

## VORBLATT

### Weisungsänderung – Stand 01.04.2021

- Die Diakonie Krefeld & Viersen ist nicht länger Kooperationspartner bei der Beschaffung von Wohnungserstausstattung. Kap. 2.5 sowie die Mustergutscheine wurden entsprechend überarbeitet.

### Weisungsänderung – Stand 01.03.2021

- In Kap. 2.8.3 wird als weiterer möglicher Bedarf für eine Säuglingserstausstattung ein Auto-Kindersitz aufgenommen.
- Kap. 4.2.1.1, Direktzahlungs- und Informationspflicht, § 32a Abs. 2 SGB XII, wird neu eingeführt.

### Weisungsänderung – Stand 01.01.2021

- In die Weisung zu Kap. 2.2.1 (Mehrbedarf wegen Alter und Erwerbsminderung) wurde eine aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus April 2018 aufgenommen.
- Nach Neufassung des § 30 Abs. 2, Abs. 5 und Abs. 7 SGB XII zum 01.01.2021 wurden die Kap. 2.3 (Mehrbedarf für werdende Mütter), 2.6 (ernährungsbedingter Mehrbedarf) und 2.8 (Mehrbedarf Warmwasser) überarbeitet. Kap. 2.8.4 wurde gestrichen.
- Kap. 2.9 (Mehrbedarf für Schulbücher) wurde nach Einführung des § 30 Abs. 9 SGB XII zum 01.01.2021 neu eingefügt.
- Wohnungserstausstattungen gemäß § 31 Abs. 1 SGB XII werden ab dem 01.01.2021 ausschließlich als Sachleistung in Form der bereits für anerkannte Flüchtlinge seit einigen Jahren angewandten Gutscheinregelung gewährt.  
Kap. 3.5. wurde entsprechend überarbeitet.  
Die von den Kooperationspartnern abzurechnenden Pauschalen (insb. für Lieferung und Montage) wurden ebenfalls aktualisiert (Kap. 3.5.3).

## II - §§ 30 – 33 SGB XII

### Zusätzliche Bedarfe

---

- Die überarbeiteten Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfes bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII (DV 12/20) vom 16.09.2020 ersetzen die bisherige Fassung vom 10.12.2014 in Anlage 1 (vgl. auch RV 24/2020).
- Anlage 2 (Antrag auf Mehrbedarf) wurde an die neue Begrifflichkeit des „ernährungsbedingten Mehrbedarfs“, § 30 Abs. 5 SGB XII, angepasst.

#### 24. Ergänzungslieferung, Stand 01.01.2020

- In Kapitel 2.5 „Mehrbedarf für behinderte Menschen“ wird der Verweis auf § 42b SGB XII aufgenommen.

Es sind hier künftig die Arbeitshinweise zu § 42b SGB XII in II - §§ 41 ff. SGB XII Kap. 7.4.2.2 anzuwenden.

#### 22. Ergänzungslieferung, Stand 01.01.2019

- In Kapitel 3.5.2.3 zur Wohnungserstausstattung bei anerkannten Flüchtlingen wurde die Pauschale für den Kooperationspartner SB Aktionshalle Wehnen GmbH & Co. KG erweitert.

#### 21. Ergänzungslieferung, Stand 01.07.2018

- Die neu eingefügte Bestimmung des § 32 a SGB XII (zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung) wurde aufgenommen.
- Der zu bewilligende Betrag für einen Zwillingsskinderwagen wurde unter 3.9.2. neu aufgenommen.
- Unter 4.1. wurden erstmals Ausführungen zur Anschaffung und Reparatur von Brillen aufgenommen.
- Aufgrund der Neufassung des § 33 Abs. 2 SGB XII wurden unter 7. Ausführungen zu Sterbegeldversicherungen aufgenommen.

**20. Ergänzungslieferung – Stand 01.07.2017**

- Das Kapitel 3.6.2 wurde um vier neue Kooperationspartner für die Wohnungserstaussstattung bei anerkannten Flüchtlingen in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII erweitert. Gleichzeitig wurden diesbezüglich die Anlagen 5 und 6 sowie 8 und 9 aktualisiert. Als Anlage 7 wurde eine Checkliste für die Wohnungserstaussstattung für drei Kooperationspartner neu eingefügt. Die Pauschalen für Personal- und Sachkosten wurden geändert.
- Es wurden in Folge der Gesetzesänderung zum 01.07.2017 redaktionelle Änderungen im Gesetzestext vorgenommen. Die Möglichkeiten der Anerkennung von Sterbegeldversicherungen wurde entsprechend gesetzlich konkretisiert (§ 33 Abs. 2)

**17. Ergänzungslieferung – Stand 01.06.2016**

- Im Zuge der Flüchtlingssituation wurde das Kapitel 3.6.2 neu eingefügt. Das Kapitel beschreibt die Vorgehensweise der Wohnungserstaussstattung bei anerkannten Flüchtlingen in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII. Gleichzeitig wurden diesbezüglich die Anlagen 5 bis 8 neu eingefügt. An der Gewinnung weiterer Partner neben der kaufbar wird z. Zt. noch gearbeitet.

**14. Ergänzungslieferung – Stand 01.01.2015**

- Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung eines Mehrbedarfes wegen kostenaufwändiger Ernährung wurden zum 10.12.2014 neu aufgelegt. Die neuen Empfehlungen beinhalten erstmals auch Aussagen zu einem Mehrbedarf bei einigen häufiger auftretenden Nahrungsmittelintoleranzen sowie bei Mukoviszidose. Die Empfehlungen sind als Anlage 1 in der neuen Fassung beigefügt und ab sofort zu beachten (vgl. auch Rundschreiben BMAS 2015/01- Bundesauftragsverwaltung).
- Die Regelung zur Übernahme von Krankenkassenbeiträgen (Kapitel 5.) wurde überarbeitet.
- Anträge auf Übernahme von rückständigen Krankenversicherungsbeiträgen sind dem Kreissozialamt zur weiteren Veranlassung zu übersenden.
- Die Regelungen zur privaten Krankenversicherung wurden der aktuellen Rechtsprechung des BGH angepasst. Hiernach ist für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel kein Anspruch auf Versicherung im Basistarif gegeben, wenn ohne den Sozialhilfebezug eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 lit. B) in der GKV bestehen würde.

### Zusätzliche Bedarfe

---

- Das Verfahren zur Versorgung von nicht versicherten Leistungsempfängern (Kapitel 6) wurde neu aufgenommen. Das Verfahren zur Anmeldung nach § 264 SGB wird unter Ziff. 6.3 erläutert. Fälle, in denen eine Anmeldung nach § 264 SGB V notwendig erscheint, sind dem Kreissozialamt zur Entscheidung vorzulegen. Auf die Benutzung der ebenfalls neu erstellten Anlage 4 wird hingewiesen.

#### 12. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2014

- Das Kapitel 3.6.2 wurde hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Erstausrüstung und Ersatzbeschaffung überarbeitet.
- Das Kapitel 3.9.2 wurde um die Anschaffung eines Kleiderschranks im Rahmen der Ba-byerstausrüstung ergänzt
- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

#### 10. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2013

- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

#### 9. Ergänzungslieferung - Stand 01.07.2012

- Das Kapitel 2.2.1, vorletzter Absatz wurde redaktionell überarbeitet.
- Das Kapitel 2.5 wurde redaktionell überarbeitet.
- Aufnahme des Kapitels unter Ziffer 2.6.3.4.
- In dem neuen Kapitel 5 werden Ausführungen zur Beitragsübernahme von Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherungen gemacht.

#### 8. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2012

- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

- Die Anlage 4 „Übersicht über die Möbel- und Kleiderkammern, Second-Hand-Shops für Kinderbekleidung und sonstige Betriebe““ wurde entnommen. Die Adressen sind in das Kapitel III - 03 „Adressen von Sozialeinrichtungen“ aufgenommen worden.

#### **7. Ergänzungslieferung - Stand 01.07.2011**

- Das 3. Kapitel SGB XII wurde durch Artikel 3 des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24.03.2011 neu gefasst.
- Die früheren Ausführungen zu den §§ 30 und 31 SGB XII sind jetzt in den Ausführungen zum Zweiten Abschnittes des Dritten Kapitels SGB XII „Zusätzliche Bedarfe“ enthalten.
- Die bisherigen Ausführungen zu den §§ 30 und 31 SGB XII wurden an die neuen gesetzlichen Regelungen angepasst und um neue Tatbestände erweitert sowie redaktionell überarbeitet.
- Das Kapitel wurde um neue Tatbestände erweitert.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>MEHRBEDARF NACH § 30 SGB XII.....</b>	<b>3</b>
1.1	VORBEMERKUNGEN.....	3
1.2	MEHRBEDARF WEGEN ALTER UND ERWERBSMINDERUNG (§ 30 ABS. 1 SGB XII).....	3
1.2.1	<i>Anspruchsvoraussetzungen</i> .....	3
1.2.2	<i>Verwendungszweck</i> .....	4
1.2.3	<i>Verhältnis zu anderen Leistungen</i> .....	5
1.3	MEHRBEDARF FÜR WERDENDE MÜTTER (§ 30 ABS. 2 SGB XII).....	5
1.4	MEHRBEDARF FÜR ALLEINERZIEHENDE (§ 30 ABS. 3 SGB XII).....	6
1.4.1	<i>Anspruchsvoraussetzungen</i> .....	6
1.4.2	<i>Beispielfälle</i> .....	6
1.4.3	<i>Hälftige Teilung des Sorgerechts</i> .....	7
1.4.4	<i>Höhe des Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 3 SGB XII</i> .....	7
1.4.4.1	Mehrbedarf nach § 30 Abs. 3 Ziff. 1 SGB XII.....	7
1.4.4.2	Mehrbedarf nach § 30 Abs. 3 Ziff. 2 SGB XII.....	8
1.5	MEHRBEDARF FÜR BEHINDERTE MENSCHEN (§ 30 ABS. 4 SGB XII).....	8
1.6	ERNÄHRUNGSBEDINGTER MEHRBEDARF (§ 30 ABS. 5 SGB XII).....	8
1.6.1	<i>Voraussetzungen</i> .....	8
1.6.2	<i>Voraussetzungen und Höhe der Mehrbedarfsbewilligung:</i> .....	9
1.6.3	<i>Verfahren</i> .....	10
1.6.3.1	<i>Erstbewilligung</i> .....	10
1.6.3.2	<i>Weiterbewilligung</i> .....	11
1.6.3.3	<i>Beratung</i> .....	11
1.6.3.4	<i>Ruhen des Anspruches</i> .....	11
1.7	GEWÄHRUNG MEHRERER MEHRBEDARFSZUSCHLÄGE.....	11
1.8	MEHRBEDARFSZUSCHLAG FÜR DIE ERZEUGUNG VON WARMWASSER BEI DEZENTRALER VERSORGUNG NACH § 30 ABS. 7 SGB XII.....	12
1.8.1	<i>Anspruchsvoraussetzungen</i> .....	12
1.8.2	<i>Höhe des Mehrbedarfs</i> .....	12
1.8.3	<i>Abgrenzung zu den Leistungen für die Unterkunft</i> .....	13
1.9	MEHRBEDARF FÜR SCHULBÜCHER.....	13
<b>2</b>	<b>EINMALIGE BEDARFE NACH § 31 SGB XII.....</b>	<b>13</b>
2.1	REGELUNGSINHALT DES § 31 SGB XII.....	13
2.2	BEGRIFF DER ERSTAUSSTATTUNG.....	14
2.2.1	<i>Erstausstattung beim Bezug einer Wohnung im Rahmen des BEWO</i> .....	14
2.3	GEWÄHRUNG VON EINMALIGEN BEIHILFEN OHNE LAUFENDE LEISTUNGEN.....	15
2.4	DARLEHENSWEISE HILFEGEWÄHRUNG.....	15
2.5	ERSTAUSSTATTUNG FÜR DIE WOHNUNG EINSCHLIEßLICH HAUSHALTSGERÄTE NACH § 31 ABS. 1 NR. 1 SGB XII.....	16
2.5.1	<i>Anspruchsvoraussetzungen</i> .....	16
2.5.2	<i>Bemessung der Erstausstattungsbeihilfe</i> .....	16
2.5.3	<i>Zahlungsabwicklung</i> .....	17
2.5.4	<i>Ansprechpartner</i> .....	18
2.5.5	<i>Fälschungssicherheit der Gutscheine</i> .....	18
2.5.6	<i>Datenschutz</i> .....	18
2.5.7	<i>Befristung der Gutscheine</i> .....	19
2.5.8	<i>Einzelfragen</i> .....	19
2.5.8.1	<i>Ersatzbeschaffungen und Reparaturen</i> .....	19

