L 7 SO 3516/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
7
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SO 4144/13
Datum
15.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 SO 3516/14
Datum
22.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Der Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII greift bei allen Leistungsformen ein und gilt nicht nur im Verhältnis ambulanter zu stationären Leistungen.

2. Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention begründet keinen subjektiven Anspruch des behinderten Menschen auf Gewährung von Sozialleistungen und dispensiert weder den Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII noch den des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII.
Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 15. Juli 2014 abgeändert. Es wird festgestellt, dass der Bescheid vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013 rechtswidrig ist und die Klägerin in ihren Rechten verletzt.

Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zur Hälfte zu erstatten. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Rechtsstreit betrifft die Höhe der Eingliederungshilfeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in Form eines sog. Persönlichen Budgets für Juni 2013 bis Mai 2014.

Die Klägerin ist 1991 geboren. Bei ihr liegt eine paranoide Schizophrenie (F.20.0), eine Intelligenzminderung (F71.1), ein Zustand nach Epilepsie (G40.3) und eine generelle Verlangsamung mit ataktischer Bewegungsstörung (G80.8) vor. Ihre Teilhabe ist in sämtlichen Lebensbereichen erheblich eingeschränkt. Bei ihr ist ein Grad der Behinderung von 100 anerkannt; ihr sind die Merkzeichen G, H und RF zuerkannt. Im streitgegenständlichen Zeitraum war sie in Pflegestufe III eingestuft.

Die Klägerin besuchte bis zum Jahr 2012 die Schule für Geistigbehinderte in F.-G ... Seit September 2012 besucht sie als tagesstrukturierende Maßnahme den Förder- und Betreuungsbereich (FuB) der Einrichtung "A. B." (Bewilligungsbescheid der Beklagten vom 8. August 2012 für die Zeit vom 1. September 2012 bis zum 31. August 2015).

Bis zum 1. Juni 2013 lebte die Klägerin im elterlichen Haushalt im F. Stadtteil V ... Im Juni 2013 zog die Klägerin in das Wohnprojekt "V." in der "V.", einem wohngenossenschaftlichen Inklusionsprojekt im F. Stadtteil V., ein. Die Eltern der Klägerin hatten sich zuvor für dieses inklusive Wohnprojekt engagiert. Es handelt sich um ein genossenschaftliches Wohnprojekt, in dem Inklusion und generationenübergreifendes Wohnen gelebt werden sollen. Das Wohnprojekt besteht unter anderem aus Wohnungen zur freien Vergabe, Wohnungen für gemeinschaftliches Wohnen, der Wohngruppe V. Plus zur Betreuung und Pflege von zwölf Menschen sowie Wohngemeinschaften für je fünf junge Erwachsene mit erhöhtem Betreuungsbedarf. Kooperationspartnerin des Projekts V. ist die Lebenshilfe B. gGmbH, deren Gesellschafter die Lebenshilfe F. e.V. und die Lebenshilfe KV. E. e.V. sind. Sie erbringt die Unterstützungs-, Förder- und Assistenzleistungen. Der Vater der Klägerin ist derzeit Vorsitzender des Aufsichtsrates der V.; die Mutter der Klägerin gehört dem Vorstand der Lebenshilfe F. e.V. an. Der derzeitige geschäftsführende Vorstand der V., U. B., ist zugleich ebenfalls Mitglied des Vorstandes der Lebenshilfe F. e.V.

Die Klägerin beantragte am 20. März 2012 bei der Beklagten Leistungen der Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets. Sie

werde im Frühjahr 2013 in das Wohnprojekt V. in eine Wohngemeinschaft mit vier weiteren jungen Erwachsenen mit hohem Betreuungsbedarf ziehen. Sie beantrage Leistungen für die ambulante Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Es gehe um Unterstützung in Form von Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Hilfe zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten und Hilfe zur Pflege.

Am 11. Juli 2012 fand ein Hilfeplangespräch statt, in dem die Eltern der Klägerin den aus ihrer Sicht bestehenden Hilfebedarf schilderten. Die Beklagte beauftragte den medizinisch-pädagogischen Dienst (MPD) des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) anschließend mit der Erstellung einer Stellungnahme. Der MPD erstellte aufgrund der Aktenlage und eines Vorortermines in der Wohnung der Eltern der Klägerin am 26. Oktober 2012 und am 6. November 2012 (versehentlich auf den 25. Oktober 2012 datiert) seine Stellungnahme. Die Klägerin benötige Anleitung und Assistenz bei der individuellen Basisversorgung. Größere Einkäufe, Kochen, Wäschepflege und Geldeinteilung müssten mit Begleitung und unter Anleitung ausgeführt werden. Bei der Planung und Gestaltung freundschaftlicher Kontakte seien strukturierende Vorgaben und Begleitung erforderlich. Bei der Teilnahme an Freizeitveranstaltungen seien Begleitung bzw. die Anwesenheit von Betreuungspersonal notwendig. Es sei anhand des Formblattes HB/A, Teil 3 (HMB-W-Erhebungsbogen nach Dr. M.) die Hilfebedarfsgruppe 4 mit 125 Punkten ermittelt worden. Die Klägerin benötige nach dem Einzug in die Wohngruppe außerhalb ihrer Beschäftigungszeiten im FuB die dauerhafte Präsenz von pädagogischem Betreuungspersonal. Nach Angaben der Eltern würden diese Rahmenbedingungen in der Wohngruppe gegeben sein. Die Eingliederungshilfe könne nach Abschluss der Zielvereinbarung und Bepreisung als Persönliches Budget ausgeführt werden.

Mit Schreiben vom 18. Februar 2013 informierte die Beklagte die Klägerin über die beabsichtigte Gewährung eines Persönlichen Budgets in Höhe von 2.130,00 Euro. Die Höhe orientiere sich an der vollstationären Betreuungsform in einem Wohnheim. Angesichts des Leistungsangebotes unter anderem mit Nachtbetreuung in der V. sehe sie – die Beklagte – den Schwerpunkt auf dem vollstationären Bereich. Es bestehe die Möglichkeit, für die Betreuungsleistungen ein Budget in Höhe der vom MPD festgestellten Hilfebedarfsgruppe 4 zu gewähren.

Die Klägerin reagierte hierauf mit Schreiben vom 27. Februar 2013. Sie komme anhand des HB/A (HMB-W Version 3/1999) zu einem Bedarf nach Hilfebedarfsgruppe 5. Es sei im Übrigen nicht nachvollziehbar, weshalb der MPD auf die alte Version 3/1999 des Verfahrens Dr. M. zurückgreife.

Der MPD legte auf Aufforderung der Beklagten hierzu eine ergänzende Stellungnahme vom 1. März 2013 vor. Die verwendete Version 1999 sei die in Baden-Württemberg gültige und rahmenvertraglich vereinbarte Version. Die Auffassung, dass die Hilfebedarfsgruppe 5 zutreffen würde, werde nicht geteilt.

Am 26. März und 16. April 2013 fanden weitere Hilfeplangespräche statt. Außerdem wurden E-Mails ausgetauscht. Die Klägerin ging aufgrund eigener Berechnungen von einem monatlichen Hilfebedarf (bei 4,3 Wochen pro Monat) von 3.663,60 Euro für die Beschäftigung einer pädagogischen Fachkraft (sechs Stunden pro Woche à 48,00 Euro), eines Heilerziehungspflegers (sechs Stunden pro Woche à 43,00 Euro), einer Hilfskraft (acht Stunden pro Woche à 18,00 Euro), eines Heilerziehungspflegeschülers (sechs Stunden pro Woche à 13,00 Euro), eines FSJlers/Jahrespraktikanten (sechs Stunden pro Woche à 14,00 Euro) sowie Kosten für Nachtbereitschaft in Höhe von 700,00 Euro (insgesamt knapp 4.400,00 Euro) aus (E-Mail der Klägerin vom 9. April 2013).

