S 6 SO 126/21

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 6 SO 126/21
Datum
09.02.2023
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Während eines Krankhausaufenthaltes besteht auch bei einer 24-Stunden-Assistenz kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die nicht im Arbeitgebermodell beschäftigten Assistenzkräfte.
2. Dies gilt sowohl für die Leistungen der Hilfe zur Pflege als auch die Leistungen der Eingliederungshilfe außerhalb des Anwendungsbereichs von § 113 Abs. 6 SGB IX.
3. Die Aufrechnung danach überzahlter Leistungen mit bereits bewilligten Leistungen aus dem persönlichen Budget ist regelmäßig nicht zulässig.

I. Der Beklagte wird verurteilt, die mit Bescheid vom 21. Mai 2021 für Juli 2021 bewilligten Leistungen aus dem persönlichen Budget in Höhe von 20.446,58 € vollständig an den Kläger auszubezahlen.

II. Die Klage gegen den Bescheid vom 21. Mai 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. August 2021 wird abgewiesen.

III. Der Beklagte trägt 2/3 der außergerichtlichen Kosten des Klägers.

T a t b e s t a n d :

Streitig sind die Gewährung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an den Kläger während eines Krankenhausaufenthalts vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 sowie die Aufrechnung der für diesen Zeitraum als Vorschuss bewilligten Leistungen mit den Leistungen aus dem persönlichen Budget für Juli 2021.

Der 1991 geborene Kläger ist nach einem Unfall querschnittsgelähmt und wird seit Juli 2021 von der S GmbH betreut, mit dem der Beklagte eine Vergütungsvereinbarung über die Abrechnung einer 24-Stunden-Assistenz zu einem Stundensatz von ursprünglich 26,00 € abschloss.

Mit Bescheid vom 22.12.2020 wurden zunächst befristet für die Zeit vom 01.01.2021 bis 28.02.2021 Leistungen in Höhe von 20.515,00 € monatlich bewilligt, die auf einem inzwischen auf 29,10 € gestiegenen Stundensatz beruhten. Außerdem wurde mit der Beigeladenen geklärt, welche Bedarfe hierfür seitens der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinische Behandlungspflege abgerechnet werden könnten.

Am 28.01.2021 erstellte der Beklagte den Entwurf einer neuen Zielvereinbarung für ein trägerübergreifendes Persönliches Budget mit folgende Einzelleistungen: 8,5 Assistenzstunden täglich im Rahmen der sozialen Teilhabe (7.523,56 € monatlich), 14,82 Assistenzstunden täglich zur ambulanten Hilfe zur Pflege einschließlich Hilfen zur Haushaltsführung (13.117,55 € monatlich abzüglich Pflegegeld in Höhe von 728,00 €) sowie 0,68 Stunden täglich Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für folgende Verrichtungen: Medikamente richten und verabreichen sowie zweimal wöchentlich Klistier anlegen, Vorbereitung und Inhalation von Medikamenten und Katheterwechsel inklusive Verbandswechsel/Pflege (533,47 € monatlich). Die Berechnung des von der Krankenkasse zu tragenden Anteils der Behandlungspflege erfolgte auf der Grundlage der vom Hausarzt in der Verordnung hierfür angegebenen Zeiten und der Vereinbarung über die Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege vom 14.02.2020 zwischen dem BKK Landesverband Bayern und den Leistungserbringern, wodurch sich eine nicht gedeckte Differenz von 68,42 € gegenüber den hierfür von der S GmbH gegenüber dem Kläger abgerechneten Leistungen von 601,89 € ergab. Die Zielvereinbarung enthält in Ziffer 6 eine Regelung, dass die Mittel des persönlichen Budgets ausschließlich für den Arbeitslohn der Betreuungskräfte bzw. die Bezahlung der beauftragten Dienste verwendet werden dürften.

Andernfalls seien sie, sofern deren zweckgemäße Verwendung nicht nachgewiesen sei, zu erstatten (Ziffer 8 Abs. 2). Die Zielvereinbarung wurde von der Beigeladenen erst am 16.03.2021 unterzeichnet, vom Kläger wurde die unterschriebene Zielvereinbarung erst mit Schreiben seines Bevollmächtigten vom 29.04.2021 übersandt, nachdem der Beklagte vorschlug, die Leistungen insoweit vorläufig zu erbringen und die Höhe der für die Behandlungspflege zu übernehmenden Kosten in einem Widerspruchs- bzw. Klageverfahren gegen den Kostenübernahmebescheid zu klären.

Am 09.03.2021 teilte der Kläger mit, dass er die Leistungen für März 2021 benötige, um die Rechnung der S GmbH zu bezahlen und dass er ab 01.03.2021 stationär im Krankenhaus aufgenommen werden müsse. Er beabsichtige, seine Assistenzkräfte dorthin mitzunehmen, was vom Beklagten telefonisch abgelehnt wurde. Auch von der Beigeladenen wurde die Übernahme von Leistungen für die Begleitung im Krankenhaus (§ 11 Abs. 3 SGB V) auf Nachfrage abgelehnt.

Mit Bescheid vom 09.03.2021 bewilligte der Beklagte dem Kläger für den Monat März 2021, weiterhin vorschussweise gemäß § 42 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes (SGB I) ein persönliches Budget in Höhe von 20.515,00 €. Der Kläger wurde darauf hingewiesen, dass während eines vollstationären Aufenthaltes im Krankenhaus kein Anspruch auf Leistungen zur Hilfe zur Pflege bestehe und daher Assistenzleistungen, die während des stationären Aufenthalts abgerechnet würden, nicht budgetfähig seien und nicht vom Beklagten anerkannt werden könnten. Auch nach § 11 Abs. 3 SGB V könnte eine Begleitung nur bei medizinischer Notwendigkeit und bei einer Abrechnung im Arbeitgebermodell übernommen werden. Schließlich sei während eines Krankenhausaufenthaltes das Krankenhaus und das dort anwesende Pflegepersonal verpflichtet, die Pflege sicherzustellen. Die Leistungen der sozialen Teilhabe dienten nur einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum oder Sozialraum, nicht aber im Krankenhaus.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat demgegenüber die Auffassung vertreten, dass ungeachtet der auf politischer Ebene ungeklärten Finanzierungsverantwortung auch nach den bestehenden Regelungen eine Übernahme möglich wäre. So werde gemäß § 78 SGB IX auch über Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme entschieden. Die Vorrangigkeit der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung beziehe sich nur auf die akute medizinische Krankenbehandlung, nicht aber auf die allein behinderungsbedingte Grundversorgung. Schließlich sei auch der in § 113 Abs. 2 SGB IX enthaltene Leistungskatalog nicht abschließend. Die darin genannte Kontaktaufnahme könne auch durch soziale Medien erfolgen, für die der Kläger jedoch gleichfalls Unterstützung benötige.

Mit dem vorliegend streitigen Bescheid vom 21.05.2021 bewilligte der Beklagte dem Kläger schließlich für die Zeit vom 01.01.2021 bis 11.03.2021 und vom 23.03.2021 bis 31.12.2021 ein trägerübergreifendes persönliches Budget in Höhe von monatlich 20.446,58 €. Der Bescheid enthält umfangreiche Ausführungen dazu, weswegen aus Sicht des Beklagten vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 kein Anspruch bestanden habe.

Mit Schreiben vom 02.07.2021 erklärte der Beklagte außerdem unter Hinweis auf Ziffer 8 der Zielvereinbarung die Aufrechnung der nicht zweckmäßig verwendeten Mittel in Höhe von 8.380,80 € für die Zeit vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 mit der Auszahlung der Leistungen für Juli 2021, die entsprechend gekürzt wurden.

Mit Widerspruch vom 31.05.2021 wandte sich der Kläger zum einen gegen die Kürzung der Leistungsanteile der Krankenkasse, zum anderen gegen die fehlende Erbringung von Leistungen während des Krankenhausaufenthaltes. Dazu übersandte er u.a. eine Pressemitteilung der Beauftragten der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung vom 28.06.2021, wonach eine Lösung für das Problem der Assistenz im Krankenhaus auch für Menschen mit Behinderung, die ihre Unterstützung nicht im Arbeitgebermodell organisierten, auf den Weg gebracht worden sei. Mit Schriftsatz vom 09.07.2021 widersprach der Bevollmächtigte des Klägers außerdem der Aufrechnung, unter anderem mit Hinweis auf das Urteil des BSG vom 28.01.2021 (Az.: B 8 SO 9/19 R -) zur Rechtsnatur einer Zielvereinbarung, die als öffentlich-rechtlicher Vertrag den Einschränkungen der §§ 53ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) unterliege.

