betreffenden Rehabilitation  auf die Teilhabe am täglichen Leben, einschließlich der mit medizinischen Mitteln zu bewirkenden Selbstbestimmung und Selbstversorgung gerichtet. Zu den allgemeinen Grundbedarfnissen des täglichen Lebens gehören danach das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums. Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich werden nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, auf die Krankheit, d.h. auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen, kurativ-therapeutisch einzuwirken. Sie sollen vielmehr in erster Linie die mit diesem regelwidrigen Zustand bzw. mit der Funktionsbeeintrachtung verbundene (oder im Falle der Vorbeugung zu erwartende) Teilhabestorung ausgleichen, mildern, abwenden oder in sonstiger Weise günstig beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 10.09.2020  [B 3 KR 15/19 R](#)  juris, m.w.N.). Bei den hier betroffenen orthopedischen Schuhen handelt es sich zweifellos um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im eben genannten Sinn. Beim Kläger soll eine aus seinen das Gehen einschrenkenden Leiden resultierende Teilhabebeeintrachtung in Bezug auf das Grundbedarfnis Gehen ausgeglichen bzw. gemildert werden.

Die Erforderlichkeit der Versorgung mit orthopedischem Schuhwerk steht ausgehend von der ärztlichen Verordnung des Herrn K vom 10.10.2016 und angesichts der vorhandenen Behinderungsleiden des Klägers für den Senat außer Frage. Insbesondere erfolgte die letzte Versorgung des Klägers mit orthopedischen Schuhen im Jahr 2009; im Jahr 2011 erhielt der Kläger ferner Aktiveinlagen. Angesichts des Wachstums des Klägers und des Zeitablaufs bestehen keine Zweifel, dass erneut ein Bedarf nach orthopedischem Schuhwerk entstanden war. Auch schloss der Umstand, dass der Kläger auf einen Rollstuhl angewiesen ist, das Bedarfnis nach orthopedischem Schuhwerk nicht aus, denn es lag nach der Verordnung des Arztes K vom 10.10.2016 nur eine erhebliche Gehbehinderung vor, der Kläger war aber dennoch in der Lage zu gehen, wozu er entsprechendes Schuhwerk benötigte.

Gegen einen Anspruch des Klägers kann außerdem nicht mit Erfolg eingewandt werden, er hätte sich  gegebenenfalls unter Beschreitung des Rechtsweges  vorrangig um Leistungen seiner privaten Krankenversicherung bemühen massen, so dass Leistungen der Sozialhilfe nicht notwendig wären. Der Beklagte beruft sich bei der von ihm angenommenen Einschrenkung der Leistungspflicht auf den Nachranggrundsatz des [ 2 SGB XII](#). Allerdings stellt dieser keine

â isolierte Ausschlussnormâ dar, sondern mehr einen âProgrammsatzâ.
Dieser entfaltet zwar PrÃ¤gekraft fÃ¼r die Leistungspflicht der Sozialhilfe bzw. den
Umfang verschiedener AnsprÃ¼che, jedoch setzt er nicht andere
âGrundsÃ¤tzeâ des Sozialhilferechts bzw. gesetzlich normierte AnsprÃ¼che
auÃer Kraft. Auch kann Ã¼ber den Nachranggrundsatz nicht eine VerÃ¤nderung
der tatsÃ¤chlichen VerhÃ¤ltnisse bewirkt oder fingiert werden (vgl. Hohm in:
Schellhorn/Hohm/Scheider/Legros, SGB XII, 20. Aufl., Â§ 2 Rn. 1, 2, 5.2). Die
Sozialhilfe als Hilfe in einer gegenwÃ¤rtigen Notlage ([Â§ 18 SGB XII](#)) stellt nÃ¤mlich
grundsÃ¤tzlich auf die bestehenden VerhÃ¤ltnisse ab (âFaktizitÃ¤tsprinzipâ
â vgl. Scheider, a.a.O., Â§ 41 Rn. 28), so dass nur âbereite Mittelâ bei der
Frage zu berÃ¼cksichtigen sind und nicht fiktive Einnahmen. Zudem hat das
Bundessozialgericht (BSG) jÃ¼ngst entschieden (Terminsbericht zum Urteil vom
23.03.2021 â [B 8 SO 2/20 R](#)), dass [Â§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) selbst in extremen
AusnahmefÃ¤llen nicht als Ausschlussnorm dienen kann, sondern der Nachrang der
Sozialhilfe ausschlieÃlich durch spezielle, den Nachranggrundsatz konkretisierende
Normen umgesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund ist ein Verweis des KIÃ¤gers auf tatsÃ¤chlich von seiner
privaten Krankenversicherung nicht erbrachte und nach den Bedingungen seines
Versicherungstarifs auch nicht zu erbringende Leistungen fÃ¼r orthopÃ¤dische
Schuhe ein Abweichen vom FaktizitÃ¤tsprinzip und mit [Â§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) nicht zu
rechtfertigen. Die private Krankenversicherung, welche fÃ¼r den KIÃ¤ger bei der B
unterhalten wird, sieht nach dem â insofern allein relevanten â Tarif A 420
unter Ziffer C. keine Erstattungsleistungen bezÃ¼glich orthopÃ¤discher Schuhe vor.
Unter Berufung darauf hatte diese daher auch fÃ¼r die hier im Streit stehenden
orthopÃ¤dischen Schuhe eine Kostenerstattung abgelehnt (Schreiben vom
20.10.2016).