Unter dem 19. und 28. April 2013 schlossen die Beteiligten eine Zielvereinbarung nach § 4 der Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – BudgetV) unter Einbeziehung des Gesamtplans vom 19. April 2013.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin mit Bescheid vom 29. April 2013 Leistungen nach dem Sechsten Kapitel SGB XII (§ 53, 54 SGB XII), Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung i.V.m. dem Zweiten Kapitel SGB IX (§ 17 SGB IX) für die Zeit vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Mai 2014 in Form eines Persönlichen Budgets in Höhe von monatlich 2.700,00 EUR. Der bewilligte Betrag umfasse – mit Ausnahme der Maßnahmekosten für die Tagesstruktur einer Förder- und Betreuungsgruppe – die Leistung für den Betreuungs- und Unterstützungsbedarf der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am kulturellen Leben gemäß §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. §§ 55, 58 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Im Budgetbetrag nicht enthalten seien in Frage kommende Leistungen der Pflege. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII würden außerhalb des Budgets gesondert festgesetzt und beschieden. In den Hilfeplangesprächen am 26. März und 16. April 2013 sei der individuelle Bedarf der Klägerin in Zusammenhang mit dem Einzug in das Wohnprojekt "V." festgestellt worden. Vor dem Hintergrund der Stellungnahmen des MPD des KVJS vom 25. Oktober 2012 und 1. März 2013 sowie der eingereichten Unterlagen sei nach Abwägung der gegenseitigen Interessen im Rahmen des eingeräumten Ermessens die Höhe des Persönlichen Budgets ermittelt worden. Die näheren Einzelheiten zu den individuellen Förder- und Teilhabezielen, zur Qualitätssicherung, zur Nachweiserbringung, zum Bedarf an Beratung und Unterstützung seien dem Gesamtplan (Teil III und Teil IV) und der Zielvereinbarung vom 19. April 2013, die verbindlicher Bestandteil dieses Bescheides seien, zu entnehmen. Den Angaben in der von der Klägerin am 28. April 2013 unterschriebenen Zielvereinbarung entnehme sie, dass es keine Extra-Budgetassistenten geben werde, sondern diese Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Betreuung mit übernommen würden.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 29. Mai 2013 Widerspruch. Mit dem bewilligten Betrag sei sie nicht in der Lage, ihren Bedarf zu decken. Sie benötige eine 24-Stunden-Betreuung, teilweise in Form einer Eins-zu-Eins-Betreuung; sie verwies auf die Berechnungen in ihrer E-Mail vom 9. April 2013. In der pauschalierenden Heranziehung von stationären Vergütungssätzen in Bezug auf die Bemessung der Höhe des Persönlichen Budgets liege ein erheblicher Rechts- sowie Ermessensfehler. Nach § 3 BudgetV seien die notwendigen Leistungen auf der Grundlage des ermittelten Bedarfs und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 Abs. 1 SGB IX zu ermitteln. Auf dieser Grundlage der ermittelten notwendigen Leistungen sei die notwendige Höhe des Persönlichen Budgets zu bestimmen. Hierbei müsse es dem Budgetnehmer möglich sein, die benötigten Leistungen tatsächlich auf dem Markt einzukaufen. Die pauschalierende Heranziehung stationärer Vergleichssätze sei auch deshalb rechtswidrig, weil für sie – die Klägerin – mit ihrem intensiven Förder- und Betreuungsbedarf keine bedarfsdeckende stationäre Versorgung zur Verfügung stünde. Ferner bedeute dies einen Verstoß gegen ihr Wunsch- und Wahlrecht aus § 9 SGB IX und § 13 SGB XII sowie gegen Art. 19 Buchstabe a des Übereinkommens der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK). Wenn sie in einer ambulanten und inklusiven Wohnform leben und auf diese Art und Weise möglichst selbstbestimmt an der Gesellschaft teilhaben möchte, müsse ihr auch diese Möglichkeit gewährt werden, die benötigten Leistungen auf diese Art und Weise zu finanzieren. Wäre sie gezwungen, aus ihrem Stadtteil wegzuziehen und ggf.

in eine stationäre Einrichtung, was ohnehin nicht möglich sei, da eine bedarfsdeckende stationäre Versorgung für sie nicht zur Verfügung stünde, würde ihre bis dato sehr mühsam erarbeitete Selbständigkeit und die Möglichkeit der Teilhabe wieder abhandenkommen bzw. genommen. Völlig unberücksichtigt bleibe bisher der Bedarf für Budgetassistenz, also für die Unterstützung und Beratung bei der Beantragung und Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets. Die Budgetassistenz werde von der Lebenshilfe in Anspruch genommen und zwar in Höhe von 200,00 Euro pro Monat.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2013 zurück. Bei der Prüfung und Bewilligung des Persönlichen Budgets im Sinne von § 17 Abs. 2 SGB IX werde wie bei einer Sachleistung ein Verwaltungsverfahren durchgeführt. Das Persönliche Budget sei keine neue Leistungsart, sondern eine alternative Leistungsform mit besonderer Zielsetzung. Deshalb könne auch hier im Rahmen der Eingliederungshilfe nur ein Ausgleich der behinderungsbedingten Defizite nach den Vorschriften des SGB XII, somit nur das unbedingt Notwendige zur Beseitigung einer Notlage geleistet werden. Der MPD des KVJS habe festgestellt, dass die Leistungen an die Klägerin auch als Persönliches Budget ausgeführt werden könnten. Der MPD habe den Bedarf ermittelt und damit den Rahmen für die Leistungsgewährung gesetzt. Da dieser Rahmen letztlich das Spektrum der Betreuungsintensität vermittle, sei dieser entgegen den Ausführungen der Klägerin sehr wohl für die Leistungsform des Persönlichen Budgets relevant. Die Ermittlung des Hilfebedarfs durch den MPD in der Version von 1999 sei im Jahr 2000 noch von den bestehenden Landeswohlfahrtsverbänden Baden und Württemberg-Hohenzollern erarbeitet und in Form eines Rahmenvertrages vereinbart worden, in die Sozialhilferichtlinien Baden-Württemberg aufgenommen und damit für das Land Baden-Württemberg für allgemeingültig erklärt worden. Die Richtlinien des Rahmenvertrages nach § 79 Abs. 1 SGB XII seien auch auf die Leistungserbringer, die für die Klägerin entsprechende Förderleistungen im Sinne der Eingliederungshilfe erbrächten, nach § 1 des Rahmenvertrages anwendbar. Nach den Empfehlungen des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe, dem KVJS, über die Bemessung des Bedarfs