Beide Widersprüche wurden der Regierung von Schwaben vorgelegt, die sie mit Widerspruchsbescheid vom 25.08.2021 zurückwies, den Widerspruch gegen die Aufrechnung mangels Verwaltungsaktqualität der Erklärung bereits als unzulässig.

Am 03.09.2021 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben, mit der er beantragt, ihm auch im Zeitraum vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 Leistungen der Eingliederungshilfe/soziale Teilhabe sowie der Assistenz im Rahmen der Hilfe zur Pflege und Hauswirtschaft zu gewähren. Die Klage beziehe sich auch auf die anteilige Kürzung in Höhe von 68,42 € monatlich. Tatsächlich sei das Thema der Versorgung schwerstpflegebedürftige Menschen im Krankenhaus seit Jahren Gegenstand vielfältiger Diskussion und habe jedenfalls im Bereich der Hilfe zur Pflege dazu geführt, dass jedenfalls bezogen auf das Arbeitgebermodell vorübergehend eine Versorgung durch die vertrauten Pflegekräfte möglich sei. Die Beschränkung auf das Arbeitgebermodell sei ebenfalls Gegenstand weiterer Diskussionen, wobei zu hinterfragen sei, ob die erforderliche Deckung eines Bedarfs, davon abhängig gemacht werden dürfe, wo sich ein Mensch aufhalte und welches Versorgungsmodell gewährt werde. Auch in dem vom Kläger gewählten Modell würden vom Leistungserbringer für jeden Klienten Mitarbeiter angestellt, die nicht ohne weiteres einer anderen Person zugewiesen werden könnten. Auch würden sich die Leistungen der Assistenz zur Tagesstruktur, Freizeitgestaltung, Teilhabe am gemeinschaftlichen kulturellen Leben sowie Haushaltsführung mit 8,5 Stunden täglich nicht auf das häusliche Umfeld beschränken.

Mit Beschluss vom 22.09.2021 hat das Sozialgericht die BKK Bosch Stuttgart zum Verfahren beigeladen.

Die Beigeladene hat mit Schriftsatz vom 28.10.2021 dahingehend Stellung genommen, dass die monatliche Deckungslücke darauf beruhe, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend der Vereinbarung über die Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege vom 14.02.2020 abgerechnet würden, die der BKK Landesverband Bayern mit den Leistungserbringern geschlossen habe. Während des Krankenhausaufenthaltes komme als Rechtsgrundlage für eine Erstattung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkasse allenfalls § 13 SGB V in Verbindung mit § 11 Abs. 3 SGB V in Betracht. Diese Vorschrift setze jedoch die Aufnahme einer Begleitperson im Sinne einer Unterbringung in der Einrichtung selbst voraus und stelle keine Rechtsgrundlage für die Übernahme der Kosten von Assistenzkräften dar (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.01.2014 - L 1 KR 65/12 -). Hierum gehe es aber vorliegend nicht, zumal sich offensichtlich mehrere Assistenzkräfte abgewechselt hätten. Auch sei danach kein Kostenersatz für Vergütungsansprüche der Pflegekräfte vorgesehen. Für die Beigeladene seien Ansprüche auf Krankenhausbehandlung und Betreuung mit dem Vergütungsanspruch des Leistungserbringers abgegolten, zumal das Krankenhaus bei pflegeintensiven Patienten Anspruch auf einen Zuschlag habe.

Der Kläger hat demgegenüber die Auffassung vertreten, dass maßgebend hinsichtlich der Höhe der Vergütung die mit dem

Leistungserbringer (S GmbH) vereinbarte Vergütung sei. Schließlich handele es sich vorliegend nicht um eine Kostenerstattung, wie die Beigeladene meine, sondern um die Zuweisung eines pauschalen monatlichen Betrags. Mit dem zugewiesenen Betrag könne der Kläger frei "einkaufen", wobei Maßstab die Bedarfsdeckung sei. Auch sei nachvollziehbar, dass die umfassenden Bedürfnisse des Klägers, der 24 Stunden auf andauernde greifbare unmittelbar anwesende Personen angewiesen sei, seitens eines Krankenhauses nicht gewährleistet werden könnten. Soweit der Beklagte darauf hinweise, dass das Leistungsziel die Lebensführung im eigenen Wohn- bzw. Sozialraum sei, sei eine gesetzliche Definition des Sozialraums nicht vorhanden. Nach § 104 Abs. 1 SGB IX bestimmten sich die Leistungen der Eingliederungshilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse. Für den Bereich der kassenrechtlichen Versorgung wäre zudem zu klären, ob die angesprochene wirtschaftliche Betrachtungsweise und die finanzielle Ausstattung des Krankenhauses durch die Beigeladene den infrage stehenden Sachverhalt der Versorgung eines Menschen mit Behinderungen überhaupt erfasse bzw. die behinderungsbedingte Grundversorgung gewährleistet sei. Dies könne gegebenenfalls auch durch Einholung eines Sachverständigengutachtens bzw. Einvernahme der behandelnden Krankenhausärzte geklärt werden. Schließlich stelle sich die Frage ob sich nicht auch aus der Bewilligung des persönlichen Budgets aufgrund einer prospektiven Betrachtungsweise ein Anspruch ergebe.

Der Beklagte hat hinsichtlich der Deckungslücke an der Auffassung festgehalten, dass er insoweit nicht als Ausfallbürge leisten müsse und die Beigeladene verpflichtet sei, den Differenzbetrag in Höhe von 68,42 € monatlich auszugleichen. Schließlich sei nicht nachvollziehbar, dass während eines Krankenhausaufenthaltes ein derart umfangreicher, vom Kläger geltend gemachter Bedarf an Reinigung, Pflege der Wohnung und Postdurchsicht bestanden habe. Die prospektive Zahlung ändere nichts daran, dass Zielsetzung der Hilfe nicht die Versorgung des Klägers während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus sei. Von einer nachträglichen Leistungskürzung könne angesichts der nur vorschussweise erfolgten Bewilligung nicht ausgegangen werden. Schließlich ergebe sich auch nach der Neuregelung zur Assistenz im Krankenhaus (BT-Drs. 19/31069) kein Anspruch im Rahmen der Eingliederungshilfe/Hilfe zur Pflege. Zwar umfasse § 113 Abs. 6 SGB IX in der ab November 2022 geltenden Fassung nunmehr Leistungen für die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung. Dies betreffe allerdings lediglich Leistungen zur Verständigung und Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nicht medizinische Nebenleistungen. Ausdrücklich nicht erfasst seien nach der Gesetzesbegründung gegebenenfalls auch aufwändigere pflegerische Unterstützungsleistungen. Darüber hinaus bleibe die Zuständigkeit des Krankenhauses, im Rahmen des Versorgungsauftrages auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen, durch § 113 Abs. 6 SGB IX unberührt. Beim Kläger werde davon ausgegangen, dass bei ihm kein Bedarf an Leistungen zur Verständigung und zum Umgang mit Belastungssituationen bestanden habe. Schließlich stelle sich angesichts der Pandemiebeschränkungen und Besuchsverbote die Frage, ob die vom Kläger gewünschte umfangreiche Versorgung im Krankenhaus überhaupt habe stattfinden können.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat sich der Auffassung angeschlossen, dass ein Bedarf nach § 113 Abs. 6 SGB IX neuer Fassung beim Kläger nicht gegeben sei. Allerdings sei der festgestellte 24-Stunden-Bedarf auch in der Klinik vollumfänglich gegeben. Tatsächlich sei es dem Kläger nur unter der Voraussetzung der Sicherstellung der Assistenz und Pflege durch die Mitarbeiter der S GmbH überhaupt möglich gewesen, einen Termin im Krankenhaus zu bekommen. Die Assistenzkräfte hätten jeweils beim Betreten des Krankenhauses einen PCR-Test machen müssen und die Station nur mit einem negativen Ergebnis betreten dürfen, während das Personal des Krankenhauses selbst keinerlei Pflege, Assistenz o. ä. Verrichtungen erbracht hat.

Dies hat das R-Klinikum U-Stadt, wo der Kläger vom 12.03.2021 bis 23.03.2021 behandelt worden ist, mit Schriftsatz vom 02.09.2022 ausdrücklich bestätigt. Durch das Personal des Krankenhauses selbst seien keinerlei Verrichtungen ausgeführt worden. Die Aufnahme habe nur deshalb erfolgen können, weil der Kläger seinen eigenen Pflegedienst mitgebracht habe. Das Besuchsverbot für sein Pflegepersonal sei außer Kraft gesetzt worden, indem sie als Teil des pflegerischen Teams gesehen worden seien und sich entsprechend täglich hätten testen lassen müssen.

