

L 15 SO 183/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
15
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 50 SO 2128/11
Datum
27.04.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 15 SO 183/15
Datum
07.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen für die Restkosten für einen Rollstuhl, für den teilweise die Beihilfe und die Private Krankenversicherung geleistet haben, ist von vornherein auf eine Geldleistung gerichtet, so dass [§ 15 SGB IX](#) nicht zur Anwendung kommt.

2. Für ein behindertes Schulkind kann sowohl ein Aktivrollstuhl als auch ein Elektrorollstuhl notwendig sein; dabei handelt es sich nicht um eine Doppelversorgung oder Mehrfachausstattung, weil beide verschiedene Funktionen haben.
Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. April 2015 und der Bescheid des Beklagten vom 13. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2011 aufgehoben. Der Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 4.334,10 Euro für die Anschaffung eines Elektrorollstuhls und 734,21 Euro für die Anschaffung eines Aktivrollstuhls zu erstatten. Der Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des gesamten Rechtsstreits zu erstatten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Übernahme der Kosten für einen Aktivrollstuhl und für einen Elektrorollstuhl, soweit die Kosten nicht von den Beigeladenen übernommen wurden, und zwar in Höhe von 734,21 Euro für den Aktivrollstuhl und in Höhe von 4.334,10 Euro für den Elektrorollstuhl.

Die 2005 geborene, also jetzt 13 Jahre alte Klägerin leidet laut Attest des C -Klinikums, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) für chronisch kranke Kinder vom 11. August 2008 an einer komplexen Retardierung und einer schweren spastischen Tetraparese bzw. nach dem Befundbericht des die Klägerin behandelnden Kinderarztes Herrn M vom 12. September 2018 an einer infantilen Cerebralparese, einem Zustand nach Hirnblutung bei Frühgeburtlichkeit, einer statomotorischen Entwicklungsverzögerung und einer Störung der Haltungskontrolle. Die Behinderung resultiert aus einer Frühgeburt in der 29. Schwangerschaftswoche bei Zwillingsgeburt. Für die Klägerin waren zum hier in Rede stehenden Zeitpunkt ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 und die Merkzeichen B (Notwendigkeit ständiger Begleitung), G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) sowie H (Hilflosigkeit) festgestellt. Laut Bescheid des Beklagten vom 14. November 2008 gehört die Klägerin zum Personenkreis des § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch/Neuntes Buch (SGB IX) und § 53 Abs. 1 Sozialgesetzbuch/Zwölftes Buch (SGB XII), das heißt, sie ist durch eine Behinderung im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt. In der Folge erhielt die Klägerin Einzelfallhilfe vom Beklagten. Laut Entwicklungsbericht der Einzelfallhelferin vom 30. Oktober 2010 sollte die Klägerin, um ihre Selbstständigkeit weiterhin zu fördern, im Laufe des nächsten Jahres, also des Jahres 2011, einen Aktiv- sowie einen Elektrorollstuhl erhalten.

Mutter und Vater der Klägerin sind beide Polizeivollzugsbeamte und beihilfeberechtigt. Sie sind beide bei der Beigeladenen zu 2) privat krankenversichert, und zwar seit dem 1. September 1994.

Am 15. Februar 2011 teilte die Mutter der Klägerin dem Beklagten telefonisch mit, dass die Klägerin einen zweiten Rollstuhl für die Schule benötige. Die Beihilfe zahle für den Elektrorollstuhl 24.000 Euro, aber die Klägerin benötige einen leichten Rollstuhl extra. Die private Krankenversicherung lehne die Kostenübernahme ab, da diese nicht im Katalog stünde. Die Kinder würden im Sommer eingeschult. Am 25. Februar 2011 teilte der Vater der Klägerin telefonisch mit, dass der Aktivrollstuhl 6.500 Euro koste und für Arztbesuche und die Freizeit benötigt werde. Die Beihilfe übernehme 80 Prozent für beide Rollstühle. Es blieben 6.500 Euro Eigenbeteiligung. Die Kasse lehne eine weitere Beteiligung ab. Die Klägerin begehre den Betrag über die Eingliederungshilfe. Mit Eingang bei dem Beklagten am 18. März 2011 wurde der Antrag schriftlich wiederholt. Die Beigeladene zu 2) erstatte nach Krankenversicherungsvertrag für Rollstühle bis zu einem

Rechnungsbetrag von 2.000 Euro, mithin 400 Euro, und leiste keine Zweitversorgung. Die Klägerin sei umfassend versichert, zusätzliche ergänzende Versicherungen seien nicht möglich und seien auch bei Geburt nicht möglich gewesen. Es komme zu einer Minderleistung von 4.437,10 Euro für den Elektrorollstuhl und 734,21 Euro für den Aktivrollstuhl. Beigefügt war ein Angebot der Fa. r vom 19. November 2010 über einen Elektrorollstuhl in Höhe von insgesamt 23.670,52 Euro.