könnten die Leistungen des Persönlichen Budgets in Form einer Pauschale nach einer entsprechenden Hilfebedarfsgruppe (HBG) abgegolten werden. Nach den Hilfeplangesprächen, die zur Erstellung des Gesamtplanes (Teil III und Teil IV) geführt hätten, sei der vom MPD festgestellte Hilfebedarf der Klägerin in Form der Hilfebedarfsgruppe 4 für eine stationäre Betreuung anerkannt worden. Allerdings sei nicht den Empfehlungen des KVJS gefolgt worden, nach dessen Vorgabe für die Klägerin bei der Hilfebedarfsgruppe 4 eine Pauschale von 1.015,00 EUR hätte gewährt werden können. Vielmehr seien die Besonderheiten des Wohnprojektes V. beachtet worden. Im Rahmen des Ermessens sei zugunsten der Klägerin zunächst der Mittelwert von Einrichtungen innerhalb des Stadtgebietes Freiburg, der Region und dem Landkreis L. für Maßnahmenpauschalen ermittelt worden. Dabei hätte sich für die Hilfebedarfsgruppe 4 ein Durchschnittsbetrag von 70,00 EUR pro Tag ergeben. Dies bedeute eine monatliche Leistung von 2.130,00 EUR. Zusätzlich sei beachtet worden, dass innerhalb der Bandbreite der Hilfebedarfsgruppe 4, die sich von 109 bis 144 Punkte erstrecke, Abstufungen in der Betreuungsintensität und/oder innerhalb der verschiedenen Items bestünden. Da die Klägerin bei einem ermittelten Punktwert von 123 (richtig: 125) Punkten einen höheren Förderbedarf besitze, sei der Durchschnittsbetrag auf 75,00 EUR pro Tag angehoben worden. Bei einer Einrichtung, die für die Sachleistung Vergütungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII erhalte, erfolgten keine Unterschiede in der Höhe der Vergütungen. Diese erhielten, egal welcher Förderbedarf ein behinderter Mensch innerhalb des Bereichs der HBG habe, den gleichen vereinbarten Satz. Zusätzlich sei bei der Klägerin der Umstand berücksichtigt worden, dass diese erstmals außerhalb des elterlichen Haushalts betreut werde. Diesem Sachverhalt sei insofern Rechnung getragen worden, als für das erste Jahr der Leistungssatz von 2.250,00 EUR um 20 Prozent angehoben worden sei, so dass sich eine Gesamtleistung in Höhe von 2.700,00 EUR ergebe. Diese Erhöhung würde bei einer vergleichbaren Sachleistung nicht vorgenommen werden. Sofern die Klägerin geltend mache, dass die Höhe des Budgets nicht ausreiche, obliege es ihrer Eigenverantwortung, die Angebote auf dem bestehenden Markt zu vergleichen und das günstigste von den für die Erreichung der Teilhabe für sie geeigneten Angebote auszuwählen. Es genüge den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht, sich auf einen Anbieter festzulegen und lediglich dieses Angebot wahrzunehmen. Es sei ihr – der Beklagten – nicht bekannt, ob und welche Angebote tatsächlich geprüft und verglichen worden seien, da dies nicht ihre Aufgabe bei der Gewährung eines Persönlichen Budgets sei. In diesem Zusammenhang stelle sich die Frage, inwieweit das Persönliche Budget im vorliegenden Fall, in dem sich die Klägerin auf einen Anbieter festgelegt habe, der zugleich Einrichtungsträger sei und diesbezüglich Verträge mit ihr – der Beklagten – abgeschlossen habe, letztlich deshalb beantragt worden seien, um vertragliche Bindungen des Leistungserbringers (hier der Lebenshilfe) zu umgehen. Im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung sei zu beachten, dass es sich beim bewilligten Persönlichen Budget ausschließlich um die Förderleistungen zum behinderungsbedingten Nachteilsausgleich bzw. Ausgleich des behinderungsbedingten Mehraufwandes im Bereich der Teilhabe, insbesondere für das Wohnen, im Sinne des § 53 Abs. 3 SGB XII handele. Hinzukämen noch die Leistungen der Pflegekasse für die Pflegeleistungen. Im Rahmen des Ermessens habe sie – die Beklagte – eventuelle Überschneidungen/Doppelleistungen, die im Zusammenhang mit dem von der Pflegekasse bewilligten pflegerischen Leistungen stünden, nicht vom Persönlichen Budget in Abzug gebracht. Zusätzlich seien von ihr Sachleistungen für die Betreuung in der Förder- und in der Betreuungsgruppe für die Tagesbetreuung bis 16.00 Uhr und die Grundsicherungsleistung nach dem SGB XII übernommen worden. Auch lägen keine Ermessensfehler bei der Höhe des ermittelten Bedarfs vor. Es gebe im Rahmen der Gewährung der Leistung keine unbegrenzte Sozialisierung der Kosten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Aufgrund der gesetzlichen Obergrenze in § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX dürfe der Geldleistungsanspruch nicht zu einer Kostensteigerung gegenüber dem Sachleistungsanspruch führen. Aus § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX ergebe sich, dass die Kosten für die Budgetunterstützung, zu der auch die Budgetassistenz gehöre, aus den Geldmitteln des Persönlichen Budgets zu finanzieren seien. Beim Persönlichen Budget gingen insbesondere die Verantwortung für den Einkauf der Leistungen, die Qualitätssicherung und die Rechnungsbewilligung auf die Budgetnehmerin über. Auch könne nicht nachvollzogen werden, warum die Klägerin nicht bedarfsdeckend in einer stationären Einrichtung betreut bzw. versorgt werden könne. Wäre dies der Fall, könnte die Klägerin auch nicht in der Förder- und Betreuungsgruppe der Einrichtung "A. B." im Rahmen der Tagesstruktur gefördert werden. Unter Berücksichtigung der bei ihr bestehenden Beeinträchtigung sei es der Klägerin ohne Einschränkung möglich, eine adäquate Einrichtung, auch in Freiburg bzw. der näheren Umgebung, zu finden. Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung hätten bereits vor dem Antrag auf Kostenübernahme für das Wohnprojekt V. eine Prüfung durch den MPD des KVJS erfolgen können. Die Suche nach Alternativen sei aber von der Klägerin von vornherein abgelehnt worden. Deshalb habe die Klägerin auch vom Belegungsvorrecht der Beklagten bei neuen Einrichtungen nicht profitieren können. Auch erschließe sich aus fachlicher Sicht nicht, weshalb bei einer weiteren Verselbständigung der Klägerin, die neben der Ablösung vom Elternhaus und dem weiteren Erwachsenwerden auch mit einem Wohnort- bzw. Standortwechsel verbunden sein könne, die seelische Unversehrtheit der Klägerin aufs Spiel gesetzt werden würde. Diese Prozesse gehörten zum normalen Lebensalltag von nichtbehinderten und behinderten Menschen gleichermaßen.