Der Beklagte hat dazu an der Auffassung festgehalten, dass es sich offensichtlich um einen pflegerischen, vom Krankenhaus abzudeckenden Bedarf gehandelt habe. Es sei nicht Aufgabe des Beklagten, personelle Defizite im Krankenhaus durch Leistungen nach dem SGB IX oder SGB XII auszugleichen. Entsprechend müssten vom Krankenhaus für die Pflege des Klägers vereinnahmte Beträge erstattet werden.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat demgegenüber die Auffassung vertreten, dass das gesetzliche System offensichtlich nicht mit den tatsächlichen Umständen und Anforderungen kompatibel sei. Jedenfalls wäre eine Weitergabe der seitens der Krankenkasse vereinnahmten Beträge nicht möglich, da diese nicht auf einer differenzierten Abrechnung beruhten, sondern letztlich über Fallpauschalen abgerechnet werde.

Die Beigeladene hat sie schließlich noch mit Schreiben vom 27.10.2022 umfangreich mit der Regelung in § 11 Abs. 3 SGB V auseinandergesetzt und darauf hingewiesen, dass auch nach der Kommentierung eine "Mitaufnahme" einer Pflegekraft bedeute, dass diese für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes im Krankenhaus verbleibe und dort untergebracht sei, somit lediglich die Übernahme für Kost und Logis beinhalte, nicht aber die Kosten für erbrachte Grundpflegeleistungen. Für ein Organisationsverschulden des Krankenhauses, sei die Beigeladene nicht erstattungspflichtig.

Mit Hinweisschreiben vom 16.11.2022 sind die Beteiligten auf die Entscheidung des BSG vom 17.02.2022 (Az.: B 3 KR 17/20 R) hingewiesen worden, wonach die Beklagte Krankenkasse in Abgrenzung zu den Assistenzleistungen erbringenden Sozialhilfeträger zur Übernahme der Kosten für die vom Anbieter des betreuten Wohnens erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Höhe der für die jeweiligen Verrichtungen anfallenden Beträge sowie der jeweiligen Wegepauschale verurteilt worden ist. Im Übrigen werde nach intensiver Vorbefassung mitgeteilt, dass gerade nach den jüngsten Rechtsänderungen keine Möglichkeit gesehen werde, den Beklagten zur Zahlung der Leistungen aus dem persönlichen Budget während des Krankenhausaufenthaltes zu verurteilen. Allerdings stelle sich die Frage, ob der Beklagte ungeachtet die entsprechenden Regelungen der Zielvereinbarung abweichend von allgemeinen Regelungen eine Aufrechnung mit den Leistungen für Juli 2021 habe vornehmen dürfen.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat dazu mit Schriftsatz vom 17.11.2022 an seiner Auffassung festgehalten, dass die Diskussion über die Zuständigkeitsregelungen an den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung vorbeigehe, die ein Problem hätten, im Krankenhaus ihre Grundpflege zu sichern. Es stelle sich die Frage ob diese Teil der Leistungen nach dem SGB V sein könnten, soweit sie behinderungsbedingt und nicht auf eine akute Krankheit zurückzuführen seien. Offensichtlich habe jedenfalls die Klinik im Fall des Klägers von der Beigeladenen mehr erhalten, als ihr zustehe. Auch sei die Rechtslage weiter diffus, was sich beispielhaft an der Entscheidung des BSG vom 17.06.2010

(Az.: B 3 KR 7/09 R) zeige, wonach sich Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Pflegeversicherung gerade nicht ausschließen, sondern ergänzen würden. Schließlich beschränke sich die Argumentation ausschließlich auf die Hilfe zur Pflege, nicht jedoch auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, hier die verbleibende hauswirtschaftliche Versorgung der Wohnung in Abwesenheit des Klägers und der damit zusammenhängenden Bedürfnisse.

In der mündlichen Verhandlung am 24.11.2022 haben die Beklagten folgenden, für den Beklagten widerruflichen Vergleich geschlossen:
I. Die Beigeladene erstattet dem Beklagten rückwirkend ab Januar 2021 neben den bereits abgerechneten und erstatteten Verrichtungen auch die damit verbundene Anfahrtspauschale. Ausgenommen ist der Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes vom 11.03.2021 bis 23.03.2021 (11 Tage).
II. Der Beklagte erstattet dem Kläger die streitige Differenz von 68,42 € monatlich für die Zeit ab 01.01.2021 abzüglich des Zeitraums vom 12.03.2021 bis 22.03.2021.
III. Der Beklagte zahlt dem Kläger die mit Schreiben vom 02.07.2021 aufgerechnete Summe von 8.380,80 € als Leistungen aus dem persönlichen Budget für Juli 2021 aus.
IV. Der Beklagte erstattet dem Kläger 3/4 seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten.
V. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass der Rechtsstreit damit im vollen Umfang erledigt ist.

Der Vergleich ist vom Beklagten mit Schriftsatz vom 01.12.2022 in Ziffern III, IV und V widerrufen worden. Mit Schriftsätzen vom 06.12.2022 und 21.12.2022 ist ein klarstellendes Anerkenntnis dahingehend abgegeben worden, dass der Beklagte den Klageanspruch in Ziffer 2 des Klageantrags vom 01.09.2021 (monatliches Gesamtbudget von 20.515,00 € für die Zeit vom 01.01.2021 bis 11.03.2021 und vom 23.03.2021 bis zum 31.12.2021) anerkennt. Auch die Beigeladene hat an ihren gegenüber dem Beklagten abgegebenen Erklärungen festgehalten. Der Kläger hat das Teilanerkenntnis mit Schriftsatz vom 29.12.2022 angenommen, allerdings die Auffassung vertreten, dass der Vergleich nicht wirksam widerrufen und weiterhin bindend geschlossen sei. Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren ohne weitere mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Hilfsweise beantragt der Kläger,
den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 21.05.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheides der Regierung von Schwaben vom 25.08.2021 zu verpflichten, dem Kläger für den Zeitraum 12.03.2021 bis einschließlich 22.03.2021 Leistungen der Eingliederungshilfe/soziale Teilhabe sowie der Assistenz im Rahmen der Hilfe zur Pflege/Hauswirtschaft zu gewähren sowie die mit Bescheid vom 21.05.2021 für den Monat Juli 2021 bewilligten Leistungen aus dem persönlichen Budget in voller Höhe an den Kläger auszuzahlen.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene hat keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten sowie die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen.

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

Die Kammer kann mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne weitere mündliche Verhandlung im schriftlichen Verfahren entscheiden.

Dabei war nach dem vom Beklagten angenommenen Teilanerkenntnis nur noch über den Anspruch des Klägers auf Leistungen aus dem persönlichen Budget für die Zeit vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 sowie über die Aufrechnung der Leistungen für den Monat Juli 2021 zu entscheiden. Insoweit steht auch der in der mündlichen Verhandlung am 24.11.2022 widerruflich geschlossene Vergleich nicht entgegen, da dieser vom Beklagten mit dem am 01.12.2022 beim Sozialgericht eingegangenen Schriftsatz wirksam und zwar insgesamt Widerrufen worden ist. Ein teilweiser Widerruf eines Vergleichs bewirkt aufgrund der fehlenden Teilbarkeit gerichtlicher Vergleiche den Widerruf des gesamten Vergleichs. Zwar enthält die Erklärung eines teilweisen Widerrufs regelmäßig auch kein Teilanerkenntnis betreffend den nicht widerrufenen Teil des Vergleichs, sondern lediglich die Mitteilung der grundsätzlichen Bereitschaft, zum Abschluss eines gerichtlichen Vergleichs mit bestimmten Modifikationen bereit zu sein (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23.09.2022 - L 8 U 3962/20 -, juris). Die Möglichkeit eines nur teilweisen Widerrufs ist von den Beteiligten ausdrücklich nicht vereinbart worden.

Die Klage ist hinsichtlich des Anspruchs auf Leistungen aus dem persönlichen Budget als Anfechtungs- und Leistungsklage gegen den Bescheid vom 21.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.08.2021 zulässig, aber unbegründet. Soweit der Kläger sich gegen die Aufrechnung der Leistungen mit den Leistungen für Juli 2021 mit einem Betrag in Höhe von 8380,80 € wendet (Schreiben vom 02.07.2021), ist die Klage als allgemeine Leistungsklage zulässig und auch in der Sache begründet.