Die Beigeladene zu 1) erkannte u.a. den Elektrorollstuhl als Hilfsmittel im Rahmen der Bundesbeihilfeverordnung an. Die Erstattung erfolgte zum Bemessungssatz. Sie erstattete 18.936,42 Euro. Die Beigeladene zu 2) teilte den Eltern der Klägerin mit Schreiben vom 30. November 2010 mit, dass das beantragte Hilfsmittel nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung enthalten und eine Tarifleistung deshalb grundsätzlich nicht möglich sei. Aus dem Krankenversicherungsvertrag übernahmen sie die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro. Die Klägerin erhalte daher die Tarifleistung für den Elektrorollstuhl ausgehend von einem Rechnungsbetrag bis zu 2.000 Euro. Diese betrage im Tarif BA20 400 Euro. Darüber hinaus leiste die Beigeladene zu 2) nicht.

Die Klägerin legte das Angebot der Fa. r vom 7. Dezember 2010 über einen Aktivrollstuhl für Kinder in Höhe von insgesamt 6.459,24 Euro vor. Die Beigeladene zu 1) erkannte auch den Aktivrollstuhl als Hilfsmittel im Rahmen der Bundesbeihilfeverordnung an. Die Erstattung erfolgte zum Bemessungssatz von 80 %. Sie erstattete 5.325,03 Euro. Mit Schreiben vom 9. Dezember 2010 lehnte die Beigeladene zu 2) die Übernahme von Kosten für den Aktivrollstuhl mit der Begründung ab, sie leiste für eine Zweit- bzw. Doppelversorgung nicht. Sie zahlte anschließend "irrtümlich" doch weitere 400,00 Euro.

Mit Bescheid vom 13. April 2011 lehnte der Beklagte die Kostenübernahme für die Rollstühle ab. Das bei der Beigeladenen zu 2) beantragte Hilfsmittel sei nicht in deren Pflegehilfsmittelverzeichnis enthalten. Soweit ein vorrangiger Rehabilitationsträger, hier der Krankenversicherungsträger nach dem Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V), zuständig sei, kämen aufstockende Leistungen nach dem SGB XII nicht in Betracht. Sowohl die Krankenkasse als auch der Sozialhilfeträger könnten nur den notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen Bedarf sicherstellen. Die gesetzliche Krankenkasse stelle diese Hilfsmittel stets in ausreichendem Umfang sicher. Es sei von den Eltern der Klägerin zu prüfen, ob ein Wechsel in die gesetzliche Krankenkasse den Nachteil der privaten Krankenkasse ausgleiche.

Zur Begründung ihres Widerspruchs vom 5. Mai 2011 trugen die Eltern der Klägerin vor, die Rollstühle stellten einen notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen Bedarf dar, der ihr selbständig die Teilhabe am schulischen Leben ermöglichen solle.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. September 2011 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Die verbleibenden Restkosten für die Rollstühle könnten nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe übernommen werden. Nach [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) habe keinen Anspruch auf Sozialhilfe, wer die erforderlichen Leistungen von anderen erhalte, insbesondere von Trägern anderer Sozialleistungen. Im Übrigen binde [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) die medizinischen Reha-Leistungen der Sozialhilfe dem Umfang nach an die entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorrangige Versicherungsleistungen würden nicht aufgestockt. Der Nachranggrundsatz bedeute im Verhältnis zu anderen, vorrangigen Leistungen, dass die Sozialhilfe insoweit nicht einzutreten habe, als der Bedarf befriedigt sei. Dies gelte auch für die Eingliederungshilfe. Die Beigeladene zu 1) habe 80 Prozent der Kosten übernommen. Die hiernach noch fehlenden 20 Prozent der Rechnungsbeträge seien im Rahmen einer privaten Krankenversicherung abzusichern. Die Eltern der Klägerin hätten eine Versicherungspolice mit der Beigeladenen zu 2) abgeschlossen, und zwar mit dem Inhalt, dass nur 400 Euro für die Rollstühle hätten übernommen werden können. Sie hätten dabei bewusst in Kauf genommen, dass die Krankenversicherung einen geschlossenen Hilfsmittelkatalog habe, in dem u.a. auch eine Kostenpauschale für Krankenfahrstühle festgelegt sei.

Mit der am 14. Oktober 2011 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt. Zur Begründung hat sie auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Mai 2009, Az. [B 8 SO 32/07 R](#), verwiesen. Ein Nachrang der Sozialhilfeleistungen existiere nur, wenn entsprechende Leistungen tatsächlich "erbracht" würden. Dies sei hier nicht der Fall. Eine Nichtübernahme der Kosten verstoße gegen die [Art. 1, 2, 20](#) Grundgesetz (GG).

Der Beklagte hat erwidert, [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) sehe ausdrücklich eine Begrenzung vor dahingehend, dass nur Leistungen in dem Maße in Betracht kämen, in denen die gesetzlichen Krankenkassen leisten würden. Grund für diese Übertragung des Leistungsniveaus solle darin liegen, eine Besserstellung der Empfänger von Eingliederungshilfe und ergänzenden Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber Rehabilitanden aus anderen Leistungssystemen zu vermeiden. Außerdem sei die Klägerin nicht bedürftig, da die Eltern leistungsfähig seien. Im Übrigen könne keine Sozialhilfe für die Vergangenheit gewährt werden, da die Eltern der Klägerin die Rollstühle bereits bezahlt hätten.