### Zusätzliche Bedarfe

---

2.5.8.2	Fernsehgerät .....	19
2.6	ERSTAUSSTATTUNGEN FÜR BEKLEIDUNG .....	20
2.6.1	<i>Grundsätzliche Regelungen</i> .....	20
2.6.2	<i>Grundausrüstung an Bekleidung für Mädchen und Jungen</i> .....	21
2.6.3	<i>Grundausrüstung an Bekleidung für Frauen</i> .....	22
2.6.4	<i>Grundausrüstung an Bekleidung für Männer</i> .....	23
2.7	SCHWANGERSCHAFTSBEKLEIDUNG .....	24
2.8	BABYGRUNDAUSSTATTUNG .....	24
2.8.1	<i>Säuglingserstausrüstung (Bekleidung)</i> .....	24
2.8.2	<i>Sonstige Säuglingserstausrüstung</i> .....	24
2.8.3	<i>Ergänzung der Grundausrüstung für jedes weitere Kind</i> .....	25
<b>3</b>	<b>ANSCHAFFUNG UND REPARATUR VON ORTHOPÄDISCHEN SCHUHEN, REPARATUR VON THERAPEUTISCHEN GERÄTEN UND AUSTRÜSTUNGEN SOWIE DIE MIETE VON THERAPEUTISCHEN GERÄTEN</b> .....	<b>26</b>
3.1	ALLGEMEINES .....	26
3.2	BRILLE .....	28
<b>4</b>	<b>BEDARFE FÜR EINE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG</b> .....	<b>28</b>
4.1	ALLGEMEINES .....	28
4.2	GESETZLICHE KRANKEN – UND PFLEGEVERSICHERUNG .....	28
4.2.1	<i>Übernahme der Beiträge</i> .....	28
4.2.1.1	<i>Direktzahlungs- und Informationspflicht gemäß § 32a SGB XII</i> .....	29
4.2.2	<i>Freiwillige Mitgliedschaft</i> .....	30
4.2.2.1	<i>Vorversicherungszeiten</i> .....	30
4.2.2.2	<i>Anzeigepflicht</i> .....	31
4.2.2.3	<i>Beginn der Mitgliedschaft</i> .....	31
4.2.2.4	<i>Beitragsbemessung</i> .....	31
4.2.3	<i>Nachrangige Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V</i> .....	32
4.2.4	<i>Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V</i> .....	33
4.2.5	<i>Pflichtmitgliedschaft von Rentenantragstellern</i> .....	34
4.2.6	<i>Krankenversicherung für Haftentlassene</i> .....	34
4.3	PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG (PKV) .....	34
<b>5</b>	<b>VERSORGUNG VON NICHT VERSICHERTEN LEISTUNGSEMPFÄNGERN</b> .....	<b>35</b>
5.1	ANMELDUNGEN NACH § 264 SGB V .....	35
5.2	UMGANG MIT BEREITS NACH § 264 SGB V VERSICHERTEN PERSONEN.....	35
5.3	VERFAHREN DER ANMELDUNG NACH § 264 SGB V .....	36
<b>6</b>	<b>STERBEGELD NACH § 33 ABS. 2 SGB XII</b> .....	<b>36</b>

## 1 Mehrbedarf nach § 30 SGB XII

### 1.1 Vorbemerkungen

Der in den Regelbedarfsstufen zu Grunde gelegte Bedarf geht von durchschnittlichen Bedürfnissen aus. Die naturgemäß und zwangsläufig infolge besonderer Lebensumstände bestehenden erhöhten Bedürfnisse einzelner Personengruppen sind in den Bedarfsgruppen der Regelbedarfsstufen nicht berücksichtigt.

Aus diesem Grunde sieht § 30 SGB XII für bestimmte Personengruppen die Gewährung eines Mehrbedarfs vor, der in Form eines Zuschlags zu den jeweiligen Leistungen der jeweiligen Regelbedarfsstufe erbracht wird. Dieser Mehrbedarf umfasst einen zusätzlichen Bedarf an laufendem Lebensunterhalt, der bei den berechtigten Personen infolge der besonderen Lebensumstände regelmäßig vorhanden ist. Soweit die jeweiligen tatbestandsmäßigen Voraussetzungen gegeben sind besteht ein Rechtsanspruch auf die Gewährung.

Für den Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII hat, dürfte in der Regel nur der in § 30 Abs. 1 SGB XII aufgeführte Mehrbedarf relevant sein. Hierzu werden nachfolgend Ausführungen gemacht.

### 1.2 Mehrbedarf wegen Alter und Erwerbsminderung (§ 30 Abs. 1 SGB XII)

#### 1.2.1 Anspruchsvoraussetzungen

Nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII haben Personen, die durch einen Bescheid der nach § 69 Abs. 4 SGB IX zuständigen Behörde oder durch einen Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX die Feststellung des Merkzeichens G (oder aG) nachweisen, d.h. gehbehindert (bzw. außergewöhnlich gehbehindert) sind und

- die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben
- oder
- die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII noch nicht erreicht haben und voll erwerbsgemindert nach dem SGB VI sind

Anspruch auf einen Mehrbedarf in Höhe von 17 v. H. der maßgebenden Regelbedarfsstufe. In begründeten Einzelfällen kann von dem im Gesetz vorgegebenen Vomhundertsatz abgewichen werden.

Ein gehbehinderter Mensch erhält einen Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G, wenn er in seiner Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wenn er infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahr für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (§ 146 Abs. 1 SGB IX).

Bei dem Merkzeichen aG handelt es sich um eine Steigerung der Beeinträchtigung in der Gehfähigkeit. Personen, deren Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen aG enthält, erfüllen ebenfalls die Tatbestandsvoraussetzungen des § 30 Abs. 1 SGB XII.



### Zusätzliche Bedarfe

---

Die Gewährung eines Mehrbedarfs wegen Zuerkennung des Merkzeichens G erfolgt grundsätzlich ab Bekanntwerden (Antragstellung) beim Sozialamt. Dies gilt auch dann, wenn die Gehbehinderung bereits vorher festgestellt wurde.

Sobald der Leistungsberechtigte den Feststellungsbescheid als Nachweis vorlegt, kann eine rückwirkende Bewilligung des Mehrbedarfs zum Ersten des Monats erfolgen, an dem der Feststellungsbescheid bei der zuständigen Stelle vorgelegt wurde.<sup>1</sup>

Sind die Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht erfüllt, ist das Datum des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes ausschlaggebend, sofern der Leistungsberechtigte den zuständigen Sozialhilfeträger im Vorhinein hierüber in Kenntnis gesetzt hat.

In diesen Fällen ist für die Gewährung des Mehrbedarfs auf den Besitz des Bescheides oder des Schwerbehindertenausweises, nicht aber auf den Zeitpunkt der Antragstellung beim Sozialamt abzustellen. Eine rückwirkende Gewährung des Mehrbedarfs ab dem Zeitpunkt der Antragstellung ist nicht möglich.<sup>2</sup>

In den Fällen, in denen die dauerhafte volle Erwerbsminderung durch den Rentenversicherungsträger noch nicht festgestellt ist, muss ein Feststellungsverfahren gem. § 45 SGB XII eingeleitet werden. Sofern der Rentenversicherungsträger das Vorliegen der Voraussetzungen verneint, besteht auch kein (weiterer) Anspruch auf Gewährung eines entsprechenden Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XII.

#### 1.2.2 Verwendungszweck

Der Mehrbedarf soll den zusätzlichen Bedarf abdecken, der infolge des Alters entsteht und der aus der verminderten Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit älterer Personen sowie aus der damit in Zusammenhang stehenden verminderten Geschicklichkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens erwächst.

Durch den Mehrbedarf sind u. a. Aufwendungen für entgeltliche Hilfeleistungen durch Dritte im Haushalt, bei kleineren Reparaturen, Kontaktpflege, erhöhte Telefonkosten, Vergabe von Aufmerksamkeiten im Falle von Nachbarschaftshilfe, z.B. beim Einkaufen, abgegolten.

Nur dann, wenn eine ältere oder voll erwerbsgeminderte Person laufend entgeltliche Hilfeleistungen für einzelne Tätigkeiten im Haushalt benötigt, kommt zusätzlich zum Mehrbedarf eine Haushaltshilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege (§§ 63, 65 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) oder der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII) in Betracht.

Eine entsprechende Kürzung des Mehrbedarfs ist in diesen Fällen jedoch unzulässig.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. BSG, Urteil v. 25.04.2018, B 8 SO 25/16 R

<sup>2</sup> vgl. OVG Lüneburg, Beschluss vom 16.7.2001, FEVS 53, Seite 445 und BSG, Urteil vom 10.11.2011, Az.: B 8 SO 12/10 R

<sup>3</sup> vgl. OVG NRW, Urteil vom 14.10.91, FEVS 42, 152

### 1.2.3 Verhältnis zu anderen Leistungen

Wird ein Mehrbedarf für behinderte Menschen nach § 30 Abs. 4 SGB XII gewährt, ist die Gewährung des Mehrbedarfs wegen voller Erwerbsminderung nach § 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII nach § 30 Abs. 4 S. 3 SGB XII ausdrücklich ausgeschlossen. In diesen Fällen ist der Mehrbedarf nach § 30 Abs. 4 SGB XII gegenüber dem Mehrbedarf nach § 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII vorrangig.

Blinde, die Blindenhilfe nach § 72 Abs. 1 SGB XII oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, ist der Mehrbedarf wegen voller Erwerbsminderung (§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII) nur zu gewähren, wenn sie nicht allein wegen Blindheit erwerbsgemindert sind (§ 72 Abs. 4 SGB XII).

### 1.3 Mehrbedarf für werdende Mütter (§ 30 Abs. 2 SGB XII)

Für werdende Mütter ist der Mehrbedarf in Höhe von 17 v.H. der maßgebenden Regelbedarfsstufe ab Beginn der 13. Schwangerschaftswoche zu leisten. Der Anspruch besteht neben den Leistungen nach § 50 SGB XII. Die Anerkennung des Mehrbedarfs für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche wird damit begründet, dass regelmäßig ab diesem Zeitpunkt ein höherer Bedarf, insbesondere für kostenaufwändigere Ernährung, besteht.

Im Allgemeinen entsteht der abzudeckende Mehrbedarf z.B. durch

- zusätzliche Ernährung,
- zusätzliche Körperpflege und Reinigung der Wäsche,
- zusätzliches Fahrgeld,
- kleinere Änderungen der Bekleidung

und

- Aufmerksamkeiten bei gelegentlichen Hilfeleistungen durch Dritte (Nachbarn oder andere Bekannte).

Eine Anerkennung des höheren Bedarfs vor der 13. Schwangerschaftswoche ist im Einzelfall nach § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB XII nicht ausgeschlossen.

Die Schwangerschaft ist durch Zeugnis eines Arztes nachzuweisen.

Der Anspruch auf diesen Mehrbedarfszuschlag endet mit Ablauf des Monats, in den die Entbindung fällt.

Besteht nach der Entbindung Anspruch auf Zahlung eines Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 3 SGB XII (Mehrbedarf für Alleinerziehende, Kap. 2.4), ist dieser ab dem der Entbindung folgenden Monat zu zahlen. Ist der Mehrbedarf nach § 30 Abs. 3 SGB XII höher als der nach § 30 Abs. 2 SGB XII, ist ab Entbindungsmonat die Differenz der beiden Beträge nachzuzahlen.

#### 1.4 Mehrbedarf für Alleinerziehende (§ 30 Abs. 3 SGB XII)

##### 1.4.1 Anspruchsvoraussetzungen

Der Mehrbedarfszuschlag wird geleistet, weil Alleinerziehende wegen der Sorge für ihre Kinder weniger Zeit haben, preisbewusst einzukaufen und ungleich höhere Aufwendungen zur Kontaktpflege und zur Unterrichtung in Erziehungsangelegenheiten tragen müssen.<sup>4</sup> Es soll ein finanzieller Ausgleich für erhöhten finanziellen Bedarf geleistet werden. Somit kommt es nicht darauf an, wer das Sorgerecht im Sinne der Personensorgeberechtigung hat, sondern allein auf die tatsächlichen Verhältnisse. Wann eine Alleinerziehung und Alleinsorge für ein Kind vorliegt ist anhand des Einzelfalls zu entscheiden. Es kommt darauf an, ob die für das Kind/die Kinder sorgende Person von einer anderen Person bei der Pflege und Erziehung unterstützt wird, wie es sonst der andere Elternteil zu tun pflegt. So kommt kein Mehrbedarfszuschlag wegen Alleinerziehung nicht in Betracht, wenn z.B. zwei Mütter mit je zwei Kindern zusammenleben und wirtschaften.<sup>5</sup>

Wenn sich geschiedene und getrennt wohnende Eltern bei Pflege und Erziehung des gemeinsamen Kindes in größeren, mindestens eine Woche umfassenden zeitlichen Intervallen abwechseln und sich die anfallenden Kosten in etwa hälftig teilen, besteht ein Anspruch auf hälftigen Mehrbedarf.<sup>6</sup>

Geld- und Sachleistungen sind keine Sorge für die Pflege und Erziehung. Der Mehrbedarfszuschlag kann wegfallen, wenn die nachfragende Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebt oder im Haushalt ihrer Eltern. Bei einem etwa im halbwochentlichen Turnus wechselnden Aufenthalt von Kindern bei ihren getrennt lebenden Eltern ist ein Mehrbedarf für Alleinerziehung nicht zu leisten.<sup>7</sup> Ein Kindertagesstättenbesuch oder der zeitweise Einsatz einer Haushaltshilfe schmälert den Bedarf hingegen nicht. Ob die Sorge eines über 16 Jahre alten Geschwisterkindes zu einem Ausschluss des Mehrbedarfs führt, kommt auf die konkreten Umstände an.<sup>8</sup>

Es ist nicht erforderlich, dass die Kinder ebenfalls Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten. Ebenso müssen die Kinder nicht zur betreuenden Person in einem Verwandtschaftsverhältnis stehen. Der Mehrbedarf scheidet auch an Pflegekindern nicht aus, wenn für dieses gleichzeitige Pflegegeld nach dem SGB VIII geleistet wird.

