L 8 SO 213/20

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Sozialhilfe
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 46 SO 134/17
Datum
27.08.2020
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 8 SO 213/20
Datum
21.05.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
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 unzureichender privater Krankenversicherungsschutz kann der Leistungspflicht des Eingliederungshilfeträgers im Rahmen des § 14 SGB IX a.F. nicht entgegengehalten werden.

I. Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. August 2020 sowie der Bescheid des Beklagten vom 15. November 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. März 2017 aufgehoben und der Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die gemäß Verordnung des Arztes K vom 10. Oktober 2016 angeschafften orthopädischen 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 - nach Frühgeburt - unter 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 - nach einer landesrechtlichen Zuständigkeitsänderung - 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 gänzlich 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 gehöre 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 Kläger am 10.10.2016 ein Paar Maßschuhe mit Schaftverstärkung wegen spastischer bilateraler beinbetonter Cerebralparese, Gehbehinderung und Beugekontraktur.

Mit Schreiben vom 27.10.2016 beantragten die Eltern des Klägers für diesen beim Beklagten Kostenübernahme für Maßschuhe gemäß der Verordnung vom 10.10.2016. Sie hatten sich zuvor an die B gewandt, die aber eine Kostenübernahme abgelehnt hatte, da orthopädische Maßschuhe im Tarif A 420 nicht aufgeführt seien (Schreiben vom 20.10.2016). Vorgelegt wurde zudem der Kostenvoranschlag der Fa. W vom 12.10.2016 über 2.002,40 EUR (orthopädische Straßenschuhe, beidseitige Knöchelstütze/Polsterung, Sohlenversteifung mit Einarbeitung, Mehraufwand für Stufenentlastung und Knöchelleisten).

Der Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 15.11.2016 ab. Bei den orthopädischen Maßschuhen handle es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Hierfür seien die gesetzlichen Krankenkassen zuständig, die sachliche Zuständigkeit des Beklagten sei nicht gegeben. Es bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungshilfe in Form von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Leistungen entsprächen denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kläger 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, dass allgemein zum Ausgleich einer Behinderung beitrage.

Im Widerspruch wurde angeführt, der Beklagte sei mangels Weiterleitung zuständig geworden, auch in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Maßschuhe seien wegen einer Verschlechterung des Gangbildes erforderlich geworden.

Nach Vorlage des Widerspruchs an die Regierung von Oberbayern - dabei wurde auch eine Unterversicherung des Klägers in der Krankenversicherung thematisiert - wies diese den Beklagten darauf hin (Schreiben vom 17.01.2017), dass klärungsbedürftig sei, ob ein Tarifwechsel konkret gefordert worden sei und ob die Versicherung einem Wechsel in den Basistarif oder einer Ausweitung des bisherigen Tarifs zustimmen müsse. Soweit ersichtlich, sei der nicht bedarfsdeckende Tarif auch bisher vom Sozialhilfeträger nicht beanstanden worden.

Der Beklagte teilte dazu mit (Schreiben vom 08.02.2017), dass es bisher einer Beratung des Klägers nicht bedurft habe, da dieser keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation bezogen habe. Die von der privaten Krankenversicherung zu erstattenden Kosten für Hilfsmittel seien abschließend festgelegt. Da dieser Katalog standardmäßig verwendet werde, müsse jeder privat Krankenversicherte, der nicht im Basistarif versichert sei, damit rechnen, dass nur die Kosten der dort enthaltenen Hilfsmittel erstattet würden. Den Eltern des Klägers sei durch die Ablehnung der Versicherung bereits bekannt gewesen, dass der Tarif nicht alle benötigten 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 kämen für 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 für 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 erübrigt, 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 käme 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 bestünden 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 bestünden 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 Maßschuhe 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 ü 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, § 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., § 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 § 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. § 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, § 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 § 97 Abs. 2, § 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 § 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. § 18 SGB XII über die Bedarfslage bezüglich der Versorgung mit orthopädischen Schuhen.