Die Eltern der Klägerin legten die Rechnung für den Aktivrollstuhl vom 10. Februar 2011 in Höhe von 6.459,24 Euro vor. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht legten sie auch eine Liste der Firma r vor, aus der sich ergibt, dass die Kosten für den Aktivrollstuhl in Höhe von 6.459,24 Euro am 14. März 2011 und die Kosten für den Elektrorollstuhl in Höhe von 23.670,52 Euro am 8. April 2011 beglichen worden waren.

Mit Urteil vom 27. April 2015 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung auf das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg vom 20. September 2012, Az. [L 27 R 373/09](#), verwiesen. Daraus folge, dass als Anspruchsgrundlage nur [§ 15 SGB IX](#) in Betracht käme. Diese Vorschrift solle trägerübergreifend für alle Erstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen gelten. Sie sehe drei mögliche Erstattungsansprüche vor, nämlich sofern eine Fristsetzung an den Rehabilitationsträger erfolgt sei, oder wenn eine unaufschiebbar Leistung nicht rechtzeitig erbracht worden sei, oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt worden sei. Im Falle der Klägerin seien die Rollstühle bereits vor der Einschaltung des Beklagten in Auftrag gegeben worden. Wegen dieses formalen Fehlers habe die Klägerin im Ergebnis keinen Erstattungsanspruch gegen den Beklagten.

Gegen das am 3. Juni 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19. Juni 2015 Berufung bei dem LSG Berlin-Brandenburg eingelegt. Zur Begründung hat sie auf die Urteile des BSG, Az. [B 8 SO 23/08 R](#) und Az. [B 8 SO 21/08 R](#), verwiesen. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG stelle [§ 2 SGB XII](#) regelmäßig keine eigenständige Ausschlussnorm dar, sondern es ließe sich lediglich im Zusammenhang mit ergänzenden und konkretisierenden Vorschriften des SGB XII die Bedürftigkeit verneinen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. April 2015 und den Bescheid des Beklagten vom 13. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, der Klägerin 4.334,10 Euro für die Anschaffung eines Elektrorollstuhls und 734,21 Euro für die Anschaffung eines Aktivrollstuhls zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat er ausgeführt, die Rollstühle seien ca. zwei Monate vor der Antragstellung am 14. März 2011 in Auftrag gegeben worden. Am 14. März 2011 sei der eine Rollstuhl bezahlt worden, der andere am 8. April 2011. Der Beklagte hat sich auf die Argumentation des Sozialgerichts in dem angegriffenen Urteil bezogen.

Die Beigeladene zu 1) hat keinen Antrag gestellt, aber auf das Urteil des Obergerichtes (OVG) Lüneburg vom 5. April 2011, Az. [5 LB 218/09](#), verwiesen, wonach es Sache des einzelnen Beihilfeberechtigten sei, sich hinsichtlich der durch die staatliche Beihilfe nicht abgedeckten Aufwendungen im Krankheitsfall um einen privatrechtlichen Versicherungsschutz zu bemühen.

Die Beigeladene zu 2) hat ebenfalls keinen Antrag gestellt und darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Hilfsmittel nicht um ein Pflegehilfsmittel handle und eine Erstattung aus der Pflegeversicherung daher nicht möglich sei. Es seien versehentlich zweimal 400 Euro erstattet worden. Sie habe entgegenkommend auf eine Rückforderung verzichtet. Sie sei nach ihrem Versicherungsvertrag nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem habe sie die medizinische Notwendigkeit der Rollstühle bisher nicht hinterfragt. Fest stehe nur, dass ein Rollstuhl medizinisch notwendig sei. Sie hat ihre Versicherungsbedingungen beigefügt. Wegen der Einzelheiten wird auf die Versicherungsbedingungen (Bl. 104ff der Gerichtsakten) verwiesen.

In einem Erörterungstermin am 28. Juni 2018 vor dem Senat hat der Vater der Klägerin erklärt, dass er nach der Geburt der Klägerin bei seiner Versicherung die höchstmögliche Versicherung beantragt habe. Er habe die Auskunft erhalten, dass er bereits die höchstmögliche Versicherung habe. Weiter hat er erklärt, dass der Aktivrollstuhl benötigt werde, weil der 75 kg schwere Elektrorollstuhl nicht überallhin mitgenommen werden könne, z.B. nicht in die fünfte Etage zu einer befreundeten Familie. Der Transport zur Schule erfolge mit dem Aktivrollstuhl, in der Schule benutze die Klägerin dann den Elektrorollstuhl. Dieser verbleibe auch in der Schule. Mit dem Aktivrollstuhl müsse sie geschoben werden.

Die Vertreterin des Beklagten hat die Notwendigkeit von zwei Rollstühlen bestritten.

Der Vater der Klägerin hat weiter erklärt, dass die Kosten, die nicht erstattet worden seien, nicht steuerlich geltend gemacht worden seien.