Hiergegen hat die Klägerin am 12. September 2013 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben und ursprünglich die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung eines Persönlichen Budgets im Umfang von "mindestens" 5.928,80 Euro pro Monat beantragt. Sie sei mit dem bewilligten Budgetbetrag nicht in der Lage, ihren Eingliederungshilfebedarf zu decken, zumal sie eine 24-Stunden-Betreuung, zu vielen Teilen in Form einer Eins-zu-Eins-Betreuung durch qualifizierte Fachkräfte benötige. Aufgrund des geringen Budgets müsse sie ganz

erhebliche Abstriche in Kauf nehmen, die ihr nicht mehr länger zuzumuten seien. Eine dramatische Verschlechterung ihres psychischen Zustandes drohe, sofern die benötigten Leistungen nicht erbracht werden könnten. Aufgrund des geringen Budgets werde derzeit ein Großteil der benötigten Leistungen durch Hilfskräfte anstatt durch Fachkräfte erbracht. Auch müssten ihre Eltern noch umfangreiche Tätigkeiten in der Wohngemeinschaft übernehmen, so dass eine Loslösung vom Elternhaushalt nicht in einem normalen Rahmen gelingen könne. Hinzu komme, dass sie immer wieder auch Tage im elterlichen Haushalt verbringen müsse, da die Wohngemeinschaft aufgrund der nicht vorhandenen finanziellen Mittel geschlossen werden müsse. Besonders schwer wiege für sie jedoch der unmögliche Einsatz von Fachkräften in benötigtem Umfang. Sie benötige aufgrund ihrer komplexen psychischen Erkrankung ganz gezielt Ansprechpartner und nicht einen ständigen Wechsel des Personals. Zum Umgang mit der komplexen psychischen Störung seien die Hilfskräfte nicht geschult und in der Lage. Es brauche langjährige Erfahrung, die entsprechende wissenschaftliche Fundierung der Arbeit und einen vorausschauenden Umgang mit ihren Störungen. All dies könnten Hilfskräfte nicht leisten. Nach fünf Monaten in der Wohngemeinschaft habe sich herausgestellt, dass der Einsatz von Fachkräften sogar in einem noch höheren Umfang benötigt werde als anfangs veranschlagt. Ursprünglich sei der Einsatz von Fachkräften (pädagogische Fachkräfte und Heilerziehungspfleger) im Umfang von zwölf Stunden pro Woche geplant gewesen. Nach den bisherigen Erfahrungen habe sich der Bedarf an Fachkraftstunden pro Woche jedoch auf 20 Stunden erhöht. Insgesamt habe sich der ursprünglich veranschlagte und bei der Beklagten beantragte Bedarf an Betreuung auf 32 Stunden pro Woche (inklusive Hilfskräfte) erhöht. Aktuell könne sie aufgrund des geringen Budgets lediglich 21 Stunden pro Woche in Anspruch nehmen. Dies sei aber weiter nicht ausreichend. Sie habe einen Anspruch auf bedarfsdeckende Leistungen der Eingliederungshilfe. Nach Art. 19 Buchstabe a UN-BRK habe sie einen Anspruch darauf, dass ihr gewährleistet werde, dass sie gleichberechtigt die Möglichkeit habe, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie lebe und nicht verpflichtet sei, in besonderen Wohnformen zu leben. Sie habe einen Bedarf an Assistenz-, Betreuungs- und Förderleistungen im Umfang von insgesamt 40 Stunden pro Woche. Hiervon sollten zehn Stunden pro Woche durch eine pädagogische Fachkraft, zehn Stunden pro Woche durch einen Heilerziehungspfleger, acht Stunden pro Woche durch eine ergotherapeutische Hilfskraft, sechs Stunden pro Woche durch einen Heilerziehungspflegeschüler sowie sechs Stunden pro Woche durch einen FSJler bzw. Jahrespraktikanten erbracht werden. Hinzu komme die Notwendigkeit einer ständigen Nachtbereitschaft. Aufgrund der Nutzung der Synergieeffekte in der Wohngemeinschaft könne eine solche Nachtbereitschaft für 700,00 EUR pro Monat durch die Lebenshilfe gestellt werden. Die Kosten für die benötigten Leistungen beliefen sich damit aktuell auf insgesamt 5.928,80 EUR pro Monat. Das Vorgehen der Beklagten zur Ermittlung der Höhe des tatsächlichen Budgets berücksichtige nicht den tatsächlichen Bedarf. Die Hilfe habe dem Bedarf zu folgen. Dies sei von der Beklagten missachtet worden. Die Beklagte habe ermessensfehlerhaft die Höhe des Budgets nicht auf der Grundlage der tatsächlich von ihr benötigten Leistungen ermittelt, sondern lediglich – und das für die ambulante Versorgung völlig fiktiv – stationäre Sätze herangezogen. Maßgeblich wäre vielmehr die notwendige Ermittlung gewesen, zu welchem Preis sie auf dem freien Markt die von ihr benötigten Leistungen ambulant einkaufen könne. Der Beklagten seien die Kosten für die geeigneten und notwendigen Leistungen im Form der Leistungsberechnung vorgelegt worden. Auch sei vorgelegt worden, für welche Tätigkeiten die verschiedenen Fach- bzw. Hilfskräfte eingesetzt werden sollten. Hiermit habe sich die Beklagte nicht auseinandergesetzt. Stattdessen sei lediglich die pauschale Heranziehung von stationären Sätzen über die Bildung von Mittelwerten erfolgt. Die Berufung der Beklagten auf den Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII und die pauschale Bemessung des Budgets sei rechtsfehlerhaft und entspreche gerade nicht dem Individualisierungsgrundsatz. Die Beklagte verstoße gegen ihre Rechte nach der UN-BRK und nach dem SGB IX und SGB XII. In § 3 BudgetV sei vorgesehen, dass die notwendigen Leistungen auf der Grundlage des ermittelten Bedarfs nur unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 Abs. 1 SGB IX zu ermitteln seien. Auf dieser Grundlage der ermittelten notwendigen Leistung sei die notwendige Höhe des Persönlichen Budgets zu bestimmen. Hierbei müsse es dem Budgetnehmer möglich sein, die benötigten Leistungen tatsächlich auf dem Markt einkaufen zu können. Auch nach § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX, wonach die Hilfe dem Bedarf zu folgen habe, sei die konkrete Situation zugrundezulegen. Persönliche Budgets müssten danach so bemessen sein, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt werde und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen könne. Hier sei es im konkreten Fall nicht möglich, mit einem Budget in Höhe von 2.130,00 EUR die benötigten Leistungen einzukaufen. Eine Kostendeckelung des Budgets für erstmalig ambulant benötigte Leistungen in der Höhe von stationären Sätzen bedeute einen Verstoß gegen ihre Rechte. Ambulante und stationäre Leistungen seien insofern in keiner Weise vergleichbar. Dies betreffe bereits die Kostenstruktur und die Ermittlung der Sätze. Im ambulanten Bereich sei wesentlich, zu welchen Preisen die Leistung auf dem Markt verfügbar seien. In der Begründung des Gesetzentwurfes (Bundestags-Drucksache 15/1514, S. 72) heiße es ausdrücklich, dass bei Neufällen die Höhe des Gesamtbudgets die Kosten aller individuell erst festzustellenden Leistungen nicht überschreiten solle. Es heiße dort nicht etwa, dass die Höhe von stationären Vergütungssätzen nicht überschritten werden dürfte. Es sei allgemein bekannt, dass ambulante Leistungen anderen Berechnungsregelungen folgten als stationäre. Dies zeige sich auch darin, dass die Beklagte sich aufgrund der geringen Höhe des Budgets fehlerhaft darauf beschränkt habe, lediglich die Maßnahmepauschale als Vergleich heranzuziehen. Nach §§ 13 ff. des Rahmenvertrages nach § 79 SGB XII für Baden-Württemberg umfasse beispielsweise die Grundpauschale auch die Zubereitung von Getränken und Speisen, die Versorgung der persönlichen Wäsche der Bewohner, die Hausreinigung, die Leitung von Verwaltung sowie Steuern, Abgaben und Versicherung. Damit komme zum Ausdruck, dass der Berechnung von stationären Vergütungssätzen eine Kalkulation zugrunde liege, die nicht mit einer ambulanten Leistungsgewährung vergleichbar sei und daher nicht herangezogen werden könne. Dessen ungeachtet sei jedoch die Heranziehung von stationären Sätzen bereits vom Grundsatz her rechtsfehlerhaft. Sie habe zuvor keine anderen Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen. Das ambulante und inklusive Wohnprojekt sei komplett neu. Sie sei aus ihrem elterlichen Haushalt ausgezogen. Sie wolle nun erstmals auf eigenen Füßen stehen und benötige hierbei die notwendigen Förder-, Assistenz- und therapeutischen Leistungen. Das Bundessozialgericht (BSG) habe im Urteil vom 31. Januar 2012 (B 2 U 1/11 R) lediglich zu einem Sachverhalt Stellung genommen, in dem der Leistungsberechtigte zuvor bereits Leistungen bezogen habe. Danach solle der mit dem Persönlichen Budget verbundene Geldleistungsanspruch des behinderten Menschen jedenfalls im Regelfall nicht zu einer Kostensteigerung für die ansonsten gleichen Leistungen führen. Die Höhe des Gesamtbudgets solle danach im Einzelfall die Kosten aller ohne Budget zu erbringenden bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten. Hieraus folge, dass auf die gleiche Leistung abzustellen sei. Die gleiche Leistung in ihrem Fall existiere jedoch bisher nicht. Sie habe individuell noch keine Leistungen der Eingliederungshilfe von der Beklagten erhalten. Auch sei die ambulant betreute Wohngemeinschaft, die sie hier zusammen mit anderen hilfebedürftigen Menschen mit Behinderung gegründet habe, ein Novum. Die Beklagte habe auch noch keinerlei Leistungsvereinbarung mit einem Leistungserbringer über derartige ambulante Leistungen geschlossen. Ihre Wahl, in einer ambulanten Wohnform zu leben, sei von der Beklagten zu respektieren.

Die Beklagte ist der Klage unter Hinweis auf die Ausführungen in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid sowie im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes S 4 SO 5272/13 ER, auf die in ihren Akten enthaltenen Stellungnahmen des zuständigen Fallmanagers vom 11. Juli 2013 und vom 29. November 2013 sowie auf die Ausführungen des SG im Beschluss vom 16. Dezember 2013 im Verfahren S 3 SO 5272/13 ER entgegengetreten.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 15. Juli 2014 abgewiesen. Es schließe sich den zutreffenden Begründungen der angefochtenen Bescheide an. Der von der Klägerin geltend gemachte konkrete Anspruch könne sich nur im Fall einer Ermessensreduzierung auf Null ergeben. Für eine solche Ermessensreduzierung sei indes hier nichts ersichtlich. Die Entscheidung der Beklagten sei auch nicht ermessensfehlerhaft. Eine Ermessensreduzierung auf Null folge nicht aus dem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB XII und § 9 SGB IX, aus Art. 19 Buchstabe a UN-BRK und auch nicht aus dem Grundsatz "ambulant vor stationär". Eine Rechtsbindung der Beklagten und ein konkreter Leistungsanspruch der Klägerin sei aus all diesen Gesichtspunkten nicht herzuleiten. Die Annahme einer Ermessensreduzierung auf Null aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts würde voraussetzen, dass ermessensrelevante Gestaltungsaspekte, die dem Wunsch entgegenstünden, von diesem kategorisch verdrängt würden, was mit der eingeräumten Ermessenskompetenz indes nicht zu vereinbaren wäre. Bei der Ermessensentscheidung über die Leistung sei regelmäßig eine Gesamtwürdigung aller – auch wirtschaftlicher – Umstände erforderlich und der Wunsch des Leistungsberechtigten könne daher nur als Teilaspekt der Gesamtentscheidung Beachtung finden, der von der eingeräumten Verwaltungskompetenz, im Einzelfall Ermessen ausüben zu dürfen, aber nicht isoliert werden könne. Gleiches gelte für den völkerrechtlichen Einfluss auf die Verwaltungsentscheidung durch die UN-BRK und den von der Klägerin angestrengten Grundsatz "ambulant vor stationär". Auch diese begründeten lediglich einzelne Gesichtspunkte innerhalb der behördlichen Entscheidung. Die gesetzlich vorgesehene Gesamtwürdigung durch die Behörde vermöge diesen Einzelaspekt nicht auszuschließen. Die Entscheidung der Beklagten sei auch im Übrigen nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe die erheblichen Gesichtspunkte in der gebotenen Weise berücksichtigt und miteinander abgewogen. Insbesondere habe die Beklagte auch den Bedarf der Klägerin hinreichend ermittelt und innerhalb ihrer Entscheidung gewürdigt. Die Beklagte habe den MPD des KVJS zu einer ersten Stellungnahme aufgefordert, die unter dem 25. Oktober 2012 ergangen sei. Auf die von der Klägerin formulierten Einwände habe der MPD unter dem 1. März 2013 eine weitere Stellungnahme erstellt, die die Beklagte ebenfalls berücksichtigt habe. Die Bedarfsermittlung der Beklagten gebe daher keinen Anlass zu Beanstandungen.