Eine normierte Grundlage fÃ¼r ein ausnahmsweises Abweichen vom Grundsatz,
dass nur bereite Mittel zu einer Bedarfsdeckung fÃ¼hren kÃ¶nnen, ist nicht
ersichtlich. Unter diesem Aspekt kann dem KIÃ¤ger daher eine Bedarfsdeckung
durch Leistungen der Eingliederungshilfe nicht versagt werden.

Auch wÃ¤re ein â vorrangiger â Anspruch gegen seine private
Krankenversicherung fÃ¼r den KIÃ¤ger nicht ohne weiteres realisierbar gewesen.
Wie schon erlÃ¤utert, ist fÃ¼r orthopÃ¤disches Schuhwerk im Tarif des KIÃ¤gers
keine Kostenerstattung vorgesehen und die B hatte bereits Leistungen abgelehnt.
Es war daher nicht zu erwarten, dass durch weitere rechtliche Schritte gegenÃ¼ber
der B ohne Weiteres Leistungen fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen orthopÃ¤dischen
Schuhe zu erhalten gewesen wÃ¤ren.

Ferner kann dem KIÃ¤ger vorliegend ebenso wenig entgegengehalten werden, er
hÃ¤tte sich schon frÃ¼her um einen in Bezug auf Hilfsmittel umfassenderen,
zumindest besseren Krankenversicherungsschutz bemÃ¼hen mÃ¼ssen, indem er
in einen anderen Tarif, etwa den Basistarif, wechselt. ZunÃ¤chst gilt hier das oben
zum Eingreifen des Nachranggrundsatzes aus [Â§ 2 SGB XII](#) Gesagte. Eine
gesetzliche Regelung, welche die EinschrÃ¤nkung von Leistungen bei
unzureichendem oder fehlendem Krankenversicherungsschutz vorsieht, ist nicht