##### 1.4.2 Beispielfälle

Alleinerziehung liegt z.B. vor, wenn

- ein geschiedener Elternteil das Besuchsrecht wahrnimmt,
- sich ein allein stehender Elternteil einer Haushaltshilfe bedient, die an 5 Tagen in der Woche je 8 Std. im Haushalt tätig ist,
- ein Babysitter in Anspruch genommen wird,

---

<sup>4</sup> vgl. OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20.08.1997, AZ 12 A 12441/96

<sup>5</sup> vgl. OVG Berlin, Urteil vom 24.11.1983, Az.: L B 24.83 (FEVS 34, 104)

<sup>6</sup> vgl. BSG, Urteil vom 03.03.2009, Az.: B 4 AS 50/07 R

<sup>7</sup> vgl. BSG, Urteil vom 03.03.2009, Az.: B 4 AS 50/07 R

<sup>5</sup> vgl. OVG Lüneburg, Urteil vom 28.03.1979, Az.: IV A 172/77 (FEVS 29,113)

<sup>8</sup> vgl. OVG Münster, NDV-RD 2001, 35

- das Kind (die Kinder) einen Kindergarten oder Hort besuchen,
- das Kind (die Kinder) eine Tageseinrichtung besuchen (ggf. kann hier ein geringerer Mehrbedarf im Einzelfall gerechtfertigt sein)  
und
- die Mutter mit ihrem Kind (ihren Kindern) in einem Frauenhaus, einer Mutter-Kind-Einrichtung oder einer Notunterkunft mit Kinderbetreuung lebt

Alleinerziehung liegt z.B. nicht vor, wenn

- zwei Mütter mit ihren Kindern in einer Wohngemeinschaft leben,
- wenn ein Elternteil beruflich abwesend ist, auch wenn die Abwesenheit länger dauert,
- sich ein Elternteil tatsächlich gar nicht um die Pflege und Erziehung des Kindes (der Kinder) kümmert,
- sich geschiedene oder getrenntlebende Eltern das Sorgerecht teilen (Ausnahme: Häftige Teilung des Sorgerechts in zeitlichen Intervallen von mindestens einer Woche)  
und
- grundsätzlich getrenntlebende Eltern weiter in einer Wohnung leben.

#### 1.4.3 Häftige Teilung des Sorgerechts

Geschiedene oder getrennt lebende Elternteile, die sich in zeitlichen Intervallen von mindestens einer Woche bei der Pflege und Erziehung des gemeinsamen Kindes abwechseln, haben nach der Rechtsprechung des BSG<sup>9</sup> Anspruch auf den halben Mehrbedarf. Die Elternteile teilen sich zwar die elterliche Sorge zu etwa gleichen Teilen, betreuen das Kind jedoch nicht gemeinsam.

Ist ein Elternteil in geringerem als dem hälftigen zeitlichen Umfang für die Pflege und Betreuung des Kindes zuständig, so steht die Leistung allein dem anderen Elternteil zu.

Die Zuerkennung des hälftigen Mehrbedarfs ist nicht gerechtfertigt, wenn sich Betreuung in kürzeren als wöchentlichen Intervallen vollzieht.<sup>10</sup>

#### 1.4.4 Höhe des Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 3 SGB XII

##### 1.4.4.1 Mehrbedarf nach § 30 Abs. 3 Ziff. 1 SGB XII

Leben Alleinerziehende mit 1 Kind unter 7 Jahren oder mit 2 oder 3 Kindern unter 16 Jahren zusammen und sorgen allein für deren Pflege und Erziehung ist ein Mehrbedarf in Höhe von 36 v.H. der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII anzuerkennen.

---

<sup>9</sup> vgl. BSG, Urteil vom 03.03.2009, Az.: B 4 AS 50/07 R

<sup>10</sup> vgl. BSG, Urteil vom 03.03.2009, Az.: B 4 AS 50/07 R

#### 1.4.4.2 Mehrbedarf nach § 30 Abs. 3 Ziff. 2 SGB XII

Leben Alleinerziehende mit 1 oder mehreren minderjährigen Kindern zusammen und sorgen allein für deren Pflege und Erziehung, erfüllen aber nicht die Voraussetzungen der Ziff. 1, so ist ein Mehrbedarf in Höhe von 12 % für jedes Kind anzuerkennen, höchstens jedoch in Höhe von 60 % der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII.

Dies betrifft etwa den Fall, dass nur ein Kind im Alter von über 7 Jahren im Haushalt lebt (dann 12 %) oder aber 4 Kinder zu betreuen sind, da dann der Satz von 36 % nach Nr. 1 auf 48 % steigt.

Hierunter fallen auch Kinder im Alter von 16 und 17 Jahren.

#### 1.5 Mehrbedarf für behinderte Menschen (§ 30 Abs. 4 SGB XII)

Der Mehrbedarf für Leistungsberechtigte, die Hilfen zur Schulbildung bzw. Hilfen zur (hoch-) schulischen Ausbildung als Leistung der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten, ist seit dem 01.01.2020 in dem neu eingeführten § 42b SGB XII „Mehrbedarfe“ für Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII in Absatz 3 geregelt.

Daher enthält § 30 Absatz 4 künftig nur noch einen entsprechenden Verweis auf diese Vorschrift mit der Ergänzung, dass dieser entsprechend auf Leistungsberechtigte anzuwenden ist, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.

Aus diesem Grund wird auf die entsprechenden Arbeitshinweise zu § 42b SGB XII in II - §§ 41 ff. SGB XII Kap. 7.4.2.2 verwiesen.

#### 1.6 Ernährungsbedingter Mehrbedarf (§ 30 Abs.5 SGB XII)

##### 1.6.1 Voraussetzungen

Gemäß des zum 01.01.2021 neu formulierten und präzisierten § 30 Abs. 5 Satz 1 SGB XII, der jedoch keine wesentlichen Änderungen der materiellen Rechtslage oder des bisherigen Vollzuges darstellt<sup>11</sup>, wird für Leistungsberechtigte ein Mehrbedarf anerkannt, wenn deren Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen von allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und die Aufwendungen für die Ernährung deshalb unausweichlich und in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen (ernährungsbedingter Mehrbedarf).

Es können somit nur medizinisch notwendige, nicht hingegen wünschenswerte, ernährungsbedingte Mehrbedarfe anerkannt werden.

Ein Mehrbedarf ist nicht anzuerkennen, wenn ein krankheitsbedingter erhöhter Ernährungsaufwand durch vorrangig verpflichtete Leistungsträger (gesetzliche oder private Versicherung) zu decken ist (§ 2 SGB XII, § 30 Abs. 5 Satz 2, 2. HS SGB XII).

---

<sup>11</sup> Informationsschreiben des MAGS vom 03.12.2020 zur Verlängerung der Übergangsregelungen in § 141 und 142 SGB XII und den Änderungen bei den Mehrbedarfen nach § 30 SGB XII im RBEG

Die in Abs. 5 Satz 2 genannten Produkte zur erhöhten Versorgung des Stoffwechsels mit bestimmten Nähr- und Wirkstoffen können insbesondere aus medizinischen Gründen erforderliche Nahrungsergänzungsmittel und Andickungsmittel sein.<sup>12</sup>

### 1.6.2 Voraussetzungen und Höhe der Mehrbedarfsbewilligung:

Die Regelsätze der Hilfe zum Lebensunterhalt enthalten einen Anteil für die Verpflegung, der eine gesundheitsbewusste Ernährung in Form einer ausgewogenen Mischkost ermöglicht. Zur Begründung eines Mehrbedarfs muss eine Krankheit oder Behinderung bestehen, deren weiterer Verlauf sich durch eine besondere Kostform nachgewiesenermaßen günstig beeinflussen lässt. Der Mehrbedarf besteht in den zusätzlich erforderlichen Kosten einer notwendigen und im Vergleich zur Normalkost teureren Krankenkost.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. hat seine Empfehlungen zur Gewährung von Krankenkostzulagen aus dem Jahre 2008 erneut fachlich überarbeitet und zum 16.09.2020 eine neu bearbeitete Auflage herausgegeben. Diese neuen Empfehlungen beinhalten unter anderem ausführlichere Angaben bei bestimmten Erkrankungen sowie deren Änderungen der pauschal bezifferten Mehrbedarfe (bspw. bei der Mukoviszidose und einer Nierensuffizienz mit Dialysetherapie) als auch erstmalige Aussagen zu einem Mehrbedarf bei Schluckstörungen. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes<sup>13</sup> hat zu der Empfehlung aus dem Jahr 1997 noch ausgeführt:

*„Die „Empfehlungen für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge eV sind weder als Rechtsnormen noch derzeit als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen. Sie können im Regelfall aber zur Konkretisierung des angemessenen Mehrbedarfs herangezogen werden. Maßgeblich für die Bestimmung des Mehrbedarfs sind stets die im Einzelfall medizinisch begründeten tatsächlichen Kosten für eine besondere Ernährung, die von der Regelleistung nicht gedeckt ist.“*

Die Rechtsprechung zu der Fassung aus dem Jahre 2008 hat die Anwendbarkeit der Empfehlungen anerkannt.<sup>14</sup> So hat das LSG NRW in seiner Entscheidung vom 04.10.2010<sup>15</sup> u.a. deutlich gemacht:

*„Die vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe entwickelten Empfehlungen können zur Beurteilung der Gewährung eines Mehrbedarfszuschlags als antizipiertes Sachverständigengutachten herangezogen werden.“*

<sup>12</sup> Informationsschreiben des MAGS vom 03.12.2020 zur Verlängerung der Übergangsregelungen in § 141 und 142 SGB XII und den Änderungen bei den Mehrbedarfen nach § 30 SGB XII im RBEG

<sup>13</sup> vgl. BSG, Urteil vom 27.02.2008, Az.: B 14 / 7b AS 64/06 R

<sup>14</sup> vgl. LSG NRW, Urteil vom 22.07.2009, Az.: L 19 AS 41/08, LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22.01.2009, Az.: L 8 SO 32/07, Bayerisches LSG, Beschluss vom 30.10.2009, Az.: L 11 AS 644/09 B PKH, LSG NRW, Urteil vom 24.03.2010, Az.: L 12 SO 15/09, LSG NRW, Urteil vom 15.03.2010, Az.: L 19(20) AS 50/09, SG Detmold, Urteil vom 31.03.2010, Az.: S 11 AS 178/07, SG Landshut, Urteil vom 15.03.2010, Az.: S 7 AS 723/09, SG Berlin, Urteil vom 04.01.2010, Az.: S 128 AS 37434/08, SG Duisburg, Urteil vom 27.08.2010, Az.: S 5 AS 56/09

<sup>15</sup> vgl. LSG NRW, Urteil vom 04.10.2010, Az.: 19 AS 1140/10

Vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Landessozialgerichte sind die Empfehlungen des Deutschen Vereins, die als **Anlage 1** beigefügt sind, Bestandteil der vorliegenden Arbeitshinweise. Sie bilden die Grundlage für die Gewährung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 5 SGB XII.

Zuletzt mit Erlass des BMAS vom 10.11.2020 bittet dieses darum, für die Prüfung der Voraussetzungen für einen Mehrbedarf nach § 30 Absatz 5 SGB XII sowie als Hilfestellung bei der Bestimmung der Höhe eines solchen Mehrbedarfes nunmehr die aktualisierten Empfehlungen des Deutschen Vereins anzuwenden.<sup>16</sup>

Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den Empfehlungen des Deutschen Vereins um eine Orientierungshilfe in Form einer pauschalen Empfehlung handelt, die eine Prüfung des Einzelfalls nicht ersetzen kann.

So bedeutet z.B. die Nicht-Nennung einer Erkrankung in der Empfehlung des Deutschen Vereins **nicht**, dass kein Anspruch auf einen ernährungsbedingten Mehrbedarf besteht. Hier ist eine Einzelfallprüfung vorzunehmen.

### 1.6.3 Verfahren

#### 1.6.3.1 Erstbewilligung

Ernährungsbedingte Mehrbedarfe bedürfen zu ihrer Begründung der Vorlage eines ärztlichen Attestes - in der Regel des behandelnden Arztes -, das unter genauer Bezeichnung des Gesundheitsschadens die Erforderlichkeit eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs darlegen muss (**Anlage 2**).

Sofern sich aus den Empfehlungen des Deutschen Vereins über die Gewährung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs nicht eindeutig das Vorliegen eines derartigen Mehrbedarfs erkennen lässt, ist die Bescheinigung des behandelnden Arztes dem Gesundheitsamt zuzuleiten.

Die gutachtliche Stellungnahme geht dann an das Sozialamt zurück und dient als Entscheidungshilfe für den Antrag auf Gewährung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs.

Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung mehrerer ernährungsbedingter Mehrbedarfe gleichzeitig vor, so soll in der Regel nur eine, und zwar die höchste, gewährt werden.

Die Bewilligung ist regelmäßig auf 12 Monate zu befristen. Je nach Krankheitsbild sind auch andere Zeiträume denkbar; diese werden entsprechend in der Beurteilung des Gesundheitsamtes vermerkt.

---

<sup>16</sup> Rundverfügung Nr. 24/2020 v. 10.11.2020

**1.6.3.2 Weiterbewilligung**

Die Weiterbewilligung eines Mehrbedarfs ist von der Vorlage eines erneuten ärztlichen Attestes abhängig zu machen, das eine genaue Krankheitsbezeichnung enthalten und die Erforderlichkeit der Weitergewährung begründen muss.

Im Übrigen gelten auch für die Weiterbewilligung die obigen Ausführungen.

Ergeben sich im Rahmen der Weiterbewilligung Hinweise, dass der Zweck der Gewährung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs nicht erreicht wurde, sind die Gründe für den Misserfolg aufzuklären.

Während der Dauer einer stationären Behandlung, der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung, der Teilnahme an einer Erholungs- oder Kurmaßnahme entfällt der Mehrbedarf.

Er ist in diesen Fällen mit dem Ablauf des Monats einzustellen, in welchem eine der obigen Maßnahmen begonnen hat und wieder mit dem Tage aufzunehmen, an welchem der Hilfeempfänger in seine Wohnung zurückkehrt.

**1.6.3.3 Beratung**

Bei Erst- und Weiterbewilligung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs, insbesondere aber, wenn der Zweck dieses Mehrbedarfs nicht erreicht wurde, ist der Hilfeempfänger über den Zweck des Mehrbedarfs zu unterrichten. Dabei ist gegebenenfalls auch darauf hinzuwirken, dass er sich von anderen Stellen, z.B. von den gesetzlichen Krankenkassen, zu Fragen diätetischer Ernährung beraten lässt.