Der Senat hat das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von der Fa. M vom 7. August 2008 sowie die Wiederholungsgutachten vom 18. Mai 2011, vom 12. August 2013 sowie vom 23. September 2014 angefordert und erhalten. Weiter hat der Senat Befundberichte der die Klägerin behandelnden Ärzte, und zwar der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Kinderorthopädie Dr. B vom 27. August 2018 und von dem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Herrn M vom 12. September 2018 eingeholt. Beide haben die Frage des Senats, ob die Klägerin sowohl einen Elektrorollstuhl als auch einen Aktivrollstuhl benötige, bejaht. Die Einsatzgebiete der Rollstühle seien sehr unterschiedlich. Beide trügen auf ihre Art zur sozialen Teilhabe und individuellen Entwicklung bei, die aus ärztlicher Sicht für die Klägerin extrem wichtig seien. Der Elektrorollstuhl sei zur Förderung der Selbständigkeit im Schulalltag sowie für mittellange und lange Wege notwendig, der Aktivrollstuhl für kurze Strecken, z. B. innerhalb der Wohnung indiziert. Frau Dr. B legte verschiedene Berichte des H Klinikums über ambulante Behandlungen der Klägerin dort vor.

Der Senat hat weiter eine Stellungnahme der F e. V., in der die Klägerin Schülerin ist, vom 7. November 2018 eingeholt. Wegen der Einzelheiten wird auf diese Stellungnahme, die sich auf Blatt 233f der Gerichtsakten befindet, verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der eingereichten Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Akteninhalt verwiesen.

Die die Klägerin betreffenden Verwaltungsakten des Beklagten haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Sie ist auch begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. April 2015 und der Bescheid des Beklagten vom 13. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. September 2011 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Sie hat Anspruch auf Erstattung der Kosten für beide Rollstühle, und zwar für den Elektrorollstuhl in Höhe von 4.334,10 Euro und für den Aktivrollstuhl in Höhe von 734,21Euro.

Rechtsgrundlage für den Anspruch ist [§ 19 Abs. 3 SGB XII](#) in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003, [BGBl. I Seite 3022](#) (im Folgenden: SGB XII alte Fassung - a.F. -) in Verbindung mit [§ 53 SGB XII](#) in der hier bis zum 31. Dezember 2017 geltenden a.F. und in Verbindung mit [§ 54](#) Absätze 1 und 2 SGB XII a.F. sowie mit [§ 26](#) Absätze 1 und 2 SGB IX in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung des Gesetzes vom 19. Juni 2001, [BGBl. I Seite 1046](#) (im Folgenden: SGB IX a.F.). Da sich der geltend gemachte Anspruch auf eine Geldleistung richtet (dazu s.u.), ist für die Frage, ob ein Leistungsanspruch besteht, auf die Rechtslage im Zeitpunkt der Entstehung (Fälligkeit) der Kosten (hier im März bzw. April 2011) abzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013, Az. [B 8 SO 18/12 R](#), juris Rn. 12 = FEVS 66, 5).

Für Leistungen der Sozialhilfe einschließlich der hier in Rede stehenden Leistungen der Eingliederungshilfe war (und ist) gemäß [§ 98 Abs. 1](#), [§ 97 Abs. 1 SGB XII](#) das Land Berlin als örtlicher Träger der Sozialhilfe örtlich und sachlich zuständig (§ 1 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung

des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – AG-SGB XII – des Landes Berlin vom 7. September 2005, GVBl. 2005, 467, wonach örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe im Sinne des [§ 3](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch das Land Berlin ist).

[§ 19 Abs. 3 SGB XII](#) lautet:

Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen werden nach dem Fünften bis Neunten Kapitel dieses Buches geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels dieses Buches nicht zuzumuten ist.

[§ 53 SGB XII](#) a.F. lautet:

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#) des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten 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. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) ()

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

[§ 54](#) Absätze 1 SGB XII a.F. lautet:

1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den [§§ 26, 33, 41 und 55](#) des Neunten Buches insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,

2.-4. ()

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

[§ 26](#) Absätze 1 und 2 SGB IX a.F. lauten:

(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

5. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder

6. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1.-5. ()

6. Hilfsmittel,

7. ()

Bei der Klägerin liegt eine Behinderung im Sinne des [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) vor. Das hat der Beklagte bereits mit Bescheid vom 14. November 2008 festgestellt. Dies gilt auch weiterhin und auch für den hier in Rede stehenden Zeitpunkt März/April 2011. Gemäß [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) a.F. sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach dem vom Senat eingeholten Befundbericht des Kinderarztes Herrn M litt und leidet die Klägerin an einer infantilen Cerebralparese, einem Zustand nach Hirnblutung bei Frühgeburtlichkeit, einer statomotorischen Entwicklungsverzögerung und einer Störung der Haltungskontrolle. Sie ist laut dem Befundbericht der behandelnden Kinderorthopädin Frau Dr. B nicht steh- und gehfähig.

Das bei jeder Eingliederungsmaßnahme zu prüfende Merkmal der Notwendigkeit ([§ 4 Abs. 1 SGB IX](#)) ist nur zu bejahen, wenn die

Eingliederungsmaßnahme unentbehrlich zum Erreichen der im Gesetz genannten Eingliederungsziele (vgl. zu den Eingliederungszielen oben [§ 53 Abs. 1 SGB XII](#)) ist (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2013, [B 8 SO 18/12 R](#), juris Rn. 15).