Gegen den ihr am 18. Juli 2014 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 18. August 2014 Berufung eingelegt und die Klageanträge zu Ziffer 1 und 2 gestellt. Sie verfüge über ein qualifiziertes Feststellungsinteresse. Dieses begründe sich aus der Wiederholungsgefahr sowie aus einem Rehabilitationsinteresse aufgrund einer diskriminierenden Grundrechtsverletzung. Aufgrund des Ablaufs des Bewilligungszeitraums sei eine zeitliche Erledigung eingetreten. Streitig seien allerdings nach wie vor der Weg sowie die Art und Weise der Bestimmung der Höhe des Budgets und damit die Frage, wie die Beklagte ihr Ermessen mit der Auswahl der notwendigen und geeigneten Eingliederungshilfeleistung korrekt auszuüben habe. Das SG sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die Entscheidung, Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets zu gewähren, im Ermessen der Beklagten stehe. Die Erörterung des SG zu der Frage, ob eine Ermessensreduzierung auf Null vorliege, sei irrelevant. Sie habe zu keinem Zeitpunkt behauptet, dass eine Ermessensreduzierung auf Null vorliege. Sie behaupte lediglich, sie habe einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe im Umfang von mindestens 40 Stunden pro Woche durch einen Fachkräftemix, um ihren Bedarf zu decken und Ziele aus der Zielvereinbarung/dem Gesamtplan zu erreichen. Der Preis hierfür betrage 5.928,80 EUR inklusive Nachtwache. Es liege eine Grundrechtsverletzung aufgrund der Verletzung des Sozialstaatsprinzips nach Art. 3 Abs. 1, Art. 20 Abs. 3 und Art. 28 GG vor. Ferner liege über Art. 25 GG i.V.m. Art. 19 Buchstabe a UN-BRK eine Verletzung ihres Rechts vor, ihren Wohnort frei zu bestimmen. Es sei ein Gutachten über den im streitgegenständlichen Zeitraum bei ihr festzustellenden Bedarf und die voraussichtlich zur Bedarfsdeckung notwendigen Leistungen einzuholen. Selbstverständlich könnten sich diese Leistungen in einem Rahmen bewegen. Eine Ermessensreduzierung auf Null liege nicht vor, jedoch müsse dieser Rahmen ermessensfehlerfrei bestimmt werden. Das Vorbringen der Beklagten lasse erkennen, dass diese den Paradigmenwechsel von stationären Versorgungsformen zu selbständig organisierten, selbstbestimmten Lebensformen von Menschen mit Behinderungen nicht nachvollziehen und verinnerlichen könne. Es gehe ihr – der Klägerin – um die tatsächlich gelebte Inklusion, um Menschen mit Behinderung, die ganz im Sinne der UN-BRK ihre uneingeschränkte (rechtliche) Handlungsfähigkeit leben möchten und lebten und trotz schwerer Einschränkung selbst bestimmen möchten und bestimmten, wie sie ihr Leben gestalteten. Ein solches Wohnprojekt wie jenes, das sie mit ihren Mitbewohnern initiiert habe und lebe, erfordere ein striktes Umdenken weg von institutionalisierten Versorgungsformen hin zu uneingeschränkter Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit von Menschen mit Behinderung. Es erfolge eine Kooperation mit der Lebenshilfe B. gGmbH. Die Gemeinschaft der Bewohner sei jedoch unabhängig in ihrer Wahl bezüglich des Leistungserbringers. Die Lebenshilfe B. gGmbH sei nicht Träger der V ... Eine pauschalierende Einteilung in eine Hilfebedarfsgruppe dürfe keine Rolle spielen, sondern es sei der jeweilige individuelle Bedarf als Bemessungsgrundlage für etwaige Leistungen heranzuziehen. Nachdem sie der Beklagten eine Kostenaufstellung über die zu erwartenden Kosten der benötigten ambulanten Eingliederungshilfeleistungen zugesandt gehabt habe, habe sich die Beklagte auf keine Auseinandersetzung zu Fragen der Bepreisung oder zu den einzelnen angesetzten Leistungen eingelassen. Weder habe die Beklagte alternative und kostengünstige Versorgungsmöglichkeiten aufgezeigt noch seien die Preise von ihr in Frage gestellt worden. Die Beklagte habe sich in der weiteren Erörterung stets allein auf pauschale Bepreisungen nach stationären Vergleichssätzen berufen. Die Beklagte könne nicht den Beweis erbringen, dass es geeignete stationäre Einrichtungen, die den Bedarf der Klägerin decken könnten, in und um Freiburg gebe. Um diesen Beweis zu erbringen, wäre es notwendig, zunächst umfassend ihren Bedarf zu ermitteln und in einem zweiten Schritt zu überprüfen, ob der Bedarf mit den in der jeweiligen Einrichtung vorhandenen personellen und sachlichen Ressourcen gedeckt werden könne. Vor der Planung der Wohngemeinschaft in der V. habe sie sich mit ihren Eltern bereits verschiedene stationäre Einrichtungen angesehen. Jedoch sei keine dieser Einrichtungen für sie geeignet gewesen bzw. habe beispielsweise die Einrichtung "A. B." auch keinen Platz anbieten können. Um ihre Selbständigkeit zu erhalten und noch weiter zu fördern, sei das Eingebundensein in dem vertrauten Quartier von elementarer Bedeutung. In ihrem vertrauten Umfeld habe sie ein Maß der Selbständigkeit erreicht, das in einer stationären Einrichtung in einer anderen Wohnumgebung nicht mehr wieder aufgebaut werden könne, zumal dort personelle Ressourcen nicht zu Verfügung stünden, um sie im notwendigen Umfang zu fördern. Ganz wesentlich sei auch das ambulante Setting, um ihre Selbständigkeit zu fördern. Im ambulanten Setting sei sie viel mehr gefordert. Sie könne beispielsweise selbst ihre alltägliche Basisversorgung erlernen, indem sie selbst Einkäufe mit Begleitung tätige, sie weiter in ihrer Unabhängigkeit und Selbständigkeit gefördert werde und auch immer weiter lerne, selbständig Freizeitaktivitäten zu planen und durchzuführen. Bereits an der Lage der Einrichtung "A. B." lasse sich dies verdeutlichen, dass dies dort so nicht möglich sei. Die Wohnhäuser des B. lägen am Ortsrand von W., am Fuße des K ... Die Einbindung in die natürliche Umgebung sei zwar sehr schön, doch wäre es dort ihr nicht möglich, selbständiges Einkaufen zu erledigen. Dies gelte ebenso für die weiteren von der Beklagten aufgeführten Einrichtungen. Auch der Klageantrag zu Ziffer 2 sei zulässig. Wesentlich sei hier die Verknüpfung zwischen den notwendigen Leistungen und den Zielen der Eingliederungshilfe. In dem Verfahren zur Bestimmung des Persönlichen Budgets habe die Beklagte zwar mit ihr Ziele vereinbart, jedoch nicht die zur Erreichung der Ziele notwendigen Leistungen gewährt. In welchem zeitlichen und inhaltlichen Umfang sie die Leistungen der Eingliederungshilfe benötige, um die gesteckten Ziele zu erreichen, sei nach Rechtsauffassung der Beklagten irrelevant. Nach ihrer Ansicht sei demgegenüber die Bestimmung der Leistungen in ihrem zeitlichen Umfang und auch in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung, insbesondere in Bezug auf die Frage der Fachleistungsstunden, Dreh- und Angelpunkt der Auseinandersetzung. Mit Wirkung für die Zukunft könne das Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten erst dann befriedet werden,