Die Beratung soll an die Selbstverantwortung und damit an die Mitarbeit des Hilfeempfängers appellieren, ohne die der Zweck des ernährungsbedingten Mehrbedarfs nicht erreicht werden kann.

**1.6.3.4 Ruhen des Anspruches**

Während der Dauer einer stationären Behandlung, der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung sowie der Teilnahme an einer Erholungs- oder Kurmaßnahme entfällt der Mehrbedarf, da während dieser Zeit entsprechende Aufwendungen nicht entstehen. Der Mehrbedarf ist in diesen Fällen mit dem Ablauf des Monats einzustellen, in dem mit einer der obigen Maßnahmen begonnen worden ist und ist wieder mit dem Tage aufzunehmen, an dem die Rückkehr in die Wohnung erfolgt.

**1.7 Gewährung mehrerer Mehrbedarfszuschläge**

Sind die tatsächlichen Voraussetzungen mehrerer der in § 30 SGB XII aufgeführten Bedarfstatbestände erfüllt, so sind die Mehrbedarfszuschläge bis zu der in §30 Abs. 6 SGB XII festgelegten Höchstgrenzen nebeneinander zu gewähren, soweit dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Ausgeschlossen ist in § 30 Abs. 4 Satz 3 SGB XII die gleichzeitige Gewährung des Mehrbedarfs für behinderte Menschen nach § 30 Abs. 4 SGB XII (der den Vorrang



hat) und des Mehrbedarfszuschlages wegen voller Erwerbsminderung nach § 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII.

Als Höchstgrenze festgelegt ist nach § 30 Abs. 6 SGB XII die Höhe des maßgebenden Regelsatzes. Hierbei handelt es sich um eine absolute Obergrenze, die auch bei besonderen Verhältnissen im Einzelfall nicht überschritten werden darf.

Die genauen Beträge können dem Kapitel III – 01 „Übersicht über die Sozialleistungsbeträge“ entnommen werden.

### **1.8 Mehrbedarfszuschlag für die Erzeugung von Warmwasser bei dezentraler Versorgung nach § 30 Abs. 7 SGB XII**

#### **1.8.1 Anspruchsvoraussetzungen**

Gemäß § 30 Abs. 7 SGB XII wird für Leistungsberechtigte ein Mehrbedarf anerkannt, soweit Warmwasser durch in der Wohnung, in der besonderen Wohnform oder der sonstigen Unterkunft nach § 42a Absatz 2 installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung) und denen deshalb kein Bedarf für Warmwasser nach § 35 Absatz 4 anerkannt wird.

Soweit die Erzeugung von Warmwasser nicht im Rahmen der Kosten für Unterkunft und Heizung (§ 35 Abs. 4 SGB XII) über eine vorhandene zentrale Warmwasserversorgung in einem Mehrparteienhaus oder die Heizungsanlage einer Wohnung / eines Einfamilienhauses übernommen werden kann, weil eine dezentrale Warmwassererzeugung durch in der Wohnung installierte Boiler oder Durchlauferhitzer getrennt von der Heizung erfolgt, ist demnach ein Mehrbedarf nach § 30 Absatz 7 SGB XII anzuerkennen.

#### **1.8.2 Höhe des Mehrbedarfs**

Der Mehrbedarf berechnet sich anhand des in Satz 2 Ziff. 1 - 4 für jede leistungsberechtigte Person entsprechend der für sie geltenden Regelbedarfsstufe nach der Anlage zu § 28 SGB XII genannten prozentualen Anteils. Damit werden in einem Haushalt mit dezentraler Warmwassererzeugung in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der dort lebenden Leistungsberechtigten die für die dezentrale Warmwassererzeugung erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt.

Die genauen Beträge sind dem Kapitel III-01 zu entnehmen.

Höhere Aufwendungen als die in § 30 Abs. 7 Satz 2 SGB XII genannten prozentualen Beträge sind gemäß Satz 3 nur dann zu berücksichtigen, soweit sie durch eine separate Messeinrichtung nachgewiesen werden.

Der Verbrauch muss durch einen Strom- oder Gaszähler, der nur den für die Erzeugung von Warmwasser erforderlichen Verbrauch misst, nachgewiesen werden.<sup>17</sup>

Die bis zum 31.12.2020 geltende Regelung, dass der Mehrbedarf für Warmwasser abweichend festgesetzt werden kann, sofern Warmwasser sowohl dezentral erzeugt als auch über eine zentrale Versorgung über die Heizungsanlage bereitgestellt wird, entfällt künftig.

#### 1.8.3 **Abgrenzung zu den Leistungen für die Unterkunft**

Soweit die Warmwasserversorgung zentral erfolgt, handelt es sich um Leistungen für die Unterkunft. Weitere Details hierzu ergeben sich aus den Ausführungen unter II - §§ 35 - 36 SGB XII in Verbindung mit I - § 22 SGB II.

#### 1.9 **Mehrbedarf für Schulbücher**

Kosten für Schulbücher sind als Härtefall-Mehrbedarf zu übernehmen, wenn Schülerinnen und Schüler mangels Lernmittelfreiheit ihr Schulbücher selbst kaufen müssen.<sup>18</sup>

Mit diesem eigenständigen Mehrbedarf als Ausgleich für Aufwendungen für Kauf oder entgeltliche Ausleihe von Schulbüchern sind auch Arbeitshefte umfasst, soweit sie den Schulbüchern gleichstehen. Das ist der Fall, wenn sie über eine ISBN-Nummer verfügen.

Voraussetzung für die Anerkennung als Mehrbedarf ist, dass für die betreffende Schülerin bzw. den Schüler im jeweiligen Bundesland oder in der jeweiligen Schule - ganz oder teilweise - keine Lernmittelfreiheit und damit keine Möglichkeit einer unentgeltlichen Anschaffung oder Ausleihe der Schulbücher bzw. der Arbeitshefte besteht. Zudem muss die Benutzung des Buches bzw. Arbeitshefts durch die Schule oder den jeweiligen Fachlehrer vorgegeben sein.<sup>19</sup>

## 2 **Einmalige Bedarfe nach § 31 SGB XII**

### 2.1 **Regelungsinhalt des § 31 SGB XII**

Nach § 27a Abs. 1 SGB XII wird der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts in Form von Regelsätzen erbracht. Infolgedessen umfassen die Regelsätze neben Ernährung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben auch die Leistungen für die Beschaffung von Gebrauchsgütern von längerer Gebrauchsdauer und höherem Anschaffungswert, Kleidung, Wäsche,

---

<sup>17</sup> Informationsschreiben des MAGS vom 03.12.2020 zur Verlängerung der Übergangsregelungen in § 141 und 142 SGB XII und den Änderungen bei den Mehrbedarfen nach § 30 SGB XII im RBEG

<sup>18</sup> Urteil des BSG aus Mai 2019 (Az. B 14 AS 6/18 R)

<sup>19</sup> u.a. BT-Drucksache 19/24034 v. 04.11.2020

### Zusätzliche Bedarfe

---

Schuhe sowie Aufwendungen für besondere Anlässe (z.B. Weihnachtsfest, Konfirmation, Kommunion).

Die leistungsberechtigte Person kann frei entscheiden, welche Prioritäten sie im Rahmen des ihr zur Verfügung stehenden Betrages bei der Deckung ihres notwendigen Bedarfs setzt. Sie ist grundsätzlich gehalten, einen Teil ihrer monatlichen Leistungen anzusparen, um bei entstehendem Bedarf zukünftig größere Anschaffungen tätigen zu können.

Abweichend von § 27a Abs. 1 SGB XII werden nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 SGB XII einmalige Leistungen festgeschrieben, die nicht von den Regelsätzen erfasst und somit bei Bedarf ergänzend zu gewähren sind. Hierbei handelt es sich um Leistungen für

- die Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte,
- die Erstaussstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt

und

- Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten.

Die Bedarfstatbestände für die Gewährung einmaliger Bedarfe sind abschließend aufgezählt.

## 2.2 Begriff der Erstaussstattung

Mit der Formulierung „Erstaussstattung“ in § 31 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XII hat der Gesetzgeber klargestellt, dass einmalige Leistungen für Möbel und Hausrat sowie für Bekleidung ergänzend zu den Regelleistungen nur bei einer tatsächlichen Erstaussstattung infrage kommen.

Der im Gesetz nicht näher definierte Begriff der „Erstaussstattungen“ ist bedarfsbezogen zu verstehen. Es wird keine Aussage über den Umfang der Ausstattung getroffen, sondern beschränkt den Anspruch lediglich auf Fallkonstellationen, in denen erstmalig eine Ausstattung erforderlich ist. Somit besteht der Anspruch nicht nur bei einer kompletten Erstaussstattung, sondern kann sich auch auf Teilaussstattungen oder Einzelgegenstände beziehen. Der Ersatz bzw. die Neuanschaffung einzelner sich im Haushalt befindlicher Möbel, Haushaltsgeräte oder Bekleidungsstücke sind somit in der Regel keine „Erstaussstattung“.

### 2.2.1 Erstaussstattung beim Bezug einer Wohnung im Rahmen des BEWO

Bei erstmaligem Bezug einer eigenen Wohnung im Rahmen des Betreuten Wohnens, sind die Anträge der Erstaussstattung der Wohnung dem Kreis zu übersenden. Auf die Rundverfügung 02/2011 wird verwiesen.

### 2.3 Gewährung von einmaligen Beihilfen ohne laufende Leistungen

Der § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB XII bestimmt, dass ein Anspruch auf einmalige Bedarfe auch dann besteht, wenn ansonsten keine Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII bezogen werden. Kann ein Bedarf, der auf die drei einmaligen Bedarfe entfällt, hingegen nicht aus eigenen Kräften und Mitteln gedeckt werden, löst dies Hilfebedürftigkeit aus, mit der Folge, dass ein Anspruch auf Leistungen nach § 31 Abs. 1 SGB XII besteht. Die Neuformulierung von § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB XII übernimmt diesen Inhalt, präzisiert diesen aber dahingehend, dass die betreffenden Personen erst durch ungedeckte einmalige Bedarfe zu Leistungsberechtigten werden.

In den Fällen des § 31 Abs. 2 Satz 1 SGB XII kann nach § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB XII kann das Einkommen berücksichtigt werden, das sie innerhalb eines Zeitraums von bis zu sechs Monaten nach Ablauf des Monats erwerben, in dem über die Hilfe entschieden worden ist. Zusammen mit dem Entscheidungsmonat ist demnach eine Heranziehung des Einkommens aus insgesamt bis zu 7 Monaten möglich. Ob und ggf. für welchen Zeitraum § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB XII angewendet wird, ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

Zu berücksichtigen sind z.B.:

- die Verbrauchsgewohnheiten von Personen und Familien mit geringem Einkommen,
- die Art des Bedarfs,
- die Frage der Aufschiebbarkeit,
- die Höhe des übersteigenden Einkommens, die Höhe der Aufwendungen und deren Verhältnis zueinander,
- die Voraussehbarkeit des Bedarfsfalles und
- etwaige Besonderheiten in der Lebenssituation des Hilfesuchenden.

Insbesondere bei der Gewährung von Beihilfen für Gegenstände von mittel- und langfristiger Lebensdauer ist in der Regel der Zugriff auf den Einkommensüberschuss aus bis zu 7 Monaten zulässig. Bei schwankendem Einkommen sollte der Einkommensüberschuss aus dem Durchschnittseinkommen der letzten 3 Monate ermittelt werden. Die Entscheidung ist zu begründen (§ 35 Abs.1 Satz 2 SGB X).

### 2.4 Darlehensweise Hilfestellung

Soweit ein „Ansparen“ aus den Regelleistungen nicht möglich war und der Bedarf aus dem Vermögen nicht gedeckt werden kann, kann dieser zusätzliche Bedarf nach § 37 Abs. 1 SGB XII im Wege eines Darlehens übernommen werden. In der Regel kann man davon ausgehen, dass die Deckung eines unabweisbaren Bedarfs zur Sicherung des Lebensunterhalts für den Leistungsbezieher dann nicht möglich sein wird, wenn dieser Bedarf kurz nach der Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII entsteht oder gleichzeitig mehrere unabweisbare Bedarfe aus den angesparten Beträgen zu decken sind. Ferner ist ein Bedarf unabweisbar, wenn er nicht aufschiebbar ist und der Vermeidung einer akuten Notlage dient. Die Entscheidung ist zu begründen (§ 35 Abs.1 Satz 2 SGB X).

#### 2.5 **Erstausstattung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII**

##### 2.5.1 **Anspruchsvoraussetzungen**

Die Leistungen kommen nur in Betracht für Personen, die vorher keinen eigenen Haushalt geführt haben (Erstanmietung nach Auszug aus elterlichem Haushalt, Zuzug aus dem Ausland) oder falls wegen außergewöhnlicher Umstände (Wohnungsbrand, Haftentlassung) eine Wohnung neu ausgestattet werden muss und eine Neubegründung notwendig und angemessen ist.

In allen anderen Fällen findet diese Vorschrift aufgrund des Nachrangprinzips in der Sozialhilfe und der Selbsthilfeverpflichtung keine Anwendung. Aufgrund der Erhöhung der Regelsatzleistungen kann von Leistungsberechtigten grundsätzlich erwartet werden, dass sie in größerem Umfang als bisher Rücklagen auch für größere Anschaffungen bilden bzw. solche Maßnahmen über Darlehen nach § 37 SGB XII finanzieren. Die Aufwendungen für eine Erstausstattung einer Wohnung sind typischer Weise so umfangreich, dass insoweit eine Ausnahme von der Grundstruktur gegeben ist.