Ferner scheitert ein Anspruch nicht daran, dass der hier zugrunde liegende Bedarf schon anderweitig gedeckt worden wäre (§ 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 - GG) nicht bei einer rechtswidrigen Ablehnung der Hilfegewährung 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 Hilfegewährung 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 § 19 Abs. 3, § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII a.F. erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 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 §§ 53 ff. SGB XII a.F. umfasste auch Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX a.F.). Außerdem war er vom Einkommens- und Vermögenseinsatz - grundsätzlich (dazu noch unten) - freigestellt (§ 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 § 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 (§ 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 gewähren sein, wenn die nachfragende Person - wie vorliegend der Kläger - keine Regelsätze erhält (§ 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 großer Höhe anfallen, so dass sie aus dem Regelbedarf nicht gedeckt werden können (vgl. Scheider in: Schellhorn/Hohm/Schei-der/Legros, SGB XII, 20. Aufl., § 31 Rn. 24). Zu prüfen ist bei Bedarfen nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII stets, ob nicht vorrangig andere (Sozial-)Leistungsträger für die Bedarfsdeckung in Betracht kommen (vgl. Scheider, a.a.O., Rn. 25; Wrackmeyer-Schoen in: Grube/Wahrendorf/Flint, SGB XII, 6. Aufl., § 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: § 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: § 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V) zu leisten. Demzufolge wird es regelmäßig so sein, dass bei der Anschaffung der in § 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 § 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 § 2 SGB XII widersprechen, das ausdrücklich auch Verpflichtungen anderer, insbesondere anderer Sozialleistungsträger, unberührt lässt. Für dieses Verständnis spricht auch die Gesetzesbegründung zu § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII. Dort (BT-Drs. 17/3403, S. 124) ist nämlich von einem "einmaligen Bedarf für die Anschaffung (Eigenanteile) und Reparaturen von orthopädischen Schuhen" die Rede (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.07.2019, B 8 SO 13/18 R - juris). Daraus geht deutlich hervor, dass der Gesetzgeber einen Anspruch aus § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII nur in Bezug auf ungedeckte Aufwendungen (z.B. in Form von Eigenanteilen), vorsehen wollte, nicht aber umfassend für die Anschaffung oder Reparatur orthopädischen Schuhwerks.

Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf orthopädisches Schuhwerk gemäß § 53 SGB XII a.F. i.V.m. § 26 Abs. 2 Nr. 6 und § 31 SGB IX a.F. sind gegeben. Der Kläger gehörte aufgrund seiner behinderungsbedingten Einschränkungen (spastische Diaparese mit Gehbehinderung und Beugekontraktur) laut der Stellungnahme des Landesarztes für Körperbehinderte 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. § 53 Abs. 1 SGB XII a.F. i.V.m. § 60 SGB XII i.V.m. § 1 Nr. 1 der Eingliederungshilfe-Verordnung (EinglhV).

Gemäß § 54 Abs. 1 SGB XII a.F. zählten zur Eingliederungshilfe neben Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX a.F.), wobei die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprachen (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB IX a.F.). Der letztgenannte Verweis dient lediglich der Festlegung bzw. Begrenzung des Leitungsumfangs im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dass der Kläger nicht gesetzlich, sondern bei der B privat krankenversichert war bzw. ist, ist in diesem Zusammenhang daher unerheblich; für eine Einschränkung des Leistungsumfangs der Eingliederungshilfe bei privat krankenversicherten Leistungsberechtigten findet sich keine Stütze im Gesetz.

Nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. umfassen Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind. Vorliegend handelt es sich um einen Fall des Ausgleichs einer Behinderung, denn in der ärztlichen Verordnung des Herrn K vom 10.10.2016, auf der das geltend gemachte Begehren gründet, werden als Diagnosen "spastische bilaterale beinbetonte Cerebralparese, Gehbehinderung und Beugekontraktur" angegeben. Bei diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt es sich offenkundig um Behinderungsleiden des Klägers i.S.d. § 2 Abs. 1 SGB IX, zumal die Einschränkungen auch in anderweitigen ärztlichen Berichten so oder ähnlich beschrieben werden.

Ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist - auch nach der insoweit inhaltsgleichen Regelung in § 33 SGB V - nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mindert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Deshalb ist der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Rehabilitationsrecht auf solche zur Befriedigung von Grundbedürfnissen 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 Grundbedürfnissen 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 Funktionsbeeinträchtigung verbundene (oder im Falle der Vorbeugung zu erwartende) Teilhabestörung 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 orthopädischen Schuhen handelt es sich zweifellos um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im eben genannten Sinn. Beim Kläger soll eine aus seinen das Gehen einschränkenden Leiden resultierende Teilhabebeeinträchtigung in Bezug auf das Grundbedürfnis "Gehen" ausgeglichen bzw. gemildert werden.