Die Anschaffung der beiden Rollstühle war im Falle der Klägerin unentbehrlich zum Erreichen der Eingliederungsziele. Sie benötigt nach übereinstimmenden Angaben von Herrn M und Frau Dr. B sowohl einen Elektrorollstuhl als auch einen Aktivrollstuhl, da die Einsatzgebiete für die Rollstühle sehr unterschiedlich sind. Beide tragen auf ihre Art zur sozialen Teilhabe und der individuellen Entwicklung bei. Auf Grund der schweren Dyskinesie (Störung eines Bewegungsablaufs) und der geringen Kraft in den Armen ist das selbständige Fahren eines Aktivrollstuhls zur selbständigen Fortbewegung nicht möglich. Die Steuerung der Mittelkonsole des Elektrorollstuhls ist selbständig möglich, da die Klägerin mental sehr gut entwickelt ist. Der Aktivrollstuhl ist insbesondere für die Wohnung als auch für die Zurücklegung kurzer Strecken indiziert. Der Senat folgt der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Klägerin, dass sowohl ein Aktivrollstuhl als auch ein Elektrorollstuhl für die Klägerin notwendig sind, aus den eben genannten Gründen. Die Klägerin bedarf beider Rollstühle, um die Folgen der bei ihr bestehenden Behinderungen zu mildern und sie in die Gesellschaft einzugliedern. Ohne den Elektrorollstuhl wäre die Klägerin nicht in der Lage, sich selbständig fortzubewegen, ohne den Aktiv-Rollstuhl könnte sie nicht in der Wohnung bewegt werden, weil der Elektrorollstuhl zu groß, zu behäbig und zu schwer ist. Auf Grund der Art und der Schwere der bei der Klägerin bestehenden Behinderungen und der eindeutigen und nachvollziehbaren Angaben ihrer behandelnden Ärzte sieht es der Senat als nachgewiesen an, dass beide Rollstühle benötigt werden. Eine Begutachtung war daher nicht erforderlich.

Die Klägerin benötigt den Elektrorollstuhl insbesondere zur Teilnahme am Schulunterricht, also gemäß [§ 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII](#) a.F. als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung. Dies ergibt sich aus der vom Senat eingeholten Stellungnahme der F e.V. vom 7. November 2018. Danach benötigt die Klägerin den Elektrorollstuhl, um ihre Selbständigkeit im Schulalltag und für ihren weiteren Lebensweg zu fördern. Mit dem Elektrorollstuhl kann sie von sich aus ohne Hilfe eines Erwachsenen auf andere Kinder zufahren. Diese Möglichkeit der freien Kontaktaufnahme ist für sie im Hinblick auf ihre soziale und persönliche Entwicklung sehr wichtig. Am Sportunterricht kann sie nur wirklich mit dem Elektrorollstuhl partizipieren, sich frei bewegen und selbst aktiv werden. Z.B. helfen ihr Übungen wie Slalom fahren, sicherer zu werden. In anderen Fächern wie Gartenbau, Werken und Eurythmie ist die Klägerin auf ihren Aktivrollstuhl angewiesen. Die dort stattfindenden Tätigkeiten sowie die Raumaufteilung bedingen dies. Im Eurythmie-Unterricht würde sie den anderen Kindern mit dem Elektrorollstuhl über die Füße fahren. Bei Schulausflügen wird der Aktivrollstuhl benötigt, weil es in Berlin im öffentlichen Nahverkehr und in den besuchten Einrichtungen nicht immer Fahrstühle gibt, gleiches gilt für Klassenfahrten. Aus pädagogischer Sicht ist insbesondere der Elektrorollstuhl für die Persönlichkeitsentwicklung eines jungen, lernenden Menschen mit einer körperlichen Behinderung unabdingbar. Da es aber noch viele Barrieren für Rollstuhlfahrer gibt, ist die Klägerin auch auf einen Aktivrollstuhl angewiesen, dies insbesondere auch im nichtschulischen Alltag, so dass hier die medizinische Rehabilitation im Vordergrund steht, weil der Aktivrollstuhl die Folgen der Behinderung, die mangelnde Geh- und Stehfähigkeit, mindert im Sinne des [§ 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII](#).

Die Klägerin benötigt die beiden Rollstühle sowohl für eine angemessene Schulbildung als auch zur medizinischen Rehabilitation. Die Abgrenzung von Leistungen zur sozialen Rehabilitation von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt nach der Rechtsprechung des BSG nicht nach den in Betracht kommenden Leistungsgegenständen; entscheidend ist vielmehr der Leistungszweck. Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen an der Krankheit selbst und ihren Ursachen an. Leistungen der sozialen Rehabilitation zielen hingegen darauf, den Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung von (Teil-)Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ausgegrenzt sind, den Zugang zur Gesellschaft zu ermöglichen, oder den Personen, die in die Gesellschaft integriert sind, die Teilhabe zu sichern, wenn sich abzeichnet, dass sie von gesellschaftlichen Ereignissen und Bezügen abgeschnitten werden. Daher dienen die Leistungen der sozialen Rehabilitation, zu denen auch die Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung gehören, unter Zugrundelegung eines individualisierten Förderverständnisses dazu, soziale Folgen einer Behinderung zu beseitigen oder zu mildern. Maßgebend für die Abgrenzung von medizinischer und sozialer Rehabilitation ist danach also, ob die Therapie direkt an der Behandlung der behinderungsbedingten Störung ansetzt oder unmittelbar die sozialen Folgen einer Behinderung beseitigen bzw. mildern soll. Dementsprechend bleiben lediglich mittelbar verfolgte Zwecke und Ziele außer Betracht. Dies bedeutet nicht, dass eine Leistungserbringung, die an der Behandlung der behinderungsbedingten Störung ansetzt, nicht gleichzeitig mit dem Ziel durchgeführt werden kann, die sozialen Folgen einer Behinderung zu beseitigen bzw. zu mildern und umgekehrt. Eine Maßnahme kann ausgehend von einer am Einzelfall orientierten, individuellen Beurteilung vielmehr auch mehrere unterschiedliche Zwecke haben, sodass sich die Leistungszwecke des SGB V bzw. der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Rehabilitation überschneiden und (bei Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen) die Leistungspflicht des Rehabilitationsträgers für eine soziale Rehabilitation begründen können, wenn die Leistung nicht als Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht wird (BSG, Urteil vom 28. August 2018, Az. [B 8 SO 5/17 R](#), juris Rn. 19 - 23).

Gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB XII](#) ist im Rahmen der Eingliederungshilfe die Versorgung mit Hilfsmitteln möglich. Bei den Rollstühlen handelt es sich um Hilfsmittel.

Gemäß § 12 Nr. 1 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Verordnung nach [§ 60](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 1. Februar 1975 (Eingliederungshilfe-Verordnung) umfasst die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auch heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zugunsten körperlich und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern. Unter den Begriff der "sonstigen Maßnahmen" kann jede mögliche Hilfe subsumiert werden, die im Einzelfall geeignet und notwendig ist, bis auf solche, die darauf zielen, den Kernbereich der pädagogischen Arbeit abzudecken (Bieritz-Harder in LPK-SGB XII, 12. Auflage 2018, § 54 Rn. 47), also auch Hilfsmittel.

Die Voraussetzungen beider Eingliederungshilfearten sind vorliegend erfüllt. Eine Abgrenzung der beiden Rehabilitationsziele ist nicht notwendig. Von Bedeutung wäre das nur, wenn einer der beiden Rollstühle von einer Erstattung ausgeschlossen wäre, z.B. weil eine Doppelversorgung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nicht notwendig wäre. Nach [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) a.F. entsprechen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Rehabilitationsleistungen der GKV. Wie bei der Hilfe zur Gesundheit ([§ 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#)) werden die Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit den Leistungen der Krankenversicherung so verknüpft, dass sie nach Art und Umfang nicht über die Leistungen des SGB V hinausgehen (BSG, Urteil vom 28. August 2018, Az. [B 8 SO 5/17 R](#), juris Rn. 27). Rollstühle sind gemäß [§ 33 SGB V](#) von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmende Hilfsmittel. Sofern nach dem Krankenversicherungsrecht eine Doppelversorgung nicht möglich wäre, wäre auch eine Erstattung durch den Sozialhilfeträger, hier den Beklagten, nicht möglich. Eine Doppelversorgung oder Mehrfachausstattung liegt jedoch nicht vor. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Hilfsmittel anzusehen

(BSG, Urteil vom 3. November 2011, Az. [B 3 KR 4/11 R](#), juris Rn. 20 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 36, wonach im Übrigen für Kinder und Jugendliche auch eine Mehrfachausstattung, also eine Doppelversorgung mit dem funktionsgleichen Hilfsmittel, in Betracht kommt). Wie oben erläutert, benötigt die Klägerin beide Rollstühle, wobei sie den Elektrorollstuhl in erster Linie für die Schule benötigt, aber auch für die selbständige Zurücklegung längerer Strecken im nichtschulischen Alltag, und den Aktivrollstuhl in erster Linie zur Bewegung innerhalb privater Räumlichkeiten, aber auch zur Bewältigung des Schulalltags. Beide haben also unterschiedliche Funktionen.

Eine Abgrenzung der Rehabilitationsziele ist auch nicht deshalb erforderlich, weil sich daraus unterschiedliche Konsequenzen bezüglich einer Kostenbeteiligung der Eltern der Klägerin gemäß [§ 92 SGB XII](#) ergeben würden. [§ 92 Abs. 2 SGB XII](#) in der Fassung des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24. März 2011, [BGBl. I Seite 453](#), lautete:

Den in § 19 Abs. 3 genannten Personen ist die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten

1. (),
2. bei der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu,
3. und 4. (),
8. bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 des Neunten Buches),
9. bis 8. ().

Die in Satz 1 genannten Leistungen sind ohne Berücksichtigung von vorhandenem Vermögen zu erbringen (Satz 2). (Sätze 1 bis 5). Zum Ersatz der Kosten nach den §§ 103 und 104 ist insbesondere verpflichtet, wer sich in den Fällen der Nummern 5 und 6 vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht oder nicht ausreichend versichert hat (Satz 6).

Da also sowohl bei Leistungen der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung als auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Kostenbeteiligung der Eltern der Klägerin nicht in Betracht kommt, ist eine Abgrenzung der Rehabilitationsziele nicht erforderlich.