Zur Erstausstattung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte gehören alle Einrichtungsgegenstände, die für eine geordnete Haushaltsführung notwendig sind und die dem Leistungsberechtigten ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen ermöglicht.

Es wird das Prinzip Sachleistung vor Geldleistung angewendet. Die Erbringung der Sachleistung erfolgt als Gutschein. Die Gutscheine sind den Anlagen 5 (SGB II-Empfänger) und 6 (SGB XII-Empfänger) zu entnehmen und dem Bewilligungsbescheid über die Wohnungserstausstattung beizufügen.

Die Gutscheine sind farbig zu kennzeichnen, es ist gelbes Papier zu verwenden.

Maßnahmen zur Instandhaltung der Wohnung für turnusmäßig anfallende Schönheitsreparaturen sowie Einzugs- und Auszugsrenovierungen, soweit sie an die Stelle der turnusmäßigen Renovierungen treten, gehören nicht zu den Kosten für die Erstausstattung, sondern zu den Kosten der Unterkunft und sind im dortigen Kapitel geregelt (I - § 22 SGB II).

##### 2.5.2 **Bemessung der Erstausstattungsbeihilfe**

Die Bemessung der Erstausstattungsbeihilfe erfolgt pauschal.

Folgende Beträge sind als Sachleistung zu gewähren:

1-Personenhaushalt: 2.000,00 EUR

2-Personenhaushalt: 2.300,00 EUR

jede weitere Person: 500,00 EUR

Sofern Einrichtungsgegenstände (z.B. Küche) bereits vorhanden sein sollten, so ist dies auf dem Gutschein entsprechend zu vermerken und der Gesamtbetrag entsprechend der Richtwerte des Kreises (vgl. Anlage 3) zu kürzen.

Die Abwicklung erfolgt über:

- kaufbar gGmbH, Heimbachstraße 19a, 41747 Viersen,
- Möbel Busch GmbH + Co. KG, Breyeller Straße 93 - 103, 41334 Nettetal,
- Trendwerk GmbH + Co. KG, Freiheitsstraße 260, 41747 Viersen,
- SB Aktionshalle Wehnen GmbH & Co. KG, Pastoratshof 33, 47929 Grefrath und

Der Gutschein wird unter Angabe der Personenzahl und der sich daraus ergebenden Summe erstellt. Eine Anlage zum Gutschein mit den einzelnen Einrichtungsgegenständen ist nicht erforderlich.

Vor dem Erstgespräch mit dem Kooperationspartner ist dem Leistungsberechtigten eine von diesen Kooperationspartnern ausgearbeitete Checkliste auszuhändigen, die dieser beim Einrichtungstermin ausgefüllt mitzubringen hat. Die Checklisten sind der Anlage 7 zu entnehmen. Die Diakonie verfügt über keine eigene Checkliste

Auch ist aus Sicht aller Kooperationspartner eine Terminvereinbarung vorab, wenn möglich direkt durch die den Gutschein ausstellende Stelle, wünschenswert.

Die Beschaffung und Auslieferung der Einrichtungsgegenstände erfolgt durch den jeweiligen Kooperationspartner. Nach Aushändigung der Gegenstände erfolgt die Rechnungserstellung durch den Kooperationspartner unmittelbar an das Sozialamt/BLZ, welches den Gutschein erstellt hat.

### 2.5.3 Zahlungsabwicklung

Die genannten Erstausrüstungsbeihilfen werden seitens der Kooperationspartner zzgl. Arbeitslohn und Sachkostenpauschale in Rechnung gestellt. Diese Pauschalen gliedern sich wie folgt auf:

- a) Die Pauschale für Lieferung und Montage beträgt bei einem Ein-Personenhaushalt 570,00 EUR (inkl. MwSt. und Anfahrtspauschale). Für jede weitere Person erhöht sich die Pauschale um 50,00 EUR.
- b) Für Anschlussleistungen (Küche, Waschmaschine, Leuchten) wird eine weitere Pauschale von 100,00 EUR gewährt.
- c) Sofern im Einzelfall eine Armatur für die Küche benötigt wird, wird diese mit 100,00 EUR berechnet.

Die unter II a) genannte Pauschale für Lieferung und Montage von derzeit 570,00 € erhöht sich jährlich zum 01.01. auf Grundlage der Entwicklung

### Zusätzliche Bedarfe

---

des Nominallohnindex im 1. Halbjahr des Vorjahres. Die neue Pauschale wird mittels Rundverfügung bekannt gegeben.

#### 2.5.4 Ansprechpartner

I. Ansprechpartner für die kaufbar gGmbH ist:

[Ludger.flossdorf@kaufbar-viersen.de](mailto:Ludger.flossdorf@kaufbar-viersen.de)  
[Oezler.karatas@kaufbar-viersen.de](mailto:Oezler.karatas@kaufbar-viersen.de)  
[Andrea.lennertz@kaufbar-viersen.de](mailto:Andrea.lennertz@kaufbar-viersen.de)  
[Andreas.Neuroth@kaufbar-viersen.de](mailto:Andreas.Neuroth@kaufbar-viersen.de)

Herr Neuroth ist Hauptansprechpartner für die Wohnungserstausstattung (Tel. 02162 / 89 72 56 35).

II. Ansprechpartnerin für Möbel Busch GmbH & Co. KG und Trendwerk GmbH & Co. KG ist:

Frau Anne Busch  
Telefon 02153-9531-71  
[Mail: abusch@moebel-busch.de](mailto:abusch@moebel-busch.de)

III. Ansprechpartner für die SB Aktionshalle Wehnen ist:

Herr Thorsten Passargus  
Telefon: 02158 / 40 91 60  
[Mail: t.passargus@sb-aktionshalle.de](mailto:t.passargus@sb-aktionshalle.de)

#### 2.5.5 Fälschungssicherheit der Gutscheine

Der Gutschein ist mit Unterschrift und Stempel zu versehen.

Der Gutschein wird an den Leistungsberechtigten ausgehändigt. Parallel wird eine Exceltabelle mit Namen und Adresse des Leistungsberechtigten zum Abgleich an den Kooperationspartner gemailt. Dies erfolgt an **alle** o.g. E-Mail-Adressen des jeweiligen Kooperationspartners.

#### 2.5.6 Datenschutz

Zur Einhaltung des Datenschutzes ist es zwingend notwendig, dass durch den Leistungsberechtigten eine entsprechende Datenschutzerklärung unterschrieben wird. Diese beinhaltet die Einwilligung, dass der Gutschein zur weiteren Bearbeitung an den Kooperationspartner übermittelt werden darf. Die Datenschutzerklärungen sind den Anlagen 8 (SGB II-Empfänger) und 9 (SGB XII-Empfänger) zu entnehmen und entsprechend zu verwenden.

### 2.5.7 Befristung der Gutscheine

Die Gutscheine sind auf 8 Wochen ab Ausstellungsdatum zu befristen.

### 2.5.8 Einzelfragen

#### 2.5.8.1 Ersatzbeschaffungen und Reparaturen

Kosten für die Ersatzbeschaffungen und Reparaturen der Geräte (Geräte waren alt, unmodern, defekt o.ä.) sind aus dem Regelsatz zu tragen, da Leistungen für einmalige Bedarfe grundsätzlich nur für Erstausstattungen gewährt werden. Eine Ersatzbeschaffung stellt keine Erstausstattung dar, wenn einzelne, bereits unmittelbar vor dem Einzug in einer Wohnung vorhanden gewesene Gegenstände zwar weiterhin funktionsfähig sind, ihrem Besitzer jedoch nicht mehr gefallen oder sie nicht mehr optimal zur neuen Wohnung passen<sup>20</sup>. Ist eine Deckung der Kosten aus dem Regelsatz tatsächlich allerdings nicht möglich, könnte ein Darlehen nach § 37 SGB XII in Betracht kommen.

In diesem Zusammenhang ist die Anschaffung eines Jugendbettes nicht als Ersatzbeschaffung anzusehen, da die Notwendigkeit eines der Körpergröße angepassten Bettes im Falle der vorherigen Beschaffenheit eines Kinderbettes als erstmalige und notwendige Anschaffung anzusehen ist. Anders wäre die Sachlage im Falle des Vorhandenseins eines Jugendbettes, das bereits im Kleinkinderalter angeschafft wurde, jedoch den geschmacklichen Vorstellungen des Jugendlichen nicht mehr entsprechen würde.<sup>21</sup>

#### 2.5.8.2 Fernsehgerät

Zur Erstausstattung für die Wohnung gehören nach der Rechtsprechung des BSG<sup>22</sup> wohnraumbezogene Gegenstände, die für eine geordnete Haushaltsführung und ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen erforderlich sind. Hierzu zählt ein Fernsehgerät nicht.<sup>23</sup> Es ist weder ein Einrichtungsgegenstand noch ein Haushaltsgerät. Die auf die Wohnung bezogenen Leistungen des SGB XII dienen, insbesondere mit der Übernahme der angemessenen Kosten der Unterkunft (KdU), dem Zweck, dem Hilfebedürftigen ein menschenwürdiges Wohnen zu ermöglichen, das die grundlegenden Bedürfnisse Aufenthalt, Schlafen, Essen sicherstellt. Fehlen dem Hilfebedürftigen bei Gründung eines eigenen Hausstandes die hierfür erforderlichen Gegenstände, so sind hierfür gesondert neben der pauschalierten Regelleistung Leistungen zu erbringen. Aus der Tatsache, dass „Fernsehen“ ein elementarer Bestandteil der herrschenden Lebensgewohnheiten ist und etwa 95 % der Bevölkerung mit Möglichkeiten zum Empfang von Fernsehprogrammen ausgestattet sind, folgt nichts Anderes. Die Sicherstellung von Freizeit-, Informations- und

<sup>20</sup> vgl. LSG, Urteil vom 29.08.2013, Az.: L 19 AS 999/13 B

<sup>21</sup> Vgl. BSG Urteil vom 23.05.2013, Az.: B 4 AS 79/12 R

<sup>22</sup> vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2011, Az.: B 14 AS 75/10 R, BSG, Urteil vom 09.06.2011, Az.: B 8 SO 3/10 R

<sup>23</sup> vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2011, Az.: B 14 AS 75/10 R; BSG, Urteil vom 09.06.2011, Az.: B 8 SO 3/10 R



### Zusätzliche Bedarfe

---

Unterhaltungsbedürfnissen, der das Fernsehen dient, soll grundsätzlich aus der Regelleistung erfolgen. Insoweit erforderliche Konsumgegenstände, die wie das Fernsehgerät entsprechend verbreitet sind, aber nicht zur Erstausrüstung einer Wohnung zählen, können – im Gegensatz zum Rechtszustand unter dem Bundessozialhilfegesetz – nur noch darlehensweise erbracht werden (vgl. § 37 SGB XII)

Die Leistungen zur Erfüllung persönlicher Bedürfnisse sind vollständig mit der Regelleistung abgegolten; ein Anspruch auf eine einmalige Leistung nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII besteht für diesen Bedarf nicht.

## 2.6 Erstausrüstungen für Bekleidung

### 2.6.1 Grundsätzliche Regelungen

Nach geltender Rechtslage sind nur noch die Aufwendungen für die Erstausrüstungen für Bekleidung einschließlich Schwangerschaft und Geburt gesondert zu erbringen.

Dies setzt außergewöhnliche Umstände voraus, z.B. Wohnungsbrand, unzureichende Bekleidung nach Haft oder Wohnungslosigkeit.

Für die Höhe der Beihilfe können folgende Pauschalen gewährt werden:

Grundausrüstung an Bekleidung für Jungen	<b>368,00 €</b>
Grundausrüstung an Bekleidung für Mädchen	<b>378,00 €</b>
Grundausrüstung an Bekleidung für Frauen	<b>450,00 €</b>
Grundausrüstung an Bekleidung für Männer	<b>430,00 €</b>

Die Details zur Bemessung der Aufwendungen für die Schwangerschaftsbekleidung und die Babyerstausrüstung ergeben sich aus den Ausführungen unter Ziffer 3.7 und 3.8.

Die Ermittlung der Pauschalen erfolgt nach den nachfolgend abgedruckten Aufstellungen, die Grundlage für deren Ermittlung war. Für die Gewährung der Erstausrüstung ist zukünftig nur noch nach pflichtgemäßem Ermessen zu ermitteln, ob die fachlichen Voraussetzungen, also z.B. Schwangerschaft und Wohnungsbrand, für die Gewährung vorliegt. Sollte dies bejaht werden, sind einmalig die obigen Pauschalen zu gewähren.

Sollte nur ein Teil der Gegenstände angeschafft werden müssen, sind die Pauschalen entsprechend zu kürzen.