Die Erforderlichkeit der Versorgung mit orthopädischem 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 orthopädischen 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 orthopädischem Schuhwerk entstanden war. Auch schloss der Umstand, dass der Kläger auf einen Rollstuhl angewiesen ist, das Bedürfnis nach orthopädischem 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 müssen, so dass Leistungen der Sozialhilfe nicht notwendig wären. Der Beklagte beruft sich bei der von ihm angenommenen Einschränkung der Leistungspflicht auf den Nachranggrundsatz des § 2 SGB XII. Allerdings stellt dieser keine "isolierte Ausschlussnorm" dar, sondern mehr einen "Programmsatz". Dieser entfaltet zwar Prägekraft für die Leistungspflicht der Sozialhilfe bzw. den Umfang verschiedener Ansprüche, jedoch setzt er nicht andere "Grundsätze" des Sozialhilferechts bzw. gesetzlich normierte Ansprüche außer Kraft. Auch kann über den Nachranggrundsatz nicht eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bewirkt oder fingiert werden (vgl. Hohm in: Schellhorn/Hohm/Scheider/Legros, SGB XII, 20. Aufl., § 2 Rn. 1, 2, 5.2). Die Sozialhilfe als Hilfe in einer gegenwärtigen Notlage (§ 18 SGB XII) stellt nämlich grundsätzlich auf die bestehenden Verhältnisse ab ("Faktizitätsprinzip" - vgl. Scheider, a.a.O., § 41 Rn. 28), so dass nur "bereite Mittel" bei der Frage zu berücksichtigen sind und nicht fiktive Einnahmen. Zudem hat das Bundessozialgericht (BSG) jüngst entschieden (Terminsbericht zum Urteil vom 23.03.2021 - B 8 SO 2/20 R), dass § 2 Abs. 1 SGB XII selbst in extremen Ausnahmefällen nicht als Ausschlussnorm dienen kann, sondern der Nachrang der Sozialhilfe ausschließlich durch spezielle, den Nachranggrundsatz konkretisierende Normen umgesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund ist ein Verweis des Klägers auf tatsächlich von seiner privaten Krankenversicherung nicht erbrachte und nach den Bedingungen seines Versicherungstarifs auch nicht zu erbringende Leistungen für orthopädische Schuhe ein Abweichen vom Faktizitätsprinzip und mit § 2 Abs. 1 SGB XII nicht zu rechtfertigen. Die private Krankenversicherung, welche für den Kläger bei der B unterhalten wird, sieht nach dem - insofern allein relevanten - Tarif A 420 unter Ziffer C. keine Erstattungsleistungen bezüglich orthopädischer Schuhe vor. Unter Berufung darauf hatte diese daher auch für die hier im Streit stehenden orthopädischen Schuhe eine Kostenerstattung abgelehnt (Schreiben vom 20.10.2016).

Eine normierte Grundlage für ein ausnahmsweises Abweichen vom Grundsatz, dass nur bereite Mittel zu einer Bedarfsdeckung führen können, ist nicht ersichtlich. Unter diesem Aspekt kann dem Kläger daher eine Bedarfsdeckung durch Leistungen der Eingliederungshilfe nicht versagt werden.

Auch wäre ein - vorrangiger - Anspruch gegen seine private Krankenversicherung für den Kläger nicht ohne weiteres realisierbar gewesen. Wie schon erläutert, ist für orthopädisches Schuhwerk im Tarif des Klägers keine Kostenerstattung vorgesehen und die B hatte bereits Leistungen abgelehnt. Es war daher nicht zu erwarten, dass durch weitere rechtliche Schritte gegenüber der B ohne Weiteres Leistungen für die streitgegenständlichen orthopädischen Schuhe zu erhalten gewesen wären.

Ferner kann dem Kläger vorliegend ebenso wenig entgegengehalten werden, er hätte sich schon früher um einen in Bezug auf Hilfsmittel umfassenderen, zumindest besseren Krankenversicherungsschutz bemühen müssen, indem er in einen anderen Tarif, etwa den Basistarif, wechselt. Zunächst gilt hier das oben zum Eingreifen des Nachranggrundsatzes aus § 2 SGB XII Gesagte. Eine gesetzliche Regelung, welche die Einschränkung 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 Selbstbehalts zu tragen hatte, entschieden, dass eine Berücksichtigung bis zur Höhe des entsprechenden Aufwands in der gesetzlichen Krankenversicherung als Härtefallmehrbedarf nach § 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 § 2 SGB XII. Dieses ist aber im Gegensatz zur Regelung in § 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 ("GesundheitCOMFORT 300") 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 für den 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 - orientiert 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 gewähren. 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 - hier die B - 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 genügte (§ 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 orthopädische 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 orthopädischen 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 gemäß § 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 gemäß § 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 orthopädischen Schuhe aufgewandt wurden.

Der Höhe nach ist der geforderte Betrag von 1.902,40 EUR zugrunde zu legen. Von den für die orthopädischen 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 orthopädischen 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 - wie in § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XII vorgesehen - 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 (§ 202 Satz 1 SGG i.V.m. 287 der Zivilprozessordnung - ZPO) angemessen, um diesen Gebrauchsvorteil sachgerecht abzubilden. Im Hinblick auf die in § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 der Orthopädieverordnung (OrthoV) festgelegten Eigenanteile bei der Versorgung mit orthopädischen 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 (§ 19 Abs. 3, § 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 §§ 183, 193 SGG.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2021-12-21