Ein Anspruch der Klägerin scheidet auch nicht deshalb aus, weil sie bzw. ihre Eltern sie anders hätten versichern können bzw. müssen. Auf den in [§ 2 SGB XII](#) normierten Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe lässt sich dies nicht stützen. [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) lautet:

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

Diese Vorschrift ist, wenn andere Leistungen – wie hier höhere Leistungen durch die Beigeladene zu 2) – tatsächlich nicht erbracht werden, keine eigenständige Ausschlussnorm, sondern ihr kommt regelmäßig nur im Zusammenhang mit ergänzenden bzw. konkretisierenden sonstigen Vorschriften des SGB XII Bedeutung zu; ein Leistungsausschluss ohne Rückgriff auf andere Normen des SGB XII ist mithin allenfalls in extremen Ausnahmefällen denkbar, etwa wenn sich der Bedürftige generell eigenen Bemühungen verschließt und Ansprüche ohne weiteres realisierbar sind (BSG, Urteil vom 22. März 2012, Az. [B 8 SO 30/10 R](#), juris Rn. 25 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 8). Dies ist hier nicht der Fall. Wie die Beigeladene zu 2) mitgeteilt hat, hätten die Eltern der Klägerin diese nicht in der Weise versichern können, dass die Kosten für die Rollstühle in voller Höhe von den Beigeladenen übernommen werden würden. Zum Zeitpunkt der Geburt der Klägerin galt [§ 178d](#) Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Juli 1994, [BGBl. I Seite 1630](#). Diese Vorschrift lautete:

Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

Da die Eltern der Klägerin diese nur bei der privaten Versicherung versichern konnten, bei der sie selbst versichert sind, kommt ein Nachrang von vornherein nicht in Betracht. Bei jeder anderen Versicherung hätte die Klägerin sich einer Gesundheitsprüfung unterziehen müssen. Eine Versicherung wäre auf Grund der Tatsache, dass die Behinderung aus einem Geburtsschaden resultiert, also auch von Anfang an vorhanden war, sehr viel teurer gewesen, wenn sich überhaupt ein Versicherer gefunden hätte, der die Klägerin unter diesen Bedingungen versichert hätte.

Auch bei der Beigeladenen zu 2) hätten die Eltern der Klägerin diese nicht zu anderen Konditionen versichern können, wie sich aus den von der Beigeladenen zu 2) vorgelegten "Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Musterbedingungen (MB/KK 2009)", dort § 4 II f): Hilfsmittel, ergibt. Dort heißt es: "Als Hilfsmittel gelten () Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 EUR ()". Da die Eltern der Klägerin diese nach [§ 178d Satz 2 VVG](#) nicht höher und nicht umfassender versichern konnten als sie selbst versichert waren, kommt eine höhere und ggfs. vorrangige Absicherung der Klägerin nicht in Betracht.

Auch eine (freiwillige) Versicherung in der GKV kam nicht in Betracht, die Klägerin bzw. ihre Eltern waren zu einem Wechsel in eine gesetzliche Krankenkasse nicht berechtigt. Dies ergibt sich aus [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I Seite 2266](#). Diese Vorschrift lautete:

Der Versicherung können beitreten 1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 werden nicht berücksichtigt, 2. Personen, deren Versicherung nach § 10

erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen, 3. () 4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen, 5. bis 8. ()

Die Eltern der Klägerin erfüllen keine dieser Voraussetzungen. Auch [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) ist nicht erfüllt. Die GKV soll nicht für die Krankenversicherungskosten aller Schwerbehinderten aufkommen und so die Private Krankenversicherung entlasten. Dementsprechend knüpft das Gesetz für den Regelfall an eine gewisse Beziehung eines Elternteils oder des Ehegatten des Schwerbehinderten zur GKV in Form der Erfüllung einer Vorversicherungszeit an. Das Beitrittsrecht nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) ist damit ein modifiziertes Weiterversicherungsrecht, soweit an Vorversicherungszeiten der Eltern oder des Ehegatten angeknüpft wird (Baierl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 9 SGB V](#), Rn. 48).

Kenntnis von der Behinderung der Klägerin hatte der Beklagte bereits seit dem Jahr 2008, in dem zum ersten Mal Einzelfallhilfe bewilligt worden war. Konkrete Kenntnis von der geplanten Anschaffung von Rollstühlen hatte der Beklagte durch den Bericht der Einzelfallhelferin vom 30. Oktober 2010 sowie die telefonischen Mitteilungen der Eltern der Klägerin vom 15. und 25. Februar 2011. Da [§ 18 SGB XII](#) zum Schutz des Hilfebedürftigen einen niedrighschwelligigen Zugang zum Sozialhilfesystem sicherstellen will, ist es für die Vermittlung der erforderlichen Kenntnis i.S.d. [§ 18 SGB XII](#) ausreichend (aber auch erforderlich), dass die Notwendigkeit der Hilfe dargetan oder sonst wie erkennbar ist. Die weitere Sachverhaltsaufklärung obliegt dann als Ausfluss des Amtsermittlungsgrundsatzes dem Sozialhilfeträger (Coseriu in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, Stand August 2018, [§ 18 SGB XII](#), Rn. 13).

Die Klägerin hat damit einen Anspruch auf die nicht gedeckten Kosten für die Rollstühle im Rahmen der Eingliederungshilfe.