wenn der Beklagten die Verpflichtung zur konkreten Leistungsermittlung auferlegt werde, indem festgestellt werde, dass bestimmte Leistungen in einem gewissen Umfang zu gewähren seien. Diese Feststellung werde nicht bereits mit der Entscheidung über den Klageantrag zu Ziffer 1 getroffen. Zuzugeben sei der Beklagten allerdings, dass mit der Entscheidung über den Klageantrag zu Ziffer 2 noch nicht über den Mehrkostenvorbehalt und die Deckelung des Persönlichen Budgets entschieden sei. Auf Grund dessen stelle sie ergänzend die Anträge zu Ziffer 3 und 4. Ausgangspunkt jeglicher Leistungsgewährung sei die Bedarfsermittlung. Es müsse eine Bedarfsermittlung in individualisierter Form und unabhängig von dem Metzler-Verfahren erfolgen. Die Bedarfsfeststellung habe auch für Leistungen nach dem SGB XII auf der Grundlage des § 10 Abs. 1 SGB IX und auf Grundlage der BudgetV zu erfolgen. Die maßgeblichen Normen des SGB IX, insbesondere § 10 SGB IX, seien nicht deswegen unanwendbar, weil nur ein einzelner Leistungsträger am Budget beteiligt sei. Der Bedarf der antragstellenden Person mit Behinderung sei individuell und umfassend zu ermitteln. Mit dem von der Beklagten bzw. vom KVJS verwendeten HMB-W-Verfahren (Metzler-Verfahren) könnte ihr Bedarf nur zum Teil beschrieben werden, was zu einem fehlerhaften Verständnis führe, da die Bedarfe nur unvollständig beschrieben werden könnten. Als geeignete aktuelle wissenschaftliche Grundlage komme zur Ermittlung und Beschreibung der Bedarfe der ICF grundlegende Bedeutung zu. Die Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen, wie sie im Landesrahmenvertrag vorgesehen sei, sei für die Bedarfsermittlung irrelevant. Sie diene der Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Bedarf nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII. Sie begehre allerdings keine Leistung, die nach einer Maßnahmepauschale beschrieben und bemessen sei. Allenfalls wäre die Beklagte berechtigt, zu Zwecken eines Kostenvergleiches auf Grund des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX oder auf Grund des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII eine Hilfebedarfsgruppe für die Klägerin zu bestimmen. Die Beklagte habe weder ihre Einwände gegen die Bedarfsfeststellung hinreichend berücksichtigt noch sei eine umfassende und individuelle Feststellung der Hilfebedarfe unmöglich. Im Übrigen sei die Eingruppierung in Hilfebedarfsgruppe 4 fehlerhaft. Nach dem HMB-W-Verfahren sei sie in Hilfebedarfsgruppe 5 einzugruppieren. Die in §§ 53 ff. SGB XII geregelten Leistungen seien nicht von vorherein an das Leistungserbringungsrecht gekoppelt. Das Leistungserbringungsrecht der §§ 75 ff. SGB XII stehe an gesonderter Stelle und sei gesondert zu beurteilen. Erst nach der Bestimmung des Leistungsanspruches könne ermittelt werden, ob Leistungen durch vereinbarungsgebundene oder vereinbarungsungebundene Einrichtungen und Dienste erbracht werden könnten und ob gegebenenfalls ein Anspruch auf eine Einzelvereinbarung gemäß § 75 Abs. 4 SGB XII bestehe. Würde die Frage, ob sie auch die Leistung eines vereinbarungsungebundenen Leistungserbringers in Anspruch nehmen könne, verneint, so würde das für sie wegen ihres hohen Hilfebedarfs automatisch bedeuten, dass ihr das selbstbestimmte Leben in der eigenen Wohnung/Wohngemeinschaft verwehrt werde und ihr lediglich das Leben in stationären Einrichtungen offenstehe. Das BSG habe im Urteil vom 30. November 2011 (B 11 AL 7/10 R – juris Rdnr. 28) ausgeführt, dass dem Persönlichen Budget die Vorstellung zu Grunde liege, dem Leistungsberechtigten ein selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen. Der Berechtigte solle in die Lage versetzt werden, die für ihn notwendigen Leistungen selbst zu bestimmen und sich Freiheit zu verschaffen. Die Budgetnehmer dürften nicht zwingend verpflichtet werden, Leistungen nur von vereinbarungsgebundenen Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, zumal wenn dadurch die Freiheitsrechte zur Bestimmung des Aufenthaltsortes und zur Wahl der Wohnform nach Art. 19 Buchstabe a UN-BRK eingeschränkt würden. Sie hätte auch einen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Abschluss einer Einzelvereinbarung nach § 75 Abs. 4 SGB XII. Die Leistungserbringung durch vereinbarungsgebundene Leistungserbringer sei sowohl objektiv als auch subjektiv unmöglich. Objektive Unmöglichkeit bestehe bereits deshalb, weil der Bedarf einer selbstbestimmten Lebensführung, welche ihren Verbleib im bisherigen Quartier voraussetze, nicht durch vereinbarungsgebundene Träger gedeckt werden könne. Ihr Verbleib im Quartier sei aber zur Erreichung des Ziels der selbstbestimmten Lebensführung notwendig. Ihre weiteren Bedarfe, vor allem auf Grund ihrer psychiatrischen Erkrankung, könnten nicht in gleichem Maße in einer stationären Einrichtung gedeckt werden. Außerdem dürfe der Grundsatz "ambulant vor stationär" sowie Art. 19 Buchstabe a UN-BRK nicht unterlaufen werden. Die Wahl der Wohnform – ambulant oder stationär – sei uneingeschränkt zu akzeptieren. Im Übrigen sei die Unterbringung in einer stationären Einrichtung für sie auch unzumutbar. Es bestehe auch keine Notwendigkeit eines Leistungsangebotes nach § 76 SGB XII. Die wäre eine Forderung, die ganz eindeutig zu der Leistungsform des Persönlichen Budget im Gegensatz stünde. Der Mehrkostenvergleich nach § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII könne unter Berücksichtigung der UN-BRK nicht mehr zu Anwendung kommen. Hilfsweise würde jedoch die UN-BRK in die Frage der Beurteilung der Zumutbarkeit der Unterbringung in einer stationären Einrichtung einfließen. Die Regelung des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX schließlich sei für die Situation gedacht, in der ein behinderter Mensch bereits seinen gesamten behinderungsbedingten Bedarf an Leistungen zur Teilhabe im Sach- und Dienstleistungssystem decke und die Form der Leistungserbringung auf ein Budget umgestellt werde. In dieser Situation solle keine Mehrbelastung des Rehabilitationsträgers eintreten. Das Risiko einer weniger wirtschaftlichen Leistungserbringung außerhalb des Sach- und Dienstleistungssystems liege dann beim Budgetnehmer. Nicht anwendbar sei § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX aber, wenn ein behinderter Mensch alle oder einzelne Leistungen zur Teilhabe erstmalig sogleich als Budget beantrage. Dann lägen keine bisher festgestellten Leistungen vor. Unter den Vorzeichen des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX könnte für Neufälle allenfalls dann eine Deckelung vorgenommen werden, wenn vergleichbare Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden könnten, mit denen der Bedarf des Betroffenen gedeckt werden könne. Hier habe die Beklagte noch nicht einmal ihren Bedarf umfassend ermittelt. Wie solle sie dann beurteilen, welche Sachleistungen vergleichbar seien.

Die Klägerin beantragt (teilweise sachgerecht gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 15. Juli 2014 aufzuheben und 1. festzustellen, dass der Bescheid der Beklagten vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013 rechtswidrig ist und sie in ihren Rechten verletzt, 2. festzustellen, dass sie im streitgegenständlichen Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 31. Mai 2014 einen Bedarf im Sinne von § 10 SGB IX für Teilhabeleistungen im Umfang von mindestens 40 Stunden pro Woche in ihrer selbstverantworteten Wohngemeinschaft hatte, um die im Gesamtplan Teil III und Teil IV vom 8. April 2013 festgehaltenen Ziele zu erreichen, 3. festzustellen, dass für sie eine Leistung für eine stationäre Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII unzumutbar ist, da die von ihr gewählte selbstbestimmte Wohn- und Lebensform in einer Wohngemeinschaft uneingeschränkt zu akzeptieren ist, 4. festzustellen, dass die Deckelung des ihr zu gewährenden Persönlichen Budgets für die zu gewährenden Eingliederungsleistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Höhe einer in stationären Behinderteneinrichtung zu gewährenden Maßnahmenpauschale rechtswidrig ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Ansicht, dass die Berufung nur hinsichtlich des Klageantrages zu 1 zulässig sei. Die Klägerin könne aufgrund des Zeitablaufes und der tatsächlichen Erledigung des Begehrens bezogen auf den streitgegenständlichen Zeitraum ihr bisheriges Klageziel nur im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage verfolgen. Diese sei auch zulässig, da die Klägerin jedenfalls ein berechtigtes Interesse an