ersichtlich. Soweit im Widerspruchsbescheid vom 08.03.2017 auf die Entscheidung des BSG vom 29.04.2015, [B 14 AS 8/14 R](#), verwiesen wird, hält der Senat eine Heranziehung der dort entwickelten Grundsätze auf die hier vorliegende Fallgestaltung für nicht angezeigt. In dem betreffenden Urteil hat das BSG in Bezug auf Krankenbehandlungskosten, die eine Bezieherin von Arbeitslosengeld II wegen eines mit ihrer privaten Krankenversicherung vereinbarten Selbstbezalts zu tragen hatte, entschieden, dass eine Berücksichtigung bis zur Höhe des entsprechenden Aufwands in der gesetzlichen Krankenversicherung als Härtefallmehrbedarf nach [Â§ 21 Abs. 6](#) des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) Übergangsweise bis zu dem Zeitpunkt in Betracht kommt, zu dem die leistungsberechtigte Person nach Beratung durch das Jobcenter über die Möglichkeit eines Wechsels in den Basistarif der privaten Krankenversicherung und über die Folgen eines Verbleibs im Selbstbehaltstarif erstmals in den Basistarif wechseln konnte. Allerdings stand dahinter die zu klärende Frage nach der Unabweisbarkeit bezüglich eines Mehrbedarfs. Das BSG verneinte dies wegen des mit der Einführung des Basistarifs verfolgten Regelungskonzepts ab dem Zeitpunkt, ab dem einem privat krankenversicherten Leistungsberechtigten der Wechsel in den Basistarif ohne Selbstbehalt zumutbar möglich ist. Im vorliegenden Fall des Klägers handelt es sich dagegen nicht um einen etwaigen Anspruch im Rahmen einer Mehrbedarfsregelung und die Frage, inwieweit der Bedarf unabwendbar ist. Vielmehr sieht der Beklagte eine Obliegenheit im Rahmen des Nachrangprinzips nach [Â§ 2 SGB XII](#). Dieses ist aber im Gegensatz zur Regelung in [Â§ 21 Abs. 6 SGB II](#) weniger scharf vom Gesetzgeber konturiert worden und stellt, wie eingangs dargelegt, mehr ein generelles Prinzip bzw. einen Programmsatz dar und hängt in seiner Ausprägung im Einzelfall von den zugrunde liegenden Anspruchsgrundlagen ab. Auch betrifft die Prüfung der Unabweisbarkeit des Mehrbedarfs die Frage, ob überhaupt ein Bedarf vorliegt, während im hier zu entscheidenden Fall Vorhandensein und Umfang des Bedarfs nicht zweifelhaft sind, sondern die erst anschließende Frage einer anderweitigen Bedarfsdeckung bzw. Bedarfsdeckungsmöglichkeit zwischen den Beteiligten umstritten ist.

Überdies steht nach den im Berufungsverfahren vorgelegten Schriftwechsel der Eltern bzw. der Mutter des Klägers mit der B fest, dass ein Tarifwechsel von einer Gesundheitsprüfung abhängig (gewesen) wäre. Die B hat dem Kläger zwar einen Vorschlag für einen Wechsel in einen anderen Tarif (â€œGesundheitCOMFORT 300â€œ) unterbreitet (Schreiben/Angebot vom 11.09.2017) und dafür wären Kosten etwas geringerer Höhe als im bisherigen Tarif A 420 angefallen. Jedoch ist aus dem Tarif GesundheitCOMFORT 300 bezüglich der Hilfsmittel kein größerer Leistungsumfang ersichtlich, sondern eine Erstattung wäre weiterhin nur für die im Tarif genannten Hilfsmittel möglich, zudem teilweise nur im Umfang von 80%. Zudem stand ein Wechsel unter dem Vorbehalt des Ergebnisses einer Gesundheitsprüfung. Es ist aber davon auszugehen, dass sich der Kläger dann aufgrund seiner verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen tarifliche Leistungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse ergeben hätten, die in der Gesamtheit zu einer Verschlechterung seines Krankenversicherungsschutzes gegenüber der bisherigen Situation geführt hätten. Damit konnte vom Kläger kein Wechsel des Tarifs als vorrangige Möglichkeit zur Selbsthilfe verlangt werden.

Ungeachtet dessen fehlt es an Orientierung man sich an den vom BSG aufgestellten Anforderungen zu einem unabweisbaren Bedarf außerdem im Fall des Klägers an einer vorherigen Beratung durch den Beklagten zu einem Tarifwechsel in der privaten Krankenversicherung. Der Beklagte hat den Kläger bzw. dessen Eltern erst nach Bescheiderlass, nämlich mit Schreiben vom 06.03.2017, darauf hingewiesen, dass er bezüglich des begehrten Hilfsmittels unterversichert sei und man daher zu einem Wechsel in den Basistarif rate. Nachdem zu diesem Zeitpunkt die orthopädischen Schuhe bereits verordnet und vom Kläger angeschafft waren, kam der Hinweis zu spät und ein Wechsel in einen anderen Tarif wäre ohnehin nicht mehr möglich gewesen.