Leistungsanspruch vom 12.03.2021 bis 22.03.2021

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf ein persönliches Budget vom 01.01.2021 bis 31.12.2021 ist § 29 SGB IX i.V.m. §§ 78, 113 SGB IX. Die sachliche Zuständigkeit des Beklagten für den geltend gemachten Anspruch ergibt sich aus § 6 Abs. 1 Nr. 7 in Verbindung mit § 5 Nr. 5 SGB IX (Träger der Eingliederungshilfe) sowie § 94 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit § 1 AGSGB IX in der Fassung vom 10.04.2018 und § 66d AGSG des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) in Bayern. Zuständige Träger der Eingliederungshilfe sind danach die Bezirke.

In der Sache setzt die Erbringung eines persönlichen Budgets einen Anspruch auf eine budgetfähige Teilhabeleistung voraus; besteht ein solcher Anspruch, besteht auch auf die Erbringung der Leistungen in der Leistungsform des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch (BSG, Urteil vom 28.01.2021 - B 8 SO 9/19 R -).

Der Kläger ist als Mensch mit einer schweren körperlichen Behinderung Leistungsberechtigter nach dem SGB IX. Bei den beantragten und dem Grunde nach auch bewilligten Leistungen handelt es sich um Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 4 SGB IX. Der

Eingliederungsbedarf (24-Stunden-Assistenz), der für den streitigen Zeitraum Gegenstand der Zielvereinbarung vom 28.01.2021 war, ist dem Grunde nach zwischen den Beteiligten nicht streitig. Streitig ist lediglich, ob der Kläger auch während der stationären Krankenhausbehandlung vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 Anspruch auf die Erbringung der Leistungen hat.

Der Kläger kann den Anspruch auf Erbringung der Leistungen während des stationären Aufenthalts vom 12.03.2021 bis 21.03.2021 nicht aus dem Bescheid vom 09.03.2021 herleiten, mit dem die Leistungen für März 2021 lediglich vorschussweise gemäß § 42 Abs. 1 SGB I erbracht worden sind. Dass der Vorschuss etwas anderes als die zustehende Leistung ist (ein aliud), ergibt sich aus der Regelung in § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB I, wonach die (geleisteten) Vorschüsse auf die zustehende Leistung anzurechnen sind. § 42 Abs. 1 SGB I gewährleistet so nach h.M. einen von der zugrundeliegenden Sozialleistung zu trennenden Anspruch eigenständiger Natur (Groth in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., § 42 SGB I (Stand: 14.04.2020), Rn. 52). Der Beklagte hat mit dem Bescheid vom 09.03.2021 ausdrücklich und für den Kläger hinreichend bestimmt (§ 33 Abs. 1 SGB X) verlautbart, dass es sich noch nicht um die endgültige Festsetzung des Persönlichen Budgets handelt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 28.06.1990 - 4 RA 57/89 -, BSGE 67, 104-123, SozR 3-1300 § 32 Nr. 2, Rn. 31). Schließlich ist in dem Vorschussbescheid ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass für einen etwaigen Krankenhausaufenthalt kein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht.

Auch die Zielvereinbarung, die der Kläger ohnehin erst im April 2021 unterzeichnet hat, bindet die Beteiligten nicht materiell im Hinblick auf den individuellen Leistungsbedarf, der dem persönlichen Budget wegen der notwendigen Ausgestaltung und der Höhe (§ 29 Abs. 2 Satz 4 SGB IX) zugrunde liegt. Zwar soll die Höhe der Budgetleistungen, die als wesentlicher Umstand notwendiger Regelungsinhalt des Bewilligungsbescheides ist, nach § 29 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 SGB IX auch in der Zielvereinbarung geregelt werden und dem Gesetz ist zu entnehmen, dass eine Zielvereinbarung ein Persönliches Budget während seiner gesamten Laufzeit begleiten soll. Gemäß § 29 Abs. 4 Satz 7 SGB IX ersetzt eine Zielvereinbarung aber nicht den Erlass eines Bewilligungsbescheides, der dem Abschluss der Zielvereinbarung ausdrücklich nachgelagert ist (§ 29 Abs. 4 Satz 7 SGB IX; BSG, Urteil vom 28.01.2021, a.a.O.) und es findet der Anspruch auf ein Persönliches Budget seine Grundlage erst in der Zusammenfassung aller nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs zuzuerkennenden Leistungen (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX; vgl. auch BSG, Urteil vom 11.05.2011 - B 5 R 54/10 R -, BSGE 108, 158-175, SozR 4-3250 § 17 Nr. 1, Rn. 17), die abschließend im Bewilligungsbescheid erfolgt. Das BSG hat im Urteil vom 28.01.2021 (a.a.O.). die Zielvereinbarung als lediglich formelle Voraussetzung für die Vereinbarung eines Persönlichen Budgets eingeordnet. Außerdem besteht Einigkeit darüber, dass eine Zielvereinbarung einen subordinationsrechtlichen Vertrag darstellt, weswegen, da die Erbringung gebundener Leistungen der Eingliederungshilfe nicht im Ermessen der Behörde steht, durch sie gemäß § 53 Abs. 2 SGB X keine Rechtsansprüche begründet oder versagt werden können.

Danach stellt sich vorliegend nicht die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Beklagte berechtigt gewesen wäre, ein bereits bewilligtes persönliches Budget für die Zeit vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 aufzuheben, sondern es ist zu prüfen, ob der Beklagte verpflichtet war, das Persönliche Budget auch für die Zeit des stationären Krankenhausaufenthalts zu bewilligen. Das ist zur Überzeugung der Kammer nicht der Fall, weil der Kläger in dieser Zeit keinen Anspruch auf die mit dem Persönlichen Budget bewilligten Einzelleistungen hatte.

Welche Leistungen in ein Persönliches Budget aufgenommen werden können, bestimmt sich nach § 29 Abs. 1 Satz 5 SGB IX. Nach § 29 Abs. 2 Satz 6 SGB IX muss das Persönliche Budget den individuell (nach § 14 Abs. 2, § 13 SGB IX) festgestellten Rehabilitationsbedarf des Leistungsberechtigten decken und die erforderliche Beratung und Unterstützung sicherstellen. Andererseits schreibt Satz 7 der Vorschrift vor, dass die Höhe des Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen, die ohne das Budget zu erbringen wären, nicht überschreiten darf. Mit dieser Kostendeckelung will der Gesetzgeber dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen. Er geht dabei davon aus, dass der Leistungsberechtigte mit dem zur Verfügung gestellten Geld die notwendigen Leistungen preiswerter oder höchstens ebenso teuer erhält wie der Rehabilitationsträger selbst. Damit wird ein Stück weit das Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen eingeschränkt, der mit dem Persönlichen Budget möglicherweise nicht nur andere Leistungen einkaufen möchte als ihm einzeln als Sachleistung gewährt würden, sondern auch teurere (O'Sullivan in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 29 SGB IX (Stand: 15.01.2018), Rn. 32). Es kommt also auch beim persönlichen Budget darauf an, auf welche Sachleistung der Antragsteller Anspruch hätte (Dr. Egbert Schneider in: Hauck/Noftz SGB IX, § 29 Persönliches Budget, Rn. 20). Dafür ist zunächst auf die Kosten abzustellen, welche anfallen würden, wenn die in das Budget einbezogenen Leistungen (weiter) als Sachleistung erbracht werden würden (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.02.2018 - L 7 SO 3516/14 -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20.08.2015 - L 8 SO 327/13 -). Sollen erstmalig erforderlich werdende Leistungen direkt als Budget erbracht werden, sind die im Falle einer Sachleistung entstehenden Kosten zunächst fiktiv festzustellen (BT-Drucks. 15/1514 S. 72; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20.08.2015 - L 8 SO 327/13 -).

Danach kann vorliegend kein Anspruch des Klägers auf die mit dem Persönlichen Budget bewilligten Leistungen während des Krankenhausaufenthalts festgestellt werden. Dies gilt sowohl für die Leistungen der Hilfe zur Pflege, als auch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und die Assistenzleistungen.