[§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. ist entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hier nicht einschlägig, weil sich der Anspruch der Klägerin von vornherein auf eine Geldleistung und nicht auf eine Sachleistung richtete. Wäre er anzuwenden, wäre ein Anspruch ausgeschlossen, weil die Klägerin bzw. ihre Eltern die Rollstühle bereits vor dem Erlass des ablehnenden Bescheides vom 13. April 2011 beschafft hatten. Die genannte Vorschrift lautet:

Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

[§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist hier nicht anwendbar, weil sich Erstattungsansprüche nach [§ 15 SGB IX](#), der sich an das Recht der GKV anlehnt, nur auf Sachleistungen beziehen. [§ 15 SGB IX](#) stellt also eine gesetzliche Ausnahme zum eigentlich geltenden Sachleistungsprinzip dar, der es bei von vornherein auf Geldleistungen gerichteten Ansprüchen nicht bedarf (BSG, Urteil vom 19. Mai 2009, Az. [B 8 SO 32/07 R](#), juris Rn. 12 = [SozR 4-3500 § 54 Nr. 5](#)). Gemäß [§ 10 Abs. 3 SGB XII](#) haben Geldleistungen Vorrang vor Gutscheinen oder Sachleistungen, soweit das SGB XII nicht etwas anderes bestimmt oder mit Gutscheinen oder Sachleistungen das Ziel der Sozialhilfe erheblich besser oder wirtschaftlicher erreicht werden kann oder die Leistungsberechtigten es wünschen. Leistungen für Hilfsmittel (wie hier die Rollstühle) werden vom Sozialhilfeträger in aller Regel als Geldleistungen erbracht, d.h. er stellt das Hilfsmittel nicht selbst zur Verfügung, sondern erstattet ggfs. die Kosten hierfür, so dass es sich um einen Geldleistungsanspruch handelt (so auch für das Hilfsmittel Brille das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 31. August 2017, Az. [L 8 SO 79/14](#), juris Rn. 23). Vorliegend handelt es sich schon deshalb von vornherein um einen erstattungsfähigen Geldleistungsanspruch, weil hier insbesondere die Beigeladene zu 1), aber auch die Beigeladene zu 2), für Hilfsmittel vorrangig leistungspflichtig sind und nur der Teil, den diese nicht erstatten, beim Sozialhilfeträger geltend gemacht werden kann. Es besteht also keine Leistungsbeschaffungspflicht eines vorrangig leistungspflichtigen Trägers. Der Anspruch gegen die Beihilfe gewährende Stelle, hier die Beigeladene zu 1), und die private Krankenversicherung ist immer auf eine Geldleistung gerichtet.

Richtet sich aber der Anspruch auf eine Geldleistung, ist es rechtlich unerheblich, dass die Eltern der Klägerin den Auftrag für die Rollstühle bereits im Februar 2011 und damit zeitlich vor Erlass des Ablehnungsbescheids vom 13. April 2011 erteilt haben; insbesondere stehen [§§ 2, 18 SGB XII](#) (Nachrang der Sozialhilfe, Leistung erst ab Kenntnis des Sozialhilfeträgers) einer Leistungsgewährung nicht entgegen. Soweit das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) eine Bedarfsdeckung im Wege der Selbsthilfe nach Kenntniserlangung des Sozialhilfeträgers vom Bedarf, aber noch vor der letzten Behördenentscheidung als anspruchsvernichtend angesehen hat, wenn es dem Hilfesuchenden zuzumuten war, die Entscheidung des Sozialhilfeträgers abzuwarten (vgl. [BVerwGE 90, 154](#), 156 m.w.N), so ist das BSG dieser Rechtsprechung bei einem auf eine Geldleistung gerichteten Primäranspruch nicht gefolgt. Das Erfordernis einer Eilbedürftigkeit findet keine Stütze im Gesetz; hierfür sprechen auch keine allgemeinen Grundsätze bei nicht rechtzeitiger oder zu Unrecht verweigerter Sachleistung (vgl. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)). Ein von vornherein bestehender Geldleistungsanspruch lässt im Gegenteil keinen Raum für die Umwandlung eines primären Sachleistungsanspruchs in eine sekundäre Geldleistung. Eine Eilbedürftigkeit kann also, abgesehen davon, dass die Selbsthilfe dem Leistungsträger nicht die Möglichkeit nähme, Ermessen nachträglich noch auszuüben, nicht deshalb gefordert werden, weil ein Auswahlermessen des Sozialhilfeträgers über die Leistungserbringung (Sach- oder Geldleistung) beeinträchtigt wäre (BSG, Urteil vom 2. Februar 2012, [B 8 SO 9/10 R](#), juris Rn. 21= [SozR 4-5910 § 39 Nr. 1](#)).

Die Klägerin hat nach alldem einen Anspruch auf Erstattung der Restkosten für die beiden Rollstühle. Diese Restkosten betragen für den Elektrorollstuhl 4.334,10 Euro (23.670,52 Euro minus 18.936,42 Euro Erstattung Beihilfe minus 400,00 Euro Erstattung Private Krankenversicherung) und für den Aktivrollstuhl 734,21 Euro (6.459,24 Euro minus 5.325,03 Euro Beihilfe minus 400,00 Euro "irrtümliche" Leistung der Privaten Krankenversicherung).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Bezüglich der Beigeladenen ist dabei zu berücksichtigen, dass sie keine Anträge gestellt haben.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB
Saved
2019-03-04