Hinzu kommt, dass die private Krankenversicherung des Klägers nicht verpflichtet war, dem Kläger Versicherung im Basistarif zu gewährleisten. Gemäß [§ 152 Abs. 2 Satz 1](#) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG in der Fassung des Gesetzes vom 01.04.2015, [BGBl. I, 434](#)) bzw. [§ 193 Abs. 5 Satz 1](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG in der Fassung des Gesetzes vom 01.04.2015, [BGBl. I, 434](#)) war der Versicherer an sich nur zu Gewährung einer Versicherung im Basistarif verpflichtet gegenüber allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Kreis der freiwillig Versicherten gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, und allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31.12.2008 abgeschlossen wird. Der Kläger gehörte keinem der aufgeführten Personenkreise an. Er war nicht freiwillig gesetzlich versichert, er war nicht beihilfeberechtigt und für ihn war eine Krankheitskostenversicherung vor dem 31.12.2008 abgeschlossen worden, die auch den Anforderungen genügt ([§ 193 Abs. 3 Satz 3 VVG](#)). Dass die B eventuell bereit gewesen wäre, den Kläger dennoch im Basistarif der gemäß [§ 152 Abs. 1 VAG](#) dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprach, also auch Leistungen für orthopädisches Schuhwerk vorsah ([§ 33 SGB V](#)) oder einem anderen diesbezügliche Leistungen enthaltenden Tarif zu versichern, kann dahin gestellt bleiben. Denn die Beratung, besser gesagt Aufforderung zu einem Wechsel durch den Beklagten erfolgte erst im Nachhinein. Überdies machte die B einen Tarifwechsel abhängig vom Ergebnis einer (erneuten) Gesundheitsprüfung des Klägers. Ohnedies konnte, wie dargelegt, vom Kläger kein Wechsel verlangt werden.

Auch hätte der Kläger nicht von sich aus, wie es der Beklagte meint, bereits vor dem Anstehen der hier relevanten Schuhversorgung einen Wechsel vornehmen müssen. Zwar musste seinen Eltern als gesetzlichen Vertretern bekannt sein, dass der Versicherungstarif A 420 des Klägers keine Kostenerstattung für orthopädisches Schuhwerk vorsah. Dass dies problematisch wäre und einer Leistungspflicht des Beklagten entgegenstehen sollte, war indes bis zum Ergehen des Bescheids vom 15.11.2016 für den Kläger bzw. seine Eltern nicht ersichtlich.

Der Beklagte hatte mit Bescheid vom 09.10.2009 bei gleicher Sachlage (vorherige Ablehnung einer Kostenerstattung durch die B mit Schreiben vom 28.11.2008) dem Kläger Leistungen für orthopedische Schuhe bewilligt. Später wurden außerdem mit Bescheid vom 09.12.2011 Leistungen für Aktiveinlagen gewährt. In keinem Fall hatte der Beklagte einen Tarifwechsel verlangt bzw. auf die aus seiner Sicht bestehende Problematik einer Unterversicherung hingewiesen. Soweit es Leistungen für einen Rollstuhl betrifft, drehte sich das Verfahren vornehmlich um die Frage der rechtzeitigen Kenntniserlangung des Beklagten i.S.d. [ 18 SGB XII](#). Mithin war der aus Sicht des Beklagten unzureichende Krankenversicherungsschutz vor dem hier relevanten Verwaltungsverfahren nicht thematisiert worden. Für die Eltern des Klägers bestand daher keine Veranlassung, sich aus eigenem Antrieb um einen anderen Versicherungsschutz für den Kläger zu bemühen.