Ein Anspruch ergibt sich insbesondere nicht aus § 11 Abs. 3 SGB V. Danach umfassen bei stationärer Behandlung die Leistungen zwar auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Zu den Leistungen gehört auch die Mitaufnahme der Pflegekraft, die von dem Versicherten beschäftigt wird. Diese Neuregelung korrespondiert mit der Änderung des § 63b Abs. 4 SGB XII, wonach bei Vorliegen der darin genannten Voraussetzungen Hilfe zur Pflege auch für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes weiter gewährt werden kann. Die Mitaufnahme einer Pflegekraft kann aber nur mit der Notwendigkeit solcher Pflegeleistungen begründet werden, die nicht Bestandteil der für die Behandlung einer Krankheit erforderlichen Krankenpflege (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sind (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.01.2014 - L 1 KR 65/12 -; Plagemann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 11 SGB V (Stand: 10.11.2020)) und § 11 Abs. 3 SGB V verpflichtet nach herrschender Meinung die Krankenkasse ohnehin nicht, auch für die Vergütung der Betreuungs- bzw. Pflegekraft selbst, welche der Versicherte mit in die stationäre Einrichtung nimmt, aufzukommen. Die Leistung der Krankenversicherung beschränkt sich danach auf das Ermöglichen der Mitaufnahme dieser Betreuungsperson Remmert/ Schütz, J.H. in: Orlowski/Remmert, GKV-Kommentar SGB V, § 11 Leistungsarten; Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.01.2014 - L 1 KR 65/12 -, Rn. 32 - 37, juris). Vor allem scheitert der Anspruch vorliegend aber auch daran, dass der Kläger seine Assistenz- und Pflegekräfte nicht im Arbeitgebermodell beschäftigt, sondern hierfür Leistungen eines Dritten (S GmbH) als Leistungserbringer in Anspruch nimmt.

Soweit das BSG mit Urteil vom 10.11.2022 (Az.: B 3 KR 15/20 R - Terminbericht -) zuletzt grundsätzlich die Möglichkeit gesehen hat, dass die häusliche Krankenpflege im Krankenhaus aufgrund eines besonderen behinderungsbedingten Betreuungsbedarf nur durch die von einem Versicherten im Arbeitgebermodell selbst beschäftigten besonderen Pflegekräfte bedarfsdeckend organisiert werden kann, hat es zwar grundsätzlich eine Verpflichtung der Krankenkasse gesehen, die hierfür anfallenden Kosten auch während einer stationären Krankenhausbehandlung zu übernehmen. Diese Entscheidung, die sich auf § 37 Abs. 4 SGB V und nicht § 37 Abs. 3 SGB V stützt, ist aber ausdrücklich auf die häusliche Krankenpflege und wiederum auf das Arbeitgebermodell beschränkt. Ob sich hieraus im Hinblick auf § 11 Abs. 3 SGB V eine andere Auslegung ergibt, kann daher dahingestellt bleiben.
Vorliegend machen jedoch ohnehin Assistenzleistungen, die in § 78 SGB IX konkretisiert werden, den Schwerpunkt der an den Kläger im Rahmen des persönlichen Budgets erbrachten Leistungen aus. Diese beinhalten vorliegend auch Assistenz im Rahmen der Hilfe zur Pflege und Hauswirtschaft. Aus § 78 Abs. 1 SGB IX ergibt sich, dass es bei diesen Leistungen um die Ermöglichung der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung geht. Es geht um Unterstützung bei der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens, wie den allgemeinen Erledigungen des Alltags, der Haushaltsführung, der persönlichen Lebensplanung, der Freizeitgestaltung wie beispielsweise Sport, der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben sowie der Gestaltung von Beziehungen zu Mitmenschen (Grube/Wahrendorf/ Flint/Bieback, 7. Aufl. 2020, SGB IX § 113 Rn. 12, 13). Dazu gehört auch eine notwendige Begleitung für Freizeitgestaltung (vgl. BSG, Urteil vom 19.05.2022 - B 8 SO 13/20 R -). Abgrenzungsprobleme ergeben sich dabei auch vorliegend zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bzw. der medizinischen Behandlungspflege. Während die Hilfe zur Pflege der Gefahr begegnen soll, dass der behinderte Mensch an den Grunderfordernissen des täglichen Lebens scheitert und insoweit auf Erhaltung und Bewahrung abstellt, strebt die Eingliederungshilfe an, den Zustand des behinderten Menschen zum Besseren zu verändern, zumindest aber eine Verschlechterung zu verhindern (vgl. LSG Sachsen, Beschluss vom 23.06.2015 - L 8 SO 8/15 B ER -). Die Eingliederungshilfe hat zum Ziel, auf eine Integration des behinderten Menschen in die Gesellschaft und auf eine entsprechende, auch berufliche Rehabilitation hinzuwirken (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.09.2019 - L 7 SO 4668/15 mit weiteren Ausführungen zur Abgrenzung der Hilfe zur Pflege zur Eingliederungshilfe). Der durch die Pflegestärkungsgesetze zum 01.01.2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erschwert die Abgrenzung zusätzlich, da sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff seitdem weiter in Richtung Teilhabeleistung geöffnet hat. Das seit 01.01.2020 in § 103 Abs. 2 SGB IX vorgesehene sog. Lebenslagenmodell sieht z.B. für Fälle, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe außerhalb von Einrichtungen erbracht werden vor, dass die Leistungen auch die häusliche Pflege umfassen, sofern vor Erreichen der Regelaltersrente bereits Eingliederungshilfeleistungen bezogen wurden. Gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI sind Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB IX nicht nachrangig (vgl. BSG, Urteil vom 25.01.2017 - B 3 P 2/15 R -). Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zusammen, dann erhält der Leistungsberechtigte nach seiner Zustimmung die Leistungen insgesamt von dem Eingliederungshilfeträger gewährt. Grundlage ist der Bescheid der Pflegekasse. Der Eingliederungshilfeträger erhält die Kosten erstattet (§ 13 Abs. 4 SGB XI).

Tatsächlich spielt dies vorliegend aber keine entscheidende Rolle, weil es sowohl für die Eingliederungsleistungen als auch die Pflegeleistungen an einer Rechtsgrundlage fehlt, soweit diese während eines stationären Krankenhausaufenthalts außerhalb des Arbeitgebermodells erbracht werden. Dies ergibt sich, soweit im persönlichen Budget Assistenz im Rahmen der Hilfe zur Pflege im Umfang von 14,82 Stunden täglich enthalten ist, ausdrücklich aus der Regelung in § 63b Abs. 3 Satz 1 SGB XII. Der Ausnahmetatbestand des § 63b Abs. 4 SGB XII (Sicherstellung durch Pflege durch selbst Beschäftigte besondere Pflegekräfte im Arbeitgebermodell) ist nicht erfüllt. Insoweit gilt nichts anderes als zu § 37 Abs. 3 SGB V. Spätestens mit der Einführung der Rückausnahme in § 63b Abs. 4 SGB XII ist auch die Auffassung, es müsse gegen den Wortlaut des Gesetzes und nach Verwerfung entsprechender Vorschläge im Gesetzgebungsverfahren (Gesetzesentwurf der Fraktion die Linke, Drucksache 17/10784) eine Rückausnahme für Pflegeleistungen in stationären Aufenthalten auch bei der Sicherstellung der Pflege durch zugelassene ambulante Leistungserbringer angenommen werden, nicht mehr vertretbar. Eine Gesetzeslücke, die zu schließen wäre, kann danach nicht mehr angenommen werden. Schließlich wird die Ungleichbehandlung bzw. Privilegierung einer bestimmten Art der Pflegeerbringung durch die besondere vertragliche Verpflichtung als Arbeitgeber einer Pflegeperson mit entsprechendem arbeitsrechtlichem Schutz ausreichend sachlich gerechtfertigt. Der von Schellhorn (in Schellhorn/Hohm/Scheider/Busse, SGB XII, 21. Aufl. § 63b, Rn. 21) vertretenen Auffassung, es müssten gemäß § 64b SGB XII jedenfalls die Kosten für die von Pflegekräften des ambulanten Dienstes durchgeführten Assistenzpflegeleistungen erstattet werden, kann aus systematischen Gründe nicht gefolgt werden. Allerdings wird der Kläger vorliegend auch nicht durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst versorgt. Im Übrigen ist die nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorzuhaltende stationäre Pflege voll umfassend. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V), Krankenpflege, u.a. Hierfür erhält der Leistungserbringer eine Vergütung (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 und 3 KHEntgG), die auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter sowie die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 SGB V umfasst (Bayerisches LSG, Urteil vom 28.01.2014 - L 8 SO 166/12 -, juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25.02.2016 - L 8 SO 366/14 -, juris). Das Entgelt erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse für die erbrachte Gesamtleistung (BSG, Urteil vom 10.04.2008 - B 3 KR 19/05 R -, m. w. N.), wozu auch die erforderliche Grundpflege gehört. Ziel und Hintergrund der Ausnahmevorschrift des § 63 Satz 4 SGB XII ist nicht, einen Pflegenotstand im behandelnden Krankenhaus zu beheben; für die Übernahme sämtlicher benötigter Pflegeleistungen ist während eines Krankenhausaufenthalts immer das Krankenhaus zuständig (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Vorstellung von der Sozialhilfe als einer Art Auffanghilfe für soziale Notlagen widerspricht dem Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes (§ 31 SGB I). Tatsächlich spricht auch vorliegend die Tatsache, dass der Kläger während des vom Krankenhaus gegenüber der Beigeladenen abgerechneten Aufenthalts keinerlei Pflegeleistungen und nach seinen von der Beigeladenen bestätigten Angaben auch keinerlei ärztliche Behandlung erfahren hat, dagegen, diese auch politische Frage dadurch zu lösen, dass der Sozialhilfeträger entgegen der klaren gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen und ohne jegliche Rechtsgrundlage verpflichtet wird, als Ausfallbürge für vermeintliche oder tatsächliche Pflegenotstände anstelle der hierzu verpflichteten gesetzlichen Krankenkasse einzutreten.