## 2.6.2 Grundausrüstung an Bekleidung für Mädchen und Jungen

(bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, danach sind die Übersichten für Damen- und Herrenbekleidung heranzuziehen)

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP <sup>24</sup> (€)	GP <sup>25</sup> (€)
Winterjacke	1	35	35
Sommerjacke	1	30	30
Rock oder Hose (Mädchen)	2	18	36
Hose (Jungen)	2	21	42
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	13	26
Hemd / Bluse	3	12	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12
Unterhose	6	3	18
Socken	6	3	18
Nachthemd/ Schlafanzug	2	10	20
Turnhose	1	8	8
Badeanzug/ Badehose	1	10	10
Trainingsanzug/ Jogginganzug	1	20	20
BH	2	8	16
Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 4	12
Schuhe	2	15	30
Gummistiefel mit Einlage	1	10	10
Turnschuhe	1	15	15
Hausschuhe	1	10	10
<b>insgesamt</b>			<b>Jungen 368,00 € Mädchen 378,00 €</b>

<sup>24</sup> EP = Einzelpreis

<sup>25</sup> GP = Gesamtpreis

Zusätzliche Bedarfe

---

2.6.3 Grundausrüstung an Bekleidung für Frauen

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP <sup>26</sup> (€)	GP <sup>27</sup> (€)
Winterjacke / Wintermantel	1	45	45
Sommerjacke / Sommerjacke	1	35	35
Rock oder Hose	2	25	50
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	20	40
Bluse	2	18	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12
Unterhose	5	3	15
Socken	5	3	15
Nachthemd	2	15	30
Turnhose	1	8	8
Badeanzug	1	15	15
Trainingsanzug / Jogginganzug	1	28	28
BH	2	10	20
Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 5	15
Schuhe	2	30	60
Hausschuhe	1	10	10
<b>insgesamt</b>			<b>450,00 €</b>

---

<sup>26</sup> EP = Einzelpreis

<sup>27</sup> GP = Gesamtpreis

## 2.6.4 Grundausrüstung an Bekleidung für Männer

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP <sup>28</sup> (€)	GP <sup>29</sup> (€)
Winterjacke / Wintermantel	1	55	55
Sommerjacke / Sommerjacke	1	40	40
Hose	2	25	50
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	20	40
Hemden	2	18	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12
Unterhose	5	3	15
Socken	5	3	15
Schlafanzug	2	10	20
Turnhose	1	8	8
Badehose	1	10	10
Trainingsanzug / Jogginganzug	1	28	28
Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 5	15
Schuhe	2	30	60
Hausschuhe	1	10	10
<b>insgesamt</b>			<b>430,00 €</b>

<sup>28</sup> EP = Einzelpreis

<sup>29</sup> GP = Gesamtpreis

### Zusätzliche Bedarfe

---

#### 2.7 Schwangerschaftsbekleidung

Auf Antrag ist der werdenden Mutter ab dem 4. Schwangerschaftsmonat eine Beihilfe zur Anschaffung von Umstandskleidung zu gewähren. Die Höhe der Beihilfe beläuft sich auf 150,- € (Pauschale), die in der Regel als Barleistung zu bewilligen ist.

#### 2.8 Babygrundausrüstung

##### 2.8.1 Säuglingserstausrüstung (Bekleidung)

Die notwendige Säuglingserstausrüstung ist ab dem 6. Schwangerschaftsmonat zu bewilligen. Hierfür ist eine einmalige Beihilfe in Höhe von 220,00 € zu gewähren. Mit diesem Pauschbetrag sind Wäsche, Bekleidung, Pflege- und Hygieneartikel abgegolten.

Bei Geburt eines Geschwisterkindes ist davon auszugehen, dass die mit der Grundausrüstung beschafften Gegenstände größtenteils noch vorhanden sind. In diesen Fällen ist zur Ergänzung der Grundausrüstung eine einmalige Beihilfe in Höhe von 80,00 € zu gewähren. Sofern erst 3 Jahre nach der Geburt des jüngsten Kindes ein weiteres Kind geboren werden wird, ist davon auszugehen, dass die Grundausrüstung nicht mehr vorhanden ist, so dass hier wieder eine Beihilfe in Höhe von 220,00 € zu gewähren ist.

##### 2.8.2 Sonstige Säuglingserstausrüstung

Ab dem 6. Schwangerschaftsmonat ist auch eine einmalige Beihilfe für Kinderbett, Kinderwagen und Badewanne zu bewilligen. Die Beihilfe ist als Geldleistung zu erbringen, damit die Schwangere eigenverantwortlich und zugunsten von mehr Flexibilität und Dispositionsfreiheit verfügen kann. Die Frauen sind nicht an Second-Hand-Läden oder Kleider – bzw. Möbelkammern zu verweisen. Eine Vorlage von Quittungen soll nur in begründeten Verdachtsfällen verlangt werden.

Für Bett mit Matratze, Bettwäsche und Oberbett sind 240,00 € zu bewilligen.

Für Kinderwagen mit Matratze, Wäsche und Oberbett sind 170,00 € zu bewilligen.

Für eine Kinderbadewanne sind 13,00 € zu bewilligen.

Für einen Kleiderschrank sind 86,00 € zu bewilligen.

Für einen Zwillingsschwesterwagen/Geschwisterwagen mit Zubehör sind 200,00 € zu bewilligen.

Erwartet die Frau ihr 2. Kind und beantragt im Zuge dessen einen Geschwisterwagen, kann der Verkauf des noch vorhandenen Kinderwagens verlangt werden, wenn dieser nicht mehr für das erstgeborene Kind benötigt wird.

Mittel aus der Bundestiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ sind nachrangig. Die Frauen sind nur, wenn nach Bewilligung durch den SGB II oder SGB XII-Träger noch ein ungedeckter Bedarf übrigbleibt, auf diese Stiftung zu verweisen. Hierüber entscheiden die örtlichen Schwangerschaftsberatungsstellen.

## 2.8.3 Ergänzung der Grundausstattung für jedes weitere Kind

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP <sup>30</sup> (€)	GP <sup>31</sup> (€)
Mullwindeln	3	2,50	7,50
Frotteehöschen	6	3	18
Hemdchen	3	5	15
Jäckchen	2	5,50	11
Strampler	2	7,50	15

## Darüber hinaus kann bei Bedarf bewilligt werden

Art	€
Kindersportwagen	82
Fußsack für Sportwagen (Winter)	41
Faltwagen, ab 1 Jahr	51
Laufstall (nur in besonders begründeten Fällen)	74
Kinderhochstuhl	25
Auto-Kindersitz	40 €

Diese Gegenstände sind bis auf besonders zu begründende Ausnahmen (z.B. Auto-Kindersitz aus Sicherheitsgründen) immer gebraucht zu erhalten. Die für gebrauchte Gegenstände geforderten Preise sind soweit angemessen zu übernehmen.

Bei der Beantragung von Kindersportwagen bzw. faltwagen (Buggy) ist zu prüfen, ob der vorhandene Kinderwagen verkauft werden kann.

Im Falle des Transports eines Kindes im Auto ist ein Auto-Kindersitz gesetzlich vorgeschrieben (§ 21 Abs. 1a StVO). Sofern die Schwangere angibt, den Säugling im vorhandenen eigenen PKW bzw. regelmäßig im Auto eines Dritten transportieren zu müssen und daher einen Auto-Kindersitz beantragt, zählt auch dieser zur notwendigen Erstausrüstung bei Geburt.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> EP = Einzelpreis

<sup>31</sup> GP = Gesamtpreis

<sup>32</sup> Blüggel in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 31 SGB XII, Rz. 40 sowie SG Heilbronn v. 28.07.2015, Az. S 11 AS 44/15

### **3 Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen, Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten**

#### **3.1 Allgemeines**

Orthopädische Schuhe sowie therapeutische Geräte und Ausrüstungen sind Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V und daher vorrangig durch die Krankenkasse zu erbringen. Darüber hinaus können weitere vorrangige Ansprüche der Leistungsberechtigten gemäß § 31 SGB IX und § 40 SGB XI gegenüber den Pflegekassen oder den Rehabilitationsträgern bestehen. Aus diesem Grund beschränkt sich der Leistungsanspruch lediglich auf die Anschaffung (Eigenanteil) und Reparatur orthopädischer Schuhe sowie auf die Reparatur und Miete therapeutischer Geräte und Ausrüstungen.

Versicherte einer Krankenkasse haben gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Hilfsmittel, wenn Sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dieser Anspruch umfasst nach § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V auch die notwendigen Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und - soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich - die technische Wartung und Kontrolle der Hilfsmittel. Die Einzelheiten zu den therapeutischen Geräten sind in der Hilfsmittelrichtlinie vom 16. Oktober 2008 sowie in dem dazugehörigen Hilfsmittelkatalog geregelt. Gleiches gilt für den Anspruch der Leistungsempfänger nach § 31 SGB IX gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger.

Die Übernahme der Kosten für Hilfsmittel sowie der weitere Leistungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die Hilfsmittel als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder die Hilfsmittel nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Ebenso verhält es sich bei Hilfsmitteln, deren Abgabepreis gering oder deren therapeutischer Nutzen umstritten ist. Die Krankenkasse, aber auch der Träger der Sozialhilfe, übernimmt die hierfür erforderlichen Kosten nicht. Die Entscheidung trifft die für den Leistungsberechtigten zuständige Krankenkasse.

Wegen der vorrangigen Leistungspflicht der zuständigen Krankenkassen, Pflegekassen oder Rehabilitationsträger ist vor jeder Entscheidung über einen möglichen Anspruch auf Übernahme der Kosten als einmalige Beihilfe nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII die Entscheidung des jeweiligen Leistungsträgers durch den Leistungsberechtigten selbst einzuholen. Insofern sind eingehende Anträge auf Übernahme der entsprechenden Kosten erst nach Vorlage des Leistungsbescheides des zuständigen Leistungsträgers zu bearbeiten. Vom Leistungsberechtigten vorgelegte medizinische Verordnungen sind immer vorrangig vom zuständigen Leistungsträger zu prüfen. Eigene Untersuchungen durch den Amtsarzt des Kreises Viersen sind nicht vorzunehmen.

Bei den therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sind gemäß dem Wortlaut des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII nur die Kosten für die Reparatur und die Miete dieser Geräte und Ausrüstungen durch den Träger der Sozialhilfe zu übernehmen. Die Kosten für die Anschaffung der therapeutischen Geräte und Ausrüstungen können vom Träger der Sozialhilfe nicht übernommen werden. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenkasse die Übernahme der Kosten wegen fehlender Voraussetzungen nach § 33 SGB V abgelehnt hat oder aber der Leistungsberechtigte Hilfsmittel gewählt hat, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Gleiches gilt für den Anspruch der Leistungsempfänger nach § 31 SGB IX gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger.

Vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen, die Pflegekassen und die Rehabilitationsträger neben der Anschaffung auch die Kosten für notwendige Reparaturen, Änderungen, Ersatzbeschaffungen usw. übernehmen kann hier mit Anträgen auf Kostenübernahmen in der Regel nicht gerechnet werden.

Reparaturen, die aufgrund von solchen Leistungen entstehen, die die Krankenkasse im Vorfeld nicht genehmigt bzw. bezahlt hat, werden von der Krankenkasse nicht getragen. Die hier entstehenden Mehrkosten hat der Leistungsberechtigte selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Diese Kosten werden vom Träger der Sozialhilfe ebenfalls nicht übernommen.

Nach § 33 Abs. 5 Satz 1 SGB V kann die Krankenkasse die erforderlichen Hilfsmittel dem Versicherten auch leihweise überlassen. Bei einer leihweisen Überlassung der erforderlichen Hilfsmittel trägt die Krankenkasse auch die anfallenden Mietkosten. Gleiches gilt für den Anspruch der Leistungsempfänger nach § 31 SGB IX gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger sowie dem Anspruch nach § 40 SGB XI gegenüber der Pflegekasse.

Bei orthopädischen Schuhen hingegen ist vom Träger der Sozialhilfe neben der Reparatur auch die Anschaffung der Schuhe zu zahlen. Wobei nach der Gesetzesbegründung zu § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII hier lediglich auf den vom Leistungsberechtigten zu erbringenden Eigenanteil abgestellt wird und eine vollständige Übernahme der Anschaffungskosten durch den Leistungsträger nicht vorgesehen ist. Da Schuhe Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind, erfolgt bei der Leistungsgewährung durch die Krankenkasse eine Berechnung des so genannten Gebrauchsgegenstandsanteils. Die einzelnen Zuzahlungshöhen – bis zur Höhe von 76,- € - zu den jeweiligen Schuharten sind im Rundschreiben zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegemitteln der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 18. Dezember 2007 nachzulesen. Da eine Befreiung von diesem Eigenanteil nicht möglich ist, sind diese Kosten vom Sozialhilfeträger als einmalige Beihilfe gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII zu übernehmen.



### Zusätzliche Bedarfe

---

Kosten für Reparaturen an orthopädischen Schuhen, welche die medizinische Funktionsfähigkeit des Schuhs wiederherstellen, tragen die zuständige Krankenkasse, Pflegekasse oder der zuständige Rehabilitationsträger.

#### 3.2 Brille

Die Anschaffung einer Brille ist nicht vom Leitungsumfang des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII gedeckt. Dies ergibt sich bereits aus dem Gesetzestext. Die Möglichkeiten einer darlehensweisen Hilfe nach § 37 sind hiervon unabhängig und ggfs. hilfsweise zu prüfen. - Die Kosten für eine Brillenreparatur sind jedoch gesondert zu übernehmen, da dieser Bedarf nicht in die Ermittlung des Regelbedarfs eingeflossen ist.

### 4 Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

#### 4.1 Allgemeines

Zu den weiteren zusätzlichen Bedarfen zählen nach § 32 SGB XII auch angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung. Die Vorschrift des § 32 SGB XII sieht vor, dass im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden (können). Da die hier geregelte Hilfe zur Hilfeart „Hilfe zum Lebensunterhalt“ gehört, gelangen alle für diese Hilfeart geltenden Vorschriften zur Anwendung. Dies gilt nicht nur für den in Bezug genommenen § 27 Abs. 1 und 2 SGB XII (Hilfebedürftigkeit), sondern auch für die §§ 39, 38 und 22 sowie für § 20 SGB XII.

Die Vorschrift findet auch für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII Anwendung.

#### 4.2 Gesetzliche Kranken – und Pflegeversicherung

##### 4.2.1 Übernahme der Beiträge

Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie ein Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V werden übernommen, wenn der Leistungsberechtigte im Sinne von § 19 Abs. 1 und Abs. 2 SGB XII entweder

- pflichtversichert ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 2 Abs. 1 Nr. 7 des 2. Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG),
- Rentenantragsteller ist, der nach § 189 SGB V als Mitglied der Krankenkasse gilt,  
oder
- freiwillig versichert ist nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 – 8 SGB V oder § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG.