Der Senat verkennt nicht, dass damit  wie vom Beklagten vorgebracht  im Ergebnis die Versorgung des Klägers mit orthopedischen Schuhen über steuerfinanzierte Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt und der Kläger bzw. seine Eltern gleichzeitig aufgrund der Leistungsausschlüsse wohl von niedrigeren Prämien für den Krankenversicherungstarif profitieren. Allerdings können dem Kläger im Rahmen des Anspruchs auf Eingliederungshilfe nicht fiktive Leistungen bzw. Ansprüche, etwa dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend, entgegengehalten werden. Grundsätzlich wäre in einem solchen Fall lediglich an die Möglichkeit des Kostenersatzes gem  103 Abs. 1 SGB XII zu denken. Jedoch wird im Fall des Klägers ein solcher Anspruch ausscheiden, da ein Wechsel in einen anderen Krankenversicherungstarif nicht (ohne Weiteres) infrage kam und es zudem an einer entsprechenden Beratung bzw. Belehrung durch den Beklagten fehlte, so dass jedenfalls ein sozialwidriges Verhalten nicht vorliegt. Der Vortrag des Beklagten, den Eltern des Klägers hätte seit dessen Geburt bewusst sein müssen, dass ein umfassender Versicherungsschutz notwendig ist, beruht auf bloßer Spekulation. Insbesondere mussten den Eltern des Klägers in Bezug auf Hilfsmittel nicht bei der Geburt oder in dem für die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung gem  198 VVG eröffneten Zeitraum von zwei Monaten ab Geburt des Klägers bereits das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen des Klägers deutlich sein und sie mussten nicht damals schon erkennen können, dass der Kläger deswegen einen umfassenderen Versicherungsschutz benötigen könnte. Überdies sieht [ 198 Abs. 1 VVG](#) nur vor, dass die Verpflichtung des Versicherers insoweit besteht, als der beantragte Versicherungsschutz für das neugeborene Kind nicht höher und nicht umfassender ist. Das wäre jedoch vorliegend der Fall gewesen.

Darüber hinaus stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es als gesetzgeberische Entscheidung nicht sozialhilferechtlich hinzunehmen ist, wenn der Gesetzgeber für den privaten Krankenversicherungsschutz nicht vorschreibt, dass dieser dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest annähernd entsprechen muss, sondern die Möglichkeit des Abschlusses von Tarifen mit Leistungsausschlüssen, Selbstbehalten oder ähnlichem eröffnet.

Der Kläger kann mithin vom Beklagten dem Grunde nach den Ersatz der Kosten beanspruchen, die für seine orthopedischen Schuhe aufgewandt wurden.

Der Haufhe nach ist der geforderte Betrag von 1.902,40 EUR zugrunde zu legen. Von den für die orthopedischen Schuhe angefallenen Kosten i.H.v. 2.002,40 EUR (laut Quittung der Fa. W vom 22.11.2016) macht der Kläger 1.902,40 EUR geltend. Da die orthopedischen Schuhe nicht nur den Zwecken der Eingliederungshilfe dienen, sondern auch ein Gebrauchsvorteil für den Kläger daraus resultiert, dass es sich bei dem Schuhwerk um einen Gegenstand des alltäglichen Lebens handelt, der dem Bereich des notwendigen Lebensunterhalts zuzuordnen ist, ist â wie in [Â§ 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XII](#) vorgesehen â eine gesonderte Betrachtung der hierfür ersparten Aufwendungen vorzunehmen. Vorliegend erscheint dazu der Abzug von 100 EUR vom Rechnungsbetrag i.H.v. 2.002,40 EUR dem Senat in Ausübung der ihm zukommenden tatsächlichen Würdigung ([Â§ 202 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [287](#) der Zivilprozessordnung â ZPO) angemessen, um diesen Gebrauchsvorteil sachgerecht abzubilden. Im Hinblick auf die in Â§ 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 der Orthopedieverordnung (OrthoV) festgelegten Eigenanteile bei der Versorgung mit orthopedischen Straßenschuhen erweist sich ein Abzug von 100 EUR jedenfalls nicht als zu gering. Somit wird der Teil, der den Kosten des Lebensunterhalts zuzuordnen und für den die Aufbringung von Mitteln nur bei Bedürftigkeit nicht zumutbar ist, vom Kläger schon nicht geltend gemacht. Daher ist keine Prüfung erforderlich, inwieweit ihm bzw. seinen Eltern hierfür die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen zumutbar wäre ([Â§ 19 Abs. 3](#), [Â§ 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 2 SGB XII](#)).

Die Berufung hat nach alledem Erfolg und es ist wie tenoriert zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf den [Â§ 183](#), [193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Erstellt am: 21.12.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024