Soweit die Beteiligten in dem Urteil vom 28.01.2014 (a.a.O.) nachfolgenden Revisionsverfahren einen Vergleich geschlossen haben, ist dies für die vorliegende Entscheidung unerheblich. Soweit das BSG mit Urteil vom 10.11.2022 (a.a.O.) einen besonderen behinderungsbedingten Betreuungsbedarf im Krankenhaus grundsätzlich als möglich anerkannt hat, bezieht sich diese Entscheidung ausschließlich auf das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Anhaltspunkte dafür, dass und unter welchen Voraussetzungen hierfür auch die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. der Sozialhilfeträger eintreten sollte, lassen sich dem Terminbericht nicht entnehmen.

Nichts Anderes gilt vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zielsetzung für die Leistungen zur sozialen Teilhabe. Leistungen für Assistenz werden gemäß § 78 SGB IX zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung

werden erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen, wobei auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 SGB IX über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme entscheiden wird. Dabei umfassen die Leistungen die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und deren Befähigung zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung. Zu den herkömmlichen Assistenzleistungen nach § 78 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB IX gehört die vollständige oder teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie der Begleitung. Hierbei sind die angemessenen Wünsche des Leistungsberechtigten (§ 8 SGB IX) zu berücksichtigen. Möglich sind z.B. die Erledigung des Haushalts (wobei ggf. die Konkurrenz mit der sog. kleinen Haushaltshilfe im SGB XII zu prüfen ist), Hilfe bei der Überwindung von Barrieren (z.B. beim Einstieg in den Bus oder die Bahn) oder die Motivation, Anleitung und Begleitung des Leistungsberechtigten in entsprechenden Unterstützungssituationen. Unerheblich für die Unterstützung ist, ob der Leistungsberechtigte in einer eigenen Wohnung oder einer Wohnform lebt; allerdings kann es im Zuge etwaiger Nachrangregelungen (wie etwa § 2 SGB XII) darauf ankommen, ob die Wohnform bereits ihrer Natur nach Unterstützungsleistungen vorsieht, wodurch weitere soziale Teilhabeleistungen unnötig werden (Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 78 SGB IX (Stand: 10.11.2022), Rn. 37). Demgegenüber ist Ziel der Krankenhausbehandlung nicht die Ermöglichung einer sozialen Teilhabe, sondern die Behandlung einer Krankheit. Dabei spricht auch die Gesetzesentwicklung ausdrücklich gegen eine andere Auslegung. Denn nicht nur die Erbringung von Pflegeleistungen, sondern auch die Erbringung von Leistungen zur sozialen Teilhabe, war in der Vergangenheit mehrfach Gegenstand politischer Diskussion und auch von Gesetzgebungsverfahren, die letztlich zur Einführung von § 113 Abs. 6 SGB IX mit Wirkung zum 01.11.2022 geführt haben. Allerdings ermöglicht die Regelung lediglich die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung, soweit dies aufgrund des Vertrauensverhältnisses des Leistungsberechtigten zur bis Bezugsperson und aufgrund der behinderungsbedingten besonderen Bedürfnisse erforderlich ist. Dabei sind vertraute Bezugspersonen Personen, die dem Leistungsberechtigten gegenüber im Alltag bereits Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere im Rahmen eines Rechtsverhältnisses mit einem Leistungserbringer erbringen. Die Leistungen umfassen Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nicht medizinische Nebenleistungen zur stationären Krankenhausbehandlung. Diese Voraussetzungen sind beim Kläger, der keine Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen benötigt, nicht erfüllt. Dies lässt allerdings gerade nicht den Umkehrschluss zu, dass andere Assistenzleistungen nach allgemeinen Regelungen zu erbringen wären. Im Gegenteil ist in der Gesetzesbegründung (Drs. 19/31069, Seite 191 ff.) dazu ausdrücklich Stellung genommen:

"Es gibt zahlreiche Problemanzeigen (u. a. in einer Petition des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages), in denen die ungeklärte Kostenträgerschaft für die Übernahme der Kosten von vertrauten Begleitpersonen von Menschen mit Behinderungen (Ausgleich von Verdienstausfall bei Personen aus dem persönlichen Umfeld oder Übernahme der (Personal)kosten bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe) während einer stationären Krankenhausbehandlung beanstandet wird. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierten Fachgespräche zum Thema "Assistenz im Krankenhaus" wurde dabei herausgearbeitet, dass die Probleme der ungeklärten Kostenträgerschaft in der besonderen Konstellation bestehen, in der Menschen mit Behinderungen im Einzelfall aufgrund ihrer Behinderung von vertrauten Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Krankenhausbehandlung begleitet werden müssen. Aufgrund des alltäglichen Kontaktes dieser Bezugspersonen zu den Menschen mit Behinderungen besteht ein besonderes Vertrauensverhältnis, das es ihnen ermöglicht, die individuellen Reaktionsweisen (z. B. besondere Äußerungsformen von Schmerzen) des Menschen mit Behinderungen zu verstehen und als Kommunikationsvermittler bei der Diagnostik, Patientenaufklärung, Behandlung und Pflege zu fungieren. Zudem sind nur diese vertrauten Bezugspersonen in der Lage, vor allem Menschen mit Behinderungen, die ausgeprägte Ängste haben oder ein stark herausforderndes Verhalten zeigen, die eine Behandlung verhindern, in der belastenden Krankenhaussituation zu stabilisieren und diesen ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln (u. a. im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen). (...) Das Krankenhauspersonal oder sonstige fremde Fachkräfte können diese Unterstützung für den genannten Personenkreis auf Grund des fehlenden Vertrauensverhältnisses nicht leisten.
(...)
Die Leistung nach § 113 Absatz 6 SGB IX umfasst dabei als Sonderregelung Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nichtmedizinische akzessorische Nebenleistungen zur ärztlichen Behandlung und Krankenpflege. Satz 4 betont, dass es sich bei der Zuständigkeit der Träger der Eingliederungshilfe hier mit Blick auf den in § 91 Absatz 1 und 2 SGB IX normierten Nachranggrundsatz um eine eng begrenzte Ausnahme im Verhältnis zu den Kostenträgern von Leistungen zur Krankenbehandlung (Gesetzliche Krankenversicherung, Träger der Sozialhilfe (Hilfen zur Gesundheit), Beihilfestellen, Heilfürsorgestellen, private Krankenversicherungsunternehmen) handelt.
(...)
Im Übrigen bleibt auch das sonstige Verhältnis der Leistungen der Eingliederungshilfe zu Leistungen zur Krankenbehandlung insbesondere zu Leistungen nach § 39 SGB V unberührt. Nicht von § 113 Absatz 6 SGB IX erfasst werden daher insbesondere - ggf. auch aufwändigere - pflegerische Unterstützungsleistungen, die für Menschen mit Behinderungen erforderlich sind (z. B. Grundpflege im Sinne von Waschen, Ankleiden, Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit). Darüber hinaus bleibt die Zuständigkeit des Krankenhauses im Rahmen des Versorgungsauftrages auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen durch § 113 Absatz 6 SGB IX unberührt. Im Übrigen bleibt die Möglichkeit, dass die Träger der Eingliederungshilfe bei einem Krankenhausaufenthalt Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. zur Kontakthaltung) auf Grundlage der bisherigen Rechtsgrundlagen bzw. Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen (weiter)gewähren, durch § 113 Absatz 6 SGB IX unberührt.