#### 4.2.1.1 Direktzahlungs- und Informationspflicht gemäß § 32a SGB XII

Ist der Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 SGB XII mindestens so hoch wie der Gesamtbetrag aus Kranken- und Pflegeversicherung, so **sind** diese Beiträge gemäß Absatz 2 Satz 1 vom Träger der Sozialhilfe direkt an die Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zu zahlen.

*Beispiel:*

*Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 160 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 40 Euro (fiktive Beträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beträgt 250 Euro. Da aus der Grundsicherung der Gesamtbeitrag an die Krankenkasse vollständig überwiesen werden kann, ist der Träger der Sozialhilfe zur Direktzahlung verpflichtet. In der Folge wird der leistungsberechtigten Person dann noch der verbleibende Differenzbetrag von 50 Euro ausgezahlt; sie ist jedoch aus ihrer Zahlungspflicht gegenüber der Krankenkasse für diesen Monat aufgrund der Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe befreit.*

Nicht von Bedeutung für die Direktzahlungspflicht ist es hingegen, ob die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ganz oder teilweise nach § 43 i. V. m. § 82 Absatz 2 Nummer 2 und 3 SGB XII vom Einkommen abzusetzen oder ganz oder teilweise als Bedarf nach § 32 SGB XII anzuerkennen sind.

Ist der monatliche Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 SGB XII geringer als der Gesamtbetrag aus Kranken- und Pflegeversicherung, gilt die Direktzahlungspflicht für den Träger der Sozialhilfe nicht. In solchen Fällen erfolgt durch den Träger der Sozialhilfe auch keine anteilige bzw. teilweise Zahlung von Beiträgen („ganz oder gar nicht“). Sollte ein Sachverhalt vorliegen, in dem entweder nur die Krankenversicherung oder nur die Pflegeversicherung aus dem monatlichen Zahlungsanspruch in voller Höhe überwiesen werden könnte, erfolgt ebenfalls keine Direktzahlung durch den Träger der Sozialhilfe

In diesen Fällen hat die leistungsberechtigte Person die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe selbst zu entrichten.

*Beispiel:*

*Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 160 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 40 Euro (fiktive Beträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 35 Euro. Da aus der Grundsicherung die Gesamtsumme aus Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag nicht in voller Höhe an die Krankenkasse überwie-*

*sen werden kann, erfolgt keine Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe. Der leistungsberechtigten Person wird über den Zahlungsanspruch der auf die Bedarfe für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entfallende rechnerische Anteil in Höhe von 35 Euro ausgezahlt; die Beitragszahlung an die Krankenkasse obliegt ihr selbst.*

Gemäß § 32a Absatz 2 Satz 2 SGB XII hat der Träger der Sozialhilfe die Direktzahlung an die jeweilige Krankenkasse oder das jeweilige Versicherungsunternehmen, bei dem eine leistungsberechtigte Person versichert ist, zu leisten. Wechselt die leistungsberechtigte Person die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen, ist dies in den Monaten, für die die Beiträge direkt gezahlt werden, vom Träger der Sozialhilfe zu beachten.

Der Träger der Sozialhilfe hat gemäß § 32a Absatz 2 Satz 3 SGB XII sowohl der leistungsberechtigten Person als auch ihrer Krankenkasse bzw. ihrem Versicherungsunternehmen Beginn und Ende der Direktzahlung sowie die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung schriftlich mitzuteilen.<sup>33</sup>

Zusätzlich ist der leistungsberechtigten Person vom Träger der Sozialhilfe mitzuteilen, an welche Krankenkasse bzw. welches Versicherungsunternehmen die Beiträge direkt gezahlt werden. Der Krankenkasse oder dem Versicherungsunternehmen ist vom Träger der Sozialhilfe wiederum Name und Anschrift der versicherten Person mitzuteilen, für die die Beiträge gezahlt werden (§ 32a Absatz 2 Satz 4 SGB XII).

#### 4.2.2 Freiwillige Mitgliedschaft

Soweit der Leistungsberechtigte keinen Tatbestand erfüllen, der nach § 5 Abs. 1 SGB V eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auslöst (z. B. wegen Rentenbezug oder der Beschäftigung in einer WfbM) und auch nicht nach § 10 SGB V familienversichert sind, kommt unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Hierbei sind jedoch Beitrittsfristen in Form von Vorversicherungszeiten zu beachten.

##### 4.2.2.1 Vorversicherungszeiten

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V können Personen bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als freiwillige Mitglieder der gesetzlichen KV beitreten, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mind. 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mind. 12 Monate krankenversichert waren. In diesem Zusammenhang sind z. B. auch Zeiträume, in denen Pflichtversicherungsbeiträge gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wg. Bezugs von ALG-II Leistungen gezahlt wurden, als Vorversicherungszeiten zu berücksichtigen.

---

<sup>33</sup> Rundschreiben des BMAS vom 19.02.2021, „Vollzug des § 32a SGB XII“

Entscheidend ist jedoch, dass unmittelbar vor dem freiwilligen Beitritt eine Pflichtmitgliedschaft bestanden hat, während es für die Erfüllung der Vorversicherungszeiten von 24 bzw. 12 Monaten unerheblich ist, ob es sich hierbei um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder um eine Familienversicherung gehandelt hat.

#### 4.2.2.2 Anzeigepflicht

Sind die Vorversicherungszeiten erfüllt, setzt die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft eine entsprechende schriftliche Anzeige bei der Krankenkasse innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Pflichtversicherung voraus. Die Anzeige kann nicht durch das Sozialamt nach § 95 SGB XII erfolgen, sondern muss durch den Versicherten selbst abgegeben werden. Auf die Abgabe einer entsprechenden Anzeige ist seitens des Sozialamtes ausdrücklich hinzuwirken. Besonderes Augenmerk ist dabei auf Fälle zu legen, in denen ein Leistungsübertritt aus dem SGB II in den Rechtskreis SGB XII erfolgt. Unterbleiben entsprechende Aktivitäten zur freiwilligen Mitgliedschaft, obwohl entsprechende Hinweise auf eine Antragstellung bei der Krankenkasse gegeben worden sind, kann dies als sozialwidriges Verhalten im Sinne von § 103 Abs. 1 SGB XII mit der Folge gewertet werden, dass dem Sozialamt ggf. Kostenersatzansprüche entstehen.

#### 4.2.2.3 Beginn der Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Wird innerhalb der 3-Monatsfrist vom Versicherten keine freiwillige Mitgliedschaft angezeigt, hat dies zur Folge, dass diese in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr begründet werden kann, es sei denn, dass neue Vorversicherungszeiten in der Zukunft einen erneuten Anspruch auf Weiterversicherung begründen.

#### 4.2.2.4 Beitragsbemessung

Das Verfahren der Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte wird nach § 240 Abs. 1 SGB V durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Die bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einkünfte sind für Versicherte, die außerhalb von Einrichtungen leben, nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V durch die Mindestbeitragsbemessungsgrenze nach unten hin begrenzt. Ein Abweichen hiervon nach oben ist dann gerechtfertigt, wenn das anzurechnende Einkommen diesen jährlich aktualisierten Wert übersteigt. Zum Einkommen in diesem Sinne zählen alle Einnahmen, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden können; somit auch Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII, nicht jedoch Leistungen nach den 5. – 9. Kap. SGB XII bzw. dementsprechende Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern.

Für freiwillig Versicherte in stationären Einrichtungen werden nach den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes bei der Beitragsbemessung pauschal Einkünfte in Höhe

des 3,6 - fachen Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes (siehe Regelbedarfsstufe 1) zugrunde gelegt.<sup>34</sup>

#### 4.2.3 Nachrangige Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Seit dem 01.04.2007 werden alle im Inland wohnenden Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und

- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren

oder

- in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind,

im Wege der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen. Gleichzeitig besteht eine Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Beitragshöhe entspricht den Beiträgen, die für eine freiwillige Versicherung zu leisten sind.

Nach § 32 Abs. 1 Satz 3 SGB XII kann die Krankenkasse eine direkte Beitragszahlung in Höhe des gesamten Beitrages unmittelbar an sie durch das Sozialamt veranlassen, wenn Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nur wegen der Beitragszahlung hilfebedürftig nach dem 3. bzw. 4. Kap. SGB XII werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die entsprechende Anforderung der Krankenkasse einen Nachweis darüber enthält, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Krankenkassenbeiträge durch den Hilfebedürftigen sonst nicht gesichert ist.

In diesem Fall hat das Sozialamt den Hilfebedürftigen hierüber zu unterrichten und ihm gegenüber nach § 32 Abs. 1 Satz 4 Aufwendungsersatz nach § 19 Abs. 5 SGB XII monatlich in Höhe der den Sozialhilfeanspruch übersteigenden Beitragszahlungen geltend zu machen.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist gegenüber anderen Versicherungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung (anderweitige Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung nach § 9, Familienversicherung

---

<sup>34</sup> Gegen diese Festlegung sind von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe Musterklagen beim BSG anhängig. Mit den Krankenkassen sind hierzu entsprechende Streitvereinbarungen geschlossen worden, wonach sich die Sozialhilfeträger verpflichtet haben, die Beiträge auf der Grundlage des 3,6-fachen Regelsatzes weiterhin als Bedarf anzuerkennen. Sollte das BSG eine Reduzierung der Beiträge vorgeben, wird in jedem Fall (unabhängig davon, ob ein Widerspruch- bzw. Klageverfahren anhängig ist) von den Krankenkassen eine Beitragserstattung vorgenommen werden. Ein erstes Urteil des Urteil des Bundessozialgerichtes vom 21.12.2011, Az. B 12 KR 22/09 R, scheint den Sozialhilfeträgern Recht zu geben. Es handelt sich zwar nicht um eines der Musterverfahren, der Entscheidung lässt sich aber die Auffassung des Gerichtes entnehmen, wonach sich der Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen und damit die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nach den in § 42 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XII genannten Leistungen bemisst.

nach § 10 SGB V) und gegenüber anderen Formen der Absicherung im Krankheitsfall (z. B. Krankenhilfe nach dem SGB VIII oder Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz) grundsätzlich nachrangig (siehe auch Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V).

Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Betroffene zuletzt versichert war, ansonsten können die Betroffenen die Kasse frei wählen (siehe auch § 174 Abs. 5 SGB V).

Beitragsschulden werden grundsätzlich nicht übernommen, da die Sozialhilfe keine Leistungen für die Vergangenheit gewährt. Anträge auf Übernahme von Krankenversicherungsrückständen in Folge eines ruhenden Krankenversicherungsschutzes, sind dem Kreissozialamt zur Entscheidung über eine Hilfestellung nach § 73 SGB XII vorzulegen.

Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet oder der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlagert wird (siehe auch § 190 Abs. 13 SGB V). Der Bezug von lfd. Sozialhilfeleistungen führt allerdings nicht zum Wegfall der einmal nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründeten Pflichtmitgliedschaft.

#### **4.2.4 Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V**

Nicht der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V Empfänger von laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. bzw. 7. Kapitel SGB XII.

Im Sinne dieser Vorschrift empfangen werden laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kap. SGB XII in dem Zeitraum, für den sie durch Bescheid des Sozialhilfeträgers zuerkannt werden.<sup>35</sup>

Für Personen, die während des Bezugs von ALG II versicherungspflichtig in der GKV sind, besteht der Leistungsanspruch in der GKV auch nach Ende der Pflichtmitgliedschaft wegen des Endes des SGB II-Bezugs. Dies gilt aber für längstens eines Monats, wenn keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Werden innerhalb dieses Monats laufende Leistungen der Sozialhilfe bezogen bzw. rückwirkend gewährt, bewirkt dieser Bezug auch einen Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach dem SGB XII - aber erst im nächsten Monat, nach Ablauf der Pflichtversicherung nach § 19 Abs. 2 SGB V.

---

<sup>35</sup> vgl. BSG,-Urteil vom 6.10.2010, Az.: B 12 KR 25/09 R

Die über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum Mitglied der GKV gewordene Personen bleiben auch dann weiterhin Mitglied, wenn sie nach dieser Unterbrechung der Hilfezahlung wieder sozialhilfebedürftig werden.

Von Seiten der Sachbearbeitung ist somit in diesen Fällen darauf hinzuwirken, dass die Hilfebedürftigen eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei der Krankenkasse anzeigen.

#### 4.2.5 Pflichtmitgliedschaft von Rentenantragstellern

Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Vorversicherungszeiten erfüllen, sind nach § 189 SGB V in der GKV pflichtversichert.

#### 4.2.6 Krankenversicherung für Haftentlassene

Personen, die ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sind und zuletzt Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz hatten, unterliegen bei Haftentlassung grundsätzlich der nachrangigen Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a) SGB V, wenn sie vor der Inhaftierung zuletzt krankenversichert waren. Es kommt hierbei nicht darauf an, dass die Person unmittelbar vor der Inhaftierung gesetzlich krankenversichert war. Entscheidend ist vielmehr, dass die Person irgendwann zuvor gesetzlich krankenversichert war (ggf. auch als Ehegatte oder Kind im Rahmen der Familienversicherung) und zwischenzeitlich keine private Krankenversicherung abgeschlossen wurde

Für den Bereich der privaten KV gilt indes Entsprechendes; d. h., diese Personen sind zum Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet.

### 4.3 Private Krankenversicherung (PKV)

Hilfebedürftige nach dem 3. und 4. Kap. SGB XII haben nach § 32 Abs. 5 SGB XII Anspruch auf Übernahme von Beiträgen zu einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung, soweit diese angemessen sind. In Anwendung höchstrichterlicher Rechtsprechung werden die Beiträge bis zur Höhe des halbierten Beitrags im Basistarif übernommen. Hintergrund hierfür ist, dass mit einem Versicherungsvertrag im Basistarif, dessen Beitrag bei Hilfebedürftigkeit halbiert wird, eine angemessene Absicherung im Krankheitsfalle realisiert werden kann. Bis zu dieser Höhe werden auch Versicherungsbeiträge für eine PKV in einem anderen Tarif übernommen.