der Feststellung habe, ob die Bewilligung eines auf die Kosten einer stationären Sachleistung gedeckelten Persönlichen Budgets rechtmäßig gewesen sei. Der Antrag zu 2 sei unzulässig, weil die Klägerin festgestellt haben möchte, dass ein bestimmter Bedarf bestanden habe. Ein Feststellungsinteresse entfalle, da die Klägerin keinen Anspruch auf Bedarfsfeststellung aus § 10 SGB IX herleiten könne, sie – die Beklagte – vielmehr die sozialhilferechtlichen Bedarfe nach § 9 SGB XII ihren Leistungen zugrundezulegen habe. Dies gelte auch dann, wenn eine Koordination nach § 10 SGB IX zu gewährleisten sei, denn die Träger sicH. nach § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX das Verfahren entsprechend dem "jeweiligen" Bedarf; die Kooperation ändere indes nichts daran, dass jeder Träger seinem eigenen Leistungssystem verpflichtet bleibe. Im Übrige stehe aber vorliegend kein trägerübergreifendes Persönliches Budget im Raum, so dass § 10 SGB IX ohnehin nicht einschlägig sei. Weiter handele es sich bei dem Klageantrag nach Ziffer 2 um eine Elementenfeststellungsklage, die nur im Ausnahmefall zulässig sei. Eine ausnahmsweise Zulässigkeit komme nicht in Betracht, da durch die begehrte Feststellung der Rechtsstreit nicht entfallen würde. Selbst wenn das Gericht einen Bedarf von 40 Stunden Teilhabeleistungen bei ambulanter Versorgung in der Wohngruppe feststellte, wäre über die Frage der Deckelung des Persönlichen Budgets und den Mehrkostenvorbehalt noch nicht entschieden. Soweit die Klage zulässig sei, sei sie aber nicht begründet. Die persönliche Anspruchsberechtigung der Klägerin auf Teilhabeleistungen sei unstreitig. Im Streit stünden jedoch insbesondere die Rechtsgrundlage und das Verfahren der Bedarfsfeststellung. Der Ansatz der Klägerin, ihr Bedarf richte sich nach § 10 SGB IX und sei anhand der International Classification of Disability, Function and Health (ICF) zu bestimmen, gehe fehl. Zum einen liege kein trägerübergreifendes Persönliches Budget vor, für das allein § 10 SGB IX einschlägig wäre. Zum anderen enthalte § 10 SGB IX keinen eigenständigen Bedarfsbegriff. Die Feststellung des sozialhilferechtlichen Bedarfs erfolge anhand der gesetzlichen Regelung des § 9 Abs. 1 SGB XII. Für das Verfahren betreffend die Ermittlung des sozialhilferechtlichen Bedarfs der Klägerin sei von Bedeutung, dass der Sozialhilfeträger die in § 8 SGB XII katalogartig erwähnten und – für den vorliegenden Fall – in §§ 53 ff. SGB XII konkretisierten Leistungen zur Deckung des Bedarfs in der Regel nicht selbst erbringe, sondern aufgrund des in § 75 Abs. 2 SGB XII verankerten Subsidiaritätsprinzips durch Einrichtungen und Dienste erbringen lasse, mit denen er gemäß §§ 75 ff. SGB XII entsprechende Vergütungsvereinbarung zu schließen habe. Die Feststellung des sozialhilferechtlichen Bedarfs erfolge nach § 9 Abs. 1 i.V.m. § 79 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII i.V.m. den einschlägigen Landesrahmenverträgen. Für sie – die Beklagte – sei insoweit der Rahmenvertrag Baden-Württemberg nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 in der aktualisierten Fassung vom 22. November 2012 einschlägig. Dementsprechend erfolge die Feststellung des sozialhilferechtlichen Bedarfs wie im Landesrahmenvertrag als Regel vorgesehen durch die Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen nach dem sogenannten HMB-W-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen) durch den MPD des KVJS. Das ICF-Verfahren sei Bestandteil des HMB-W-Verfahrens. Sie habe den sozialhilferechtlichen Bedarf nach diesen Maßgaben feststellen lassen. Hiervon sei auch im Rahmen eines Verfahrens zum Persönlichen Budget nicht abzuweichen. Der Leistungsträger müsse zunächst eigenständige Feststellungen zum Bedarf in den sie betreffenden Leistungsbereichen treffen, was sie mit der Begutachtung durch den MPD anhand des HMB-W-Verfahrens getan habe. § 3 Abs. 3 BudgetV begründe lediglich einen Anspruch auf Beratung der bereits getroffenen Feststellungen zum Bedarf. Dem Wortlaut nach setze der Beratungsanspruch also erst nach Abschluss des jeweiligen Feststellungsverfahrens zum Bedarf ein. Die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung seien ausführlich mit der Klägerin diskutiert und beraten worden. Einwände gegen die Bedarfsfeststellung seien dem MPD zur Stellungnahme zugesandt und die hierauf erfolgte Stellungnahmen des MPD wiederum von ihr berücksichtigt worden. Ungeachtet der Tatsache, dass die Klägerin ein entsprechender Rechtsanspruch nicht zustehe, hätten sich die Klägerin und sie – die Beklagte – im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes in einem am 1. Juli 2014 geschlossenen Vergleich darauf verständigt, eine neue Begutachtung durch den MPD zu beauftragen und zwar im ambulanten Stundensetting, entsprechend dem vom Leistungserbringer Lebenshilfe angewandten Vergütungssystem. Mit Schreiben vom 27. Oktober 2014 habe der KVJS mitgeteilt, dass eine entsprechende Begutachtung nicht möglich sei, da das HMB-W-Verfahren keine Aussagen zu Zeitbedarfen und Personalschlüsseln treffe. Anders als in der Pflegeversicherung stünden keine Richtwerte für die Zeitbemessung bei Leistungserbringung zur Verfügung. Die von der Klägerin geforderte Feststellung des Hilfebedarfs nach ICF sei nicht möglich, da das ICF kein Erhebungsinstrument zur Feststellung der Hilfebedarfsgruppe sei. Damit bestehe nicht nur kein Rechtsanspruch auf die von der Klägerin begehrte Durchführung der Feststellung des Hilfebedarfs, sie sei auch tatsächlich nicht möglich. Die Stundenaufstellungen der Leistungserbringerin seien auch nicht geeignet, einen sozialhilferechtlich relevanten Bedarf zu belegen. Zum einen lasse sich nicht nachvollziehen, wie der Personaleinsatz geplant sei, wer die Leistungen wann erbringe, wie sich Synergieeffekte auswirkten und wie die Leistungen der Eingliederungshilfe jeweils von den pflegerischen Leistungen abzugrenzen seien. Zum anderen ergäben auch die Mängel in der Abrechnung des Pflegedienstes, dass die Leistungserbringerin andere Auffassungen hinsichtlich der Notwendigkeit von Verrichtungen habe als im gesetzlichen Leistungssystem vorgesehen sei. Die Klägerin habe für sich eine Wohnform gesucht, innerhalb derer sie ambulant betreut werden wolle. Es sei deshalb hinsichtlich der Art der Bedarfsdeckung zu entscheiden gewesen, ob die von der Klägerin begehrte Form des betreuten ambulanten Wohnens als Sachleistung zu gewähren gewesen wäre. Dies sei indessen nicht der Fall. Sie – die Beklagte – sei bei der Prüfung des Sachleistungsanspruches in nicht zu beanstandender Weise davon ausgegangen, dass diese sich an der Systematik der §§ 75 ff. SGB XII messen lassen müsse. Weiter sei sie davon ausgegangen, dass der Landesrahmenvertrag zur Eingliederungshilfe nach § 79 SGB XII zwar einen Anspruch der Klägerin nicht ausschließe, der Grundsatz "ambulant vor stationär" jedoch keinen Anspruch auf Schaffung ambulanter Angebote beinhalte und deshalb zu prüfen gewesen sei, ob eine Bedarfsdeckung in der angestrebten ambulanten Ausgestaltung von der Leistungspflicht nach der Systematik der § 75 ff. SGB XII umfasst gewesen wäre. Da die Leistungserbringerin vorliegend nicht vereinbarungsgebunden sei, hätte im Sachleistungsrecht kein Anspruch auf Übernahme der Vergütung bestanden, denn die Bedarfsdeckung durch vereinbarungsgebundene Leistungserbringer wäre sowohl möglich wie auch zumutbar gewesen. Im Übrigen sei kein Leistungsangebot nach § 76 SGB XII vorgelegt worden. Die Sozialhilfeträger seien gemäß § 79 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII berechtigt, innerhalb der jeweiligen Leistungstypen mit den Trägern der Einrichtungen Rahmenverträge zu schließen, die neben der Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Bedarf auch die Vergütungspauschalen nach § 76 Abs. 2 SGB XII beträfen, hierunter auch den Inhalt und die Kriterien für die Zusammensetzung der Maßnahmenpauschalen. Für sie – die Beklagte – sei insoweit der Rahmenvertrag Baden-Württemberg nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 in der aktualisierten Fassung vom 22. November 2012 einschlägig. Nach Anlage 1 zu § 5 des Landesrahmenvertrages sei Eingliederungshilfe in Form des ambulant betreuten Wohnens zwischen den Vertragspartnern des Rahmenvertrages lediglich bis zu einer Einstufung in Hilfebedarfsgruppe 3 vorgesehen. Der Landesrahmenvertrag sehe keinen Leistungstyp des ambulant betreuten Wohnens bei Hilfebedarfsgruppe 4, wie er von der Klägerin gewollt sei, vor. Der Landesrahmenvertrag könne aber keine Regelung zu Lasten Dritter treffen. Er habe nur ermessenslenkende Funktion, soweit er den Abschluss von Vereinbarungen nach § 75 SGB XII betreffe. Mithin sei der Anspruch auf betreutes ambulantes Wohnen in Hilfebedarfsgruppe 4 nicht deshalb ausgeschlossen, weil sich eine entsprechende Leistung nicht im Landesrahmenvertrag befinde. Da mit der Leistungserbringerin eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII über Eingliederungshilfe in ambulanter Ausgestaltung bei Hilfebedarfsgruppe 4 jedoch nicht bestehe und eine Vergütungspflicht nach § 75 Abs. 4 SGB XII vorliegend ebenfalls zu verneinen sei, wäre sie auch nicht verpflichtet gewesen, die ambulante Leistung als Sachleistung zu gewähren. Zwar hätten nach § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII ambulante Leistungen Vorrang vor stationären Leistungen. Im Rahmen der Sozialhilfe sei aber grundsätzlich nicht das maximal mögliche, sondern das notwendige, angemessene, vertretbare, der Mindestbedarf, das bescheidene Lebensführungsniveau, die angemessene Wunschäußerung usw. sicherzustellen (Hinweis auf Luthe in Hauck/Noftz, SGB XII, § 10 Rdnr. 41).