Sofern der Kläger darauf hinweist, dass auch während des Aufenthalts im Krankenhaus die Wohnung gereinigt und gepflegt sowie die Post besorgt werden müsse, ist außerdem nicht erkennbar, dass es sich hierbei um einen behinderungsbedingten Bedarf handelt. Denn dies müssen auch nichtbehinderte Menschen während eines Krankenhausaufenthalts anderweitig organisieren. Dem Kläger steht für entsprechende Hilfeleistungen von Freunden und Bekannten außerdem das mit Bescheid vom 23.03.2021 bewilligte Teilpflegegeld in Höhe von 242,67 € monatlich zur Verfügung.

Aufrechnung für Juli 2021

Die die gegen die mit Schreiben vom 02.07.2021 erfolgte Aufrechnung der während des Krankenhausaufenthalts des Klägers vom 12.03.2021 bis 22.03.2021 nach Auffassung des Beklagten nicht zweckmäßig verwendeten Mittel in Höhe von 8380,80 € mit den für den

Monat Juli 2021 zu zahlenden Leistungen des persönlichen Budgets gerichtete Klage ist als Leistungsklage auf Auszahlung weiterer Leistungen des persönlichen Budgets in Höhe von 8380,80 € für den Monat Juli 2021 zulässig und in der Sache auch begründet. Der Beklagte ist zu Unrecht davon ausgegangen, dass aufgrund der Zielvereinbarung eine Aufrechnung ohne weiteres zulässig ist. Tatsächlich sind die Voraussetzungen für die Aufrechnung vorliegend nicht erfüllt.
Der Beklagte stützt sich dabei auf die Formulierung in Ziffer 8 Abs. 2 der Zielvereinbarung, die lautet:
"Werden Mittel des persönlichen Budgets entgegen der Ausschlusskriterien in Ziffer 6 zweckwidrig verwendet oder wurde deren zweckgemäße Verwendung nicht entsprechend Ziffer 5 nachgewiesen, sind sie dem Budgetgeber zu erstatten. Der Budgetgeber ist berechtigt, diese Mittel nach seinem Ermessen zurückzufordern oder sie mit den laufenden Budgetzahlungen aufzurechnen. Dies ist auch während des laufenden Bewilligungszeitraums möglich. Der Budgetgeber informiert den Budgetnehmer über einige Plan der Aufrechnung und gibt dem erneut Gelegenheit, die zweckentsprechende Verwendung der Mittel des persönlichen Budgets nachzuweisen. Die Berechtigung zur Rückforderung und Aufrechnung ergibt sich unmittelbar aus dieser Zielvereinbarung, eines gesonderten Verwaltungsaktes bedarf es nicht."
Rechtlich weiterhin nicht geklärt ist, ob und welche Regelungen zur Umsetzung des persönlichen Budgets in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag vereinbart werden können. Jedenfalls gelten danach die Einschränkungen der § 53 Abs. 2 SGB X und § 55 Abs. 2 und 3 SGB X (BeckOGK/Wehrhahn, 01.05.2017, SGB X § 55 Rn. 3a, 3; vgl. auch BSG, Urteil vom 28.01.2021, a.a.O.). Insoweit ist bereits fraglich, ob es sich um eine Regelung handelt, die in einem öffentlich-rechtlichen Austauschvertrag als Gegenleistung vereinbart werden könnte, weil sie bei Erlass eines Verwaltungsakts auch Gegenstand einer Nebenbestimmung nach § 32 SGB X sein könnten (§ 55 Abs. 2 SGB X). Jedenfalls ist in Fällen, in denen wie vorliegend auf die Leistung der Behörde ein Rechtsanspruch besteht, die Vereinbarung einer Gegenleistung nur möglich, sofern die Gegenleistung bei Erlass eines begünstigenden VA auch als Nebenbestimmung gemäß § 32 SGB X möglich wäre. Der Vertragspartner der Behörde darf auf Grund des Vertrages nicht schlechter gestellt werden, als er bei Erlass eines entsprechenden Vertrages stünde (Schütze/Engelmann, 9. Aufl. 2020, SGB X § 55 Rn. 16) und es dürfen die Voraussetzungen für eine aufgrund der Nebenbestimmung ergehende Entscheidung nicht bereits vorweggenommen oder umgangen werden. So ist etwa anerkannt, dass auch bei einer zulässigen Nebenbestimmung in einem Verwaltungsakt, etwa einem Widerrufsvorbehalt, die weiteren Voraussetzungen für eine Widerrufsentscheidung erfüllt sein müssen (vgl. § 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, wonach der Widerruf auf Grund einer Ermessensentscheidung durch Verwaltungsakt ergeht; Burkiczak in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Aufl., § 32 SGB X (Stand: 04.11.2022), Rn. 63).
Übertragen auf den vorliegenden Fall bedeutet das, dass (sofern man die Regelung mit diesem Inhalt überhaupt als zulässig ansieht) ihr Anwendungsbereich bzw. Regelungsgehalt sich im Wesentlichen darauf beschränken kann, dass die Aufrechnung vorliegend durch Willenserklärung erklärt wird. Keinesfalls können aber, da auf die in der Zielvereinbarung vereinbarten Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, andere Schutzvorschriften wie § 51 Abs. 2 SGB I umgangen werden, wonach die Aufrechnung nur im Rahmen einer Ermessensausübung und nur insoweit zulässig ist, als dadurch keine Hilfebedürftigkeit nach den Regelungen des Sozialgesetzbuchs Zweites Buch (SGB II) oder des SGB XII eintritt.
Die Rechtsnatur der Aufrechnung nach § 51 SGB I wie der Verrechnung nach § 52 SGB I wird seit Jahrzehnten streitig diskutiert. Dies setzt sich bis heute fort, obschon der Große Senat des BSG am 31.08.2011 (Az.: GS 2/10) jedenfalls geklärt hat, dass jedenfalls die Verrechnung nach § 52 SGB I durch Verwaltungsakt erfolgen kann (Pflüger in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., § 51 SGB I (Stand: 13.08.2021), Rn. 53). Das schließt andererseits nicht aus, dass vorliegend entsprechend der Zielvereinbarung die Aufrechnung auch durch eine einfache Willenserklärung erfolgen konnte.
Aufrechnung ist die durch einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung bewirkte wechselseitige Tilgung zweier sich gegenüberstehender Forderungen (§ 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die Forderung, gegen die aufgerechnet wird, im Sozialrecht also der Leistungsanspruch, ist die Hauptforderung, die Forderung des Leistungsträgers, mit der aufgerechnet wird, ist die Gegenforderung. Die Forderungen müssen gleichartig, also beide auf Geld gerichtet sein. Die Gegenforderung muss entstanden und fällig sein, während die Hauptforderung zwar nicht fällig, aber bereits entstanden und erfüllbar sein muss. Diese Aufrechnungslage ist vorliegend gegeben, da die für März 2021 geleistete Vorschusszahlung in Höhe von 8.380,80 € nach der hier vertretenen Rechtsauffassung zweckwidrig verwendet worden ist bzw. der Kläger gegenüber dem Beklagten nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB I zur Rückzahlung des Vorschusses in dieser Höhe verpflichtet ist.
Dabei steht der Aufrechnung nicht bereits entgegen, dass der Beklagte den überzahlten Vorschuss nicht vorher durch Verwaltungsakt (§ 31 Satz 1 SGB X) zurückgefordert hat. Denn die Erstattung kann auch durch Aufrechnung bzw. Verrechnung mit späteren Leistungsansprüchen der erstattungspflichtigen Person erfolgen (Prof. Dr. Christian Rolfs in: Hauck/Noftz SGB I, § 42 Vorschüsse, Rn. 47; Groth in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., § 42 SGB I (Stand: 14.04.2020), Rn. 64).
Eine klassische Aufrechnungslage liegt aber bereits deshalb nicht vor, weil es sich bei der Gegenforderung, nämlich den Leistungen des persönlichen Budgets, nicht um eine reine Geldleistung handelt, sondern um eine Leistung, die neben die klassischen Ausprägungen als Sach- (einschließlich Dienst-) und Geldleistungen tritt. Sie ist mehr als eine Geldleistung, aber eben auch kein Sachleistungssurrogat wie etwa ein anstelle der Sachleistung entstehender Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. nach § 13 Abs. 3 SGB V). Denn wenn das Budget einmal kalkuliert und ausgezahlt ist, ist der Anspruch auf die abgegoltenen Teilhabeleistungen als Sachleistung erschöpft. Damit ist das persönliche Budget letztlich ein Anspruch sui generis, der sich nicht in die klassische Einteilung in Sach- oder Geldleistungen - wie sie dem Verständnis der §§ 38 ff. SGB I zugrunde liegt, einordnen lässt. Ihr Wesen besteht in der Zusammenfassung verschiedener Ansprüche auf Teilhabeleistungen - ggf. mehrerer Leistungsträger - zu einer einzigen Geldzahlung. Das meint das BSG, indem es ausführt: "Hier wird im Außenverhältnis nicht nur eine Mehrheit von Trägern, sondern auch eine Vielzahl von Leistungsansprüchen durch einen einzigen ersetzt." Folgerungen aus dieser Deutung als einer Leistung sui generis, also nicht einer Geldleistung, sind die fehlende Anwendung der bereits angesprochenen Vorschriften zu Sach- und Geldleistungen in § 38ff. SGB I. Dies betrifft insbesondere die Vorschriften, die eine besondere Umlauffähigkeit, vielfach auch als "Verkehrsfähigkeit" bezeichnet, bewirken. Ob auch insoweit mit der Leistungsvereinbarung wirksam eine Vereinbarung getroffen worden ist, die unabhängig davon eine Aufrechnungsmöglichkeit nach allgemeinen Vorschriften eröffnet, kann wiederum dahingestellt bleiben, weil die Voraussetzungen für die Aufrechnung auch aus anderen Gründen nicht erfüllt sind.
Dies ergibt sich aus dem Charakter der bewilligten Leistungen als Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Pflege und daraus, dass der Kläger auf diese Leistungen angewiesen ist. Seit dem 01.01.2020 enthält dazu § 107 SGB IX (Fassung vom 23.12.2016, gültig ab 01.01.2020) eine Regelung, wonach der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Eine Aufrechnung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 51 SGB I oder eine Verrechnung nach § 52 SGB I wird von § 107 SGB IX damit zwar nicht ausgeschlossen. Allerdings wird einer Aufrechnung auch mit Geldleistungen aus einem persönlichen Budget die höchstpersönliche Natur der Ansprüche § 107 SGB IX jedenfalls analog entgegenstehen (Wehrhahn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 107 SGB IX (Stand: 09.09.2019), Rn. 11; BeckOK SozR/Lund, 66. Ed. 1.9.2022, SGB IX § 107 Rn. 1). Denn es widerspräche dem Wesen und der Zielsetzung der Leistungsgewährung als persönliches Budget, die es dem Menschen mit Behinderung ermöglicht, die im Gesetz garantierte selbstbestimmte und eigenverantwortliche Gestaltung seiner Lebensumstände besser zu verwirklichen (Peters-Lange, SGb 2015, 649-654 mit zahlreichen Hinweisen), wenn diese Leistungen beliebig zur Disposition gestellt werden könnten. Schließlich fehlt es