Bisher wurde die Auffassung vertreten, dass für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII, deren Leistungsanspruch nach dem 01.01.2009 begonnen hat, eine Versicherungspflicht in der PKV besteht, weil § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 4 VVG auf den Beginn des Leistungsbezugs vor dem 01.01.09 abstellt. Diese Versicherungspflicht

in der PKV ist vorrangig, der dem Grunde nach bestehende Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 48 SGB XII i.V.m § 264 SGB V tritt insoweit zurück.

Nach aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH)<sup>36</sup> über die Frage der Versicherungspflicht in der PKV nach § 193 VVG für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII, deren Leistungsbezug nach dem 01.01.09 begonnen hat, wurde nunmehr entschieden, dass die Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB XII keinen Anspruch auf Versicherung im Basistarif der PKV haben, wenn sie ohne den Sozialhilfebezug der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) in der GKV unterliegen würden.

## **5 Versorgung von nicht versicherten Leistungsempfängern**

Sofern eine Versicherung in Form einer der o.g. Varianten nicht möglich ist, besteht die Alternative einer Anmeldung nach § 264 SGB V. In diesem Falle erfolgt die Übernahme der Kosten zunächst durch die Krankenkasse. Der Hilfeempfänger erhält eine entsprechende Krankenversicherungskarte. Gleichzeitig erfolgt eine Kostenerstattung der Aufwendungen durch das Kreissozialamt an die Krankenkasse (§ 264 Abs. 7 SGB V).

### **5.1 Anmeldungen nach § 264 SGB V**

Neuanmeldungen nach § 264 SGB V stellen absolute Sonderfälle dar, die nur als letztmögliche Alternative gewählt werden dürfen. Vor einer Anmeldung nach § 264 SGB V sind zunächst alle Möglichkeiten einer anderweitigen Versicherung auszuschöpfen.

### **5.2 Umgang mit bereits nach § 264 SGB V versicherten Personen**

Ein in der Praxis häufig auftretender Fall ist die Übernahme eines bereits bei einem anderen Träger nach § 264 SGB V versicherten Falles.

In diesen Fällen ist keine ungeprüfte Weiterführung der Anmeldung durchzuführen.

Vielmehr sind trotz der bisherigen Anmeldung nach § 264 SGB V Prüfungen einer möglichen vorrangigen Versicherungsmöglichkeit für die Zukunft anzustellen.

Eine Richtigkeit der bisherigen Anmeldung nach § 264 SGB V muss nicht zwangsläufig gegeben sein.

---

<sup>36</sup> BGH-Urteil v. 16.07.2014- IV ZR 55/14



#### 5.3 Verfahren der Anmeldung nach § 264 SGB V

Sofern nach Überprüfung des Leistungsfalles eine Anmeldung nach § 264 SGB V als einzige Alternative in Betracht kommt, ist der Fall dem Kreissozialamt mit einer kurzen Sachverhaltsschilderung und Dokumentation der Prüfung (Anlage 4) zur endgültigen Entscheidung zu übersenden.

Dieses Verfahren dient, aufgrund der Komplexität der Materie, einer Prävention von Vermögenseigenschäden deren Anzeige bei einer nicht sachgemäßen Anmeldung nach § 264 SGB V erfolgen müssten.

Aufwendungen für nicht versicherte Hilfebedürftige stellen in diesem Zusammenhang einen nicht unerheblichen finanziellen Aufwand dar. Fernerhin entfallen die Leistungen der Pflegeversicherung.

Das Kreissozialamt trifft nach Überprüfung die Entscheidung, ob eine Anmeldung nach § 264 SGB V zu erfolgen hat und gibt den Leistungsfall mit einer entsprechenden Stellungnahme zur weiteren Veranlassung an die zuständige Kommune zurück. Die Zahlungsabwicklung erfolgt durch das Kreissozialamt.

#### 6 Sterbegeld nach § 33 Abs. 2 SGB XII

Seit dem 01.07.2017 sind Aufwendungen zur Erlangung eines Anspruchs auf ein angemessenes Sterbegeld in angemessener Höhe als Bedarf anzuerkennen, wenn der Leistungsberechtigte nachweist, dass die Versicherung vor Beginn der Leistungsberechtigung schon bestand. Die Entscheidung, ob eine Sterbegeldversicherung angemessen ist, ist nicht danach zu beurteilen, ob Kinder vorhanden sind, die die Bestattungskosten zu tragen hätten. Es ist jedoch zu prüfen, ob der abgesicherte Betrag der Sterbegeldversicherung in etwa den Kosten für eine würdige Bestattung entspricht. Wenn extrem hohe Beträge versichert werden, ist eine Angemessenheit nicht mehr gegeben. Im Umkehrschluss ist jedoch zu beachten, dass auch sehr kleine Sterbegeldversicherungen, die vom Betrag her nicht für eine Bestattung ausreichen werden, geschützt sind und der Beitrag zu übernehmen ist. Der Wert einer Sterbegeldversicherung steht nicht zur Deckung des Bedarfs zur Verfügung und ist über die Härtefallregelung des § 90 Abs. 3 zu schützen. Wenn der Beitrag für eine Sterbegeldversicherung als angemessen angesehen wird, ist auch das damit aufgebaute Vermögen zusätzlich zum Schonvermögen über § 90 Abs. 3 geschützt.

## VORBLATT

### Änderungen der § 24 Abs. 3 SGB II

#### 7. Ergänzungslieferung - Stand 01.07.2011

- Die Regelungen des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB II entsprechen den bisherigen Regelungen des § 23 Abs. 3 SGB II. Die Regelungen wurden auf die neue Rechtsgrundlage umgestellt und redaktionell bearbeitet.
- Die Leistung für mehrtägige Klassenfahrten aus § 24 Abs. 3 Satz 1 Nummer 3 SGB II ist in den Erläuterungen nicht mehr aufgeführt, weil sie in § 28 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB II mit enthalten ist.
- Ausführungen zu dem neu eingeführten § 24 Abs. 3 Satz 1 Nummer 3 SGB II „die Anschaffung (Eigenanteile) und Reparatur von orthopädischen Schuhen sowie die Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten sind nicht erforderlich, da es sich hierbei nach § 6 Abs. 1 S. 1 Nummer 2 SGB II nicht um eine kommunale Leistung handelt. Nur die Leistungen nach 24 Abs.3 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB II fallen hierunter.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>GESETZESTEXT</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ALLGEMEINES</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>EINMALIGE LEISTUNGEN</b> .....	<b>4</b>
3.1	ERSTAUSSTATTUNGEN FÜR DIE WOHNUNG EINSCHLIEßLICH HAUSHALTSGERÄTE.....	4
3.2	ERSTAUSSTATTUNGEN FÜR BEKLEIDUNG .....	4
3.3	ERSTAUSSTATTUNGEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT.....	4

### 1 Gesetzestext

#### § 24 Abweichende Erbringung von Leistungen

...

(3) Nicht vom Regelbedarf nach § 20 umfasst sind Bedarfe für

1. Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
2. Erstaussstattungen für Bekleidung und Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie
3. *Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten.*<sup>1</sup>

Leistungen für diese Bedarfe werden gesondert erbracht. Leistungen nach Satz 2 werden auch erbracht, wenn Leistungsberechtigte keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung benötigen, den Bedarf nach Satz 1 jedoch aus eigenen Kräften und Mitteln nicht voll decken können. In diesem Fall kann das Einkommen berücksichtigt werden, das Leistungsberechtigte innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs

<sup>1</sup> keine kommunale Leistung

## Abweichende Erbringung von Leistungen

---

Monaten nach Ablauf des Monats erwerben, in dem über die Leistung entschieden wird. Die Leistungen für Bedarfe nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können als Sachleistung oder Geldleistung, auch in Form von Pauschalbeträgen, erbracht werden. Bei der Bemessung der Pauschalbeträge sind geeignete Angaben über die erforderlichen Aufwendungen und nachvollziehbare Erfahrungswerte zu berücksichtigen.

### 2 Allgemeines

Nach § 20 Abs. 1 SGB II wird der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts in Form von Regelbedarfen erbracht. Infolgedessen umfassen die Regelbedarfe neben Ernährung, Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben auch die Leistungen für die Beschaffung von Gebrauchsgütern von längerer Gebrauchsdauer und höherem Anschaffungswert, Kleidung, Wäsche, Schuhe sowie Aufwendungen für besondere Anlässe (z.B. Weihnachtsfest, Konfirmation, Kommunion). Über den Regelbedarf kann frei entschieden werden, insbesondere über die Frage, welche Prioritäten im Rahmen des zur Verfügung stehenden Betrages bei der Deckung ihres notwendigen Bedarfs gesetzt werden. Es ist aber erforderlich, einen Teil der monatlichen Leistungen anzusparen, um bei entstehendem Bedarf zukünftig größere Anschaffungen bezahlen zu können.

Abweichend von § 20 Abs. 1 SGB II werden nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II einmalige Leistungen festgeschrieben, die nicht von den Regelbedarfen erfasst und somit bei Bedarf ergänzend zu gewähren sind. Hierbei handelt es sich um Leistungen für

- Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte und
- Erstaussstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt.

Die Bedarfstatbestände sind abschließend aufgezählt und können im Falle von § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II pauschaliert werden, wenn geeignete Angaben über die erforderlichen Aufwendungen vorliegen und nachvollziehbare Erfahrungswerte berücksichtigt werden können.

Mit der Formulierung „Erstaussstattung“ hat der Gesetzgeber klargestellt, dass einmalige Leistungen für Möbel und Hausrat sowie für Bekleidung ergänzend zu den Regelleistungen nur bei einer tatsächlichen Erstaussstattung infrage kommen.

**Abweichende Erbringung von Leistungen**

---

Der im Gesetz nicht näher definierte Begriff der „Erstaussstattungen“ ist bedarfsbezogen zu verstehen. Es wird keine Aussage über den Umfang der Ausstattung getroffen, sondern beschränkt den Anspruch lediglich auf Fallkonstellationen, in denen erstmalig eine Ausstattung erforderlich ist. Somit besteht der Anspruch nicht nur bei einer kompletten Erstaussstattung, sondern kann sich auch auf Teilaussstattungen oder Einzelgegenstände beziehen. Der Ersatz bzw. die Neuanschaffung einzelner sich im Haushalt befindlicher Möbel, Haushaltsgeräte oder Bekleidungsstücke sind somit in der Regel keine „Erstaussattung.“ Soweit ein „Ansparen“ aus den Regelleistungen nicht möglich war und der Bedarf aus dem Vermögen nicht gedeckt werden kann, kann dieser zusätzliche Bedarf nach § 24 Abs. 1 SGB II jedoch im Wege eines Darlehens übernommen werden. In der Regel kann man davon ausgehen, dass die Deckung eines unabweisbaren Bedarfs zur Sicherung des Lebensunterhalts für den Leistungsbezieher dann nicht möglich sein wird, wenn dieser Bedarf kurz nach der Bewilligung von Leistungen nach dem SGB II entsteht oder gleichzeitig mehrere unabweisbare Bedarfe aus den angesparten Beträgen zu decken sind. Ferner ist ein Bedarf unabweisbar, wenn er nicht aufschiebbar ist und der Vermeidung einer akuten Notlage dient.

Neben den Beziehern von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld haben auch solche Personen einen Anspruch auf einmalige Beihilfen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II, die keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten, aufgrund ihres geringen Einkommens und Vermögens zur Deckung dieses Bedarfes jedoch nicht in der Lage sind. In solchen Fällen kann im Wege einer Ermessensentscheidung neben dem Einsatz des Einkommens im Monat der Entscheidung über die Hilfe auch der Einsatz des Einkommens für die sechs folgenden Monate gefordert werden. Bei der Berechnung der Eigenbeteiligung ist grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens aller Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 SGB II auszugehen, welches den Bedarf der Leistungen zum Lebensunterhalt übersteigt.

Hierbei ist zu prüfen, in welchem Umfang im jeweiligen Monat eine Eigenbeteiligung zumutbar ist (z.B. bei veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen). Grundsätzlich kann auch ein geringerer Einsatz des Einkommens gefordert werden, wenn das Einkommen für den gleichen Zeitraum bereits für einen anderen anzuerkennenden Bedarf eingesetzt worden ist oder wenn der Antragsteller unabweisbare Belastungen zu tragen hat. Bei gleichzeitig auftretendem Bedarf (z.B. Erstaussattung für Möbel, Haushaltsgeräte und Bekleidung) kann die geforderte Eigenbeteiligung nur einmal berücksichtigt werden.

## Abweichende Erbringung von Leistungen

---

### **3 Einmalige Leistungen**

#### **3.1 Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte**

Die Ausführungen unter II - §§ 30 - 33 SGB XII, Ziffer 3.6 in Verbindung mit Anlage 3 zu II - §§ 30 - 33 SGB XII sind entsprechend anzuwenden.

#### **3.2 Erstaussstattungen für Bekleidung**

Die Ausführungen unter II - §§ 30 - 33 SGB XII, Ziffer 3.7 sind entsprechend anzuwenden. Bei einer vollständigen Erstaussstattung sind die dort angegebenen Pauschalen zu gewähren, sind nur einzelne Teile zu ersetzen, sind die Werte aus den Kostenaufstellungen anzuwenden.

#### **3.3 Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt**

Die Ausführungen unter II - §§ 30 - 33 SGB XII, Ziffer 3.8 - 3.9 sind entsprechend anzuwenden. Schwangerschaftsbekleidung wird pauschal ohne weitere Nachweise gewährt.