an der Gegenseitigkeit der Forderungen, wenn verschiedene Leistungsträger ihre Leistungen in einem persönlichen Budget als "trägerübergreifender Komplexleistung" (§ 29 Abs. 1 S. 3 SGB IX) erbringen, weil ihre Leistung in der Komplexleistung "aufgeht", also nicht mehr als Einzelleistung nur eines Trägers erbracht wird (BeckOGK/Siefert, 1.8.2022, SGB I § 51 Rn. 8). Im Anwendungsbereich des SGB XII ist außerdem § 26 Abs. 2-4 SGB XII zu beachten, der gegenüber § 51 SGB I eine lex specialis darstellt und als insoweit abschließende Regelung (anders als etwa § 51 SGB II) keine Aufrechnung mit anderen Ansprüchen des SGB-XII-Leistungsträgers gegen den Leistungsberechtigten rechtfertigt. Danach erfolgt eine Aufrechnung nach § 26 Abs. 4 SGB XII nicht, soweit dadurch der Gesundheit dienende Leistungen, die der Leistungsträger erbringt, gefährdet werden. Nach dem Sinn und Zweck der Regelung gehören hierzu neben den Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 ff. SGB XII) auch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. a. F. SGB XII), Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) und Hilfen in anderen Lebenslagen
(§§ 70 ff. SGB XII). Eine Gefährdung im Sinne von § 26 Abs. 4 SGB XII liegt vor, wenn der mit dieser Leistung bezweckte Erfolg ernsthaft bedroht ist (Pfriender in: Schlegel/ Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 26 SGB XII (Stand: 01.02.2020), Rn. 54). Das ist der Fall, wenn dem Kläger, wie vorliegend, im Juli 2021 keine Mittel mehr zu Verfügung stehen um seinen Eingliederungs- und Pflegebedarf zu decken. Die Regelung betrifft auch seit 01.01.2020 jedenfalls die im Rahmen der Hilfe zur Pflege erbrachten Leistungen nach dem SGB XII. Aber auch hinsichtlich der im Rahmen der Eingliederungshilfe erbrachten Assistenzleistungen ist nicht davon auszugehen, dass mit der Verlagerung dieser Leistungen aus dem SGB XII in das SGB IX eine erleichterte Aufrechnungsmöglichkeit verbunden sein sollte. Und selbst wenn man davon ausgeht, dass die Beteiligten in rechtlich nicht zu beanstandender Weise in der Zielvereinbarung eine grundsätzliche Aufrechenbarkeit vereinbart haben, steht der Aufrechnung vorliegend auch die Regelung in § 51 Abs. 2 SGB I jedenfalls in entsprechender Anwendung entgegen, wonach durch die Aufrechnung keine Hilfebedürftigkeit eintreten soll. Denn der Kläger war im Juli 2021 zur Deckung seines Lebensunterhalts auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen, da die Erwerbsminderungsrente nicht ausreichte, seinen Lebensunterhalt zu sichern. Gleiches gilt aber auch weiterhin, soweit der Kläger zwar über eine seinen notwendigen Lebensunterhalt sichernde Unfallrente verfügt, darüber hinaus aber über keine Mittel, aus denen er die notwendigen Assistenz- und Pflegeleistungen bezahlen könnte (Dr. Stephan Gutzler in: Hauck/Noftz SGB IX, § 107 Übertragung, Verpfändung oder Pfändung, Auswahlermessen, Rn. 13). Zwar ist es nicht Aufgabe des Leistungsträgers nach dem SGB II, die vorliegend streitigen Leistungen zu erbringen, sofern die vom Beklagten gezahlten Beträge hierfür nicht ausreichen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass der Beklagte weiterhin leistungspflichtig bleibt, soweit der Kläger aufgrund der Aufrechnung die erforderlichen Assistenzleistungen nicht mehr bezahlen und entsprechend seinen Bedarf nicht decken kann.
Insoweit ergibt sich auch nichts Anderes daraus, dass der Beklagte die Leistungen für März 2021 nur vorschussweise erbracht hat. Die erleichterte Anrechnungsmöglichkeit von Vorschüssen auf die endgültig erbrachte Leistung nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB I wäre vorliegend nur im Rahmen der endgültigen Bewilligungsentscheidung für März 2021 möglich gewesen. Sofern wie vorliegend eine Aufrechnung mit späteren Leistungsansprüchen der erstattungspflichtigen Person erfolgen, gelten - anders als bei der Anrechnung - die allgemeinen Vorschriften, d.h. insbesondere die §§ 51, 52 SGB I (Groth in: Schlegel/ Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., § 42 SGB I (Stand: 14.04.2020), Rn. 64).

Der Beklagte ist daher antragsgemäß zu verurteilen, dem Kläger die mit Bescheid vom 21.05.2021 für Juli 2021 bewilligten Leistungen des persönlichen Budgets in Höhe von 20.446,58 € vollständig auszuzahlen, wobei ausgehend vom dem vom Beklagten bereits abgegebenen Teilanerkenntnis auch im Juli 2021 die ursprünglich streitige Deckungslücke von 68,42 € noch auszugleichen sein wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt dem Ausgang des Verfahrens, wobei das Teilanerkenntnis gegenüber dem noch streitigen Anspruch kostenrechtlich nicht in Gewicht fällt. In jedem Fall ist dabei zu berücksichtigen, dass der Kläger ungeachtet der Versagung des Anspruchs auf die Leistungen aus dem Persönlichen Budget während des Krankenhausaufenthalts hinsichtlich des Behaltendürfens und damit überwiegend obsiegt hat. Da die Beigeladene selbst keine Anträge gestellt hat, ist sie kostenrechtlich nicht zu beteiligen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-02-17