Die Sozialhilfe habe deshalb nur Leistungen zu gewähren, die zur Erreichung des Ziels einer selbstbestimmten Lebensführung unabdingbar seien und die deshalb als "Mussleistungen" ausgestaltet seien (Hinweis auf Coseriu in jurisPK-SGB XII, § 17 Rdnr. 9). Die Eingliederungshilfe im Bereich Wohnung und der Teilhabe am kulturellen Leben sei bei wesentlicher geistiger und seelischer Behinderung grundsätzlich unabdingbar. Bei fehlender Vereinbarung mit dem Leistungserbringer sei sie aber nicht in einer ambulanten Ausgestaltung zu gewährleisten. Voraussetzung ambulanter Leistung sei, dass ambulante Hilfe auf Grund der gesetzlichen Regelungen auch gewährt werden könne. Aus dem Vorrang ambulanter Leistungen sei kein Gewährleistungsanspruch abzuleiten, der die Sozialhilfeträger zur Schaffung ambulanter Hilfen verpflichten würde. Auch soweit eine ambulante Versorgung des Leistungsempfängers zwar theoretisch möglich sei, aber faktisch nicht durchgeführt werden könne, seien die an sich nachrangigen Leistungen zu erbringen. Tatsächlich werde auf dem für die Beteiligten einschlägigen Markt der Leistungserbringer Betreuung in der Hilfebedarfsgruppe 4 in ambulanten Wohnformen, wie sie der Klägerin vorschwebten, nur von der Lebenshilfe B. angeboten. Die Lebenshilfe B. habe für dieses Leistungsangebot keine Vergütungsvereinbarung mit ihr geschlossen. Damit wäre vorliegend eine ambulante Versorgung der Klägerin zwar theoretisch möglich. Die gesetzliche Systematik der Leistungserbringung in §§ 75 ff. SGB XII gestatte dem Sozialhilfeträger allerdings nur dann eine entsprechende Sachleistungserbringung, wenn die Voraussetzungen des § 75 Abs. 4 SGB XII erfüllt wären. Die rechtliche stehe dabei der faktischen Möglichkeit der Leistungserbringung gleich, denn der Sozialhilfeträger sei den gesetzlichen Regelungen des SGB XII nicht zuletzt auf Grund des Gleichbehandlungsgebotes und seiner Gesamtverantwortung für das Leistungssystem der Sozialhilfe verpflichtet. Die Vergütung für eine Leistungserbringung durch eine vereinbarungsungebundene Leistungserbringerin hätte sie nur dann übernehmen müssen, wenn diese nach den Grundsätzen des § 75 Abs. 4 SGB XII geboten gewesen wäre. Voraussetzung sei hierbei, dass die Leistung durch diese Einrichtung im Einzelfall geboten wäre. Die Frage, ob eine Leistung stationär oder ambulant zu erbringen sei, sei eine Frage der Art der Bedarfsdeckung und nicht etwa eine Frage des Bedarfs selbst. Damit sei aber im Rahmen der Frage der Unmöglichkeit der Bedarfsdeckung das Augenmerk auch auf stationäre Einrichtungen zu lenken. Denn der Sozialhilfeträger habe nicht für eine optimale, sondern nur für eine bedarfsgerechte Versorgung zu sorgen. Die behinderungsbedingten sozialhilferechtlich zu deckenden Bedarfe der Klägerin im Bereich der Eingliederungshilfe könnten vorliegend auch von vereinbarungsgebundenen Leistungsträgern erbracht werden – bei stationärer Unterbringung nämlich unter anderem durch die bereits genannten Einrichtungen. Die Bedarfsdeckung durch eine vereinbarungsgebundene stationäre Einrichtung sei der Klägerin auch nicht unzumutbar. Der Klägerin sei die stationäre Unterbringung, insbesondere in der Einrichtung "A. B.", zumutbar. Weiter wäre eine Vergütungspflicht nach § 75 Abs. 4 Satz 2 SGB XII von der Vorlage eines Leistungsangebotes des Leistungserbringers entsprechend § 76 SGB XII abhängig gewesen. Ein entsprechendes Angebot sei ihr zu keinem Zeitpunkt vorgelegt worden. Nach § 76 Abs. 2 SGB XII wären beispielsweise auch Maßnahmenpauschalen auszuweisen gewesen. Die in Frage kommenden Leistungen seien jedoch jeweils nur im Stundensetting ausgewiesen worden, gerade dies entspreche aber nicht der gesetzlich vorgeschehenen Vergütungssystematik. Es sei auch etwa nicht nachvollziehbar, wie der Sprung von einer Monatspauschale der Leistungsanbieterin von 1.325,44 EUR in Hilfebedarfsgruppe 3 zu einem Betrag nach Stunden von rund 6.000,00 EUR in Hilfebedarfsgruppe 4 begründet sein sollte. Im Übrigen bestünde ein Anspruch der Klägerin auf Eingliederungshilfe im beantragtem Umfang und im ambulanten Setting im Rahmen einer Sachleistung auch auf Grund des Mehrkostenvorbehaltes nicht. Die von der Klägerin geltend gemachten Beträge für Eingliederungshilfe beliefen sich auf mehr als das Doppelte von dem, was sie – die Beklagte – für Eingliederungshilfeleistungen und Pflege bei einer stationären Unterbringung zu entrichten hätte. In der Einrichtung "A. B." hätte die Klägerin für rund 2.200,00 EUR monatlich Eingliederungshilfeleistungen beziehen können. Der bei stationärer Unterbringung aufzuwendende Betrag sei damit um mehr als 100 Prozent niedriger als derjenige, den die Klägerin geltend mache. Der geltend gemachte Betrag sei damit evident unverhältnismäßig. Ferner solle nach § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne dass Persönliche Budget zu erbringender Leistungen nicht überschreiten. Da es sich hier um eine Sollvorschrift handle, sei sie hieran gebunden. Ein Ermessensspielraum bestehe nicht, ein Abweichen sei nur im Ausnahmefall möglich. Die Lebenshilfe B. sei über ihre Zugehörigkeit zum Paritätischen Wohlfahrtsverband an den Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII im Bereich der Eingliederungshilfe gebunden. Sie habe mit ihr eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII für das ambulant betreute Wohnen für erwachsene Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung geschlossen. Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Förderbedarfen, je nach Schweregrad der Behinderungsausprägung, würden die Leistungen nach Hilfebedarfsgruppe 1 bis 3 gewährt. Die Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII in der Fassung vom 31. Oktober 2011 mit der Lebenshilfe B. weise zuletzt in der Hilfebedarfsgruppe 1 eine Monatspauschale von 530,17 EUR, in der Hilfebedarfsgruppe 2 eine Monatspauschale von 757,40 EUR und in der Hilfebedarfsgruppe 3 eine Monatspauschale von 1.325,44 EUR aus. Eine Vereinbarung für die Hilfebedarfsgruppen 4 und 5 bestünde im Bereich des ambulant betreuten Wohnens mit ihr nicht. Die Lebenshilfe B. habe im November 2013 zur Betreuung des Wohnprojektes V. einen Pflegedienst gegründet, für den sie mit "der Pflegekasse" Versorgungsverträge nach dem SGB XI geschlossen habe. Im Bereich der Stadt F. existierten auch sonst keine Leistungsangebote für ambulant betreutes Wohnen für die Hilfebedarfsgruppen 4 und 5. In den Landkreisen R.-M.-Kreis, K., R. und S. existierten demgegenüber Vereinbarungen zu höheren Hilfebedarfen im ambulanten Bereich für geistig und körperlich behinderte Menschen. Die Vergütungen für Hilfebedarfsgruppe 4 liege bei 1.851,00 Euro (Landkreis R.) und 2.038,56 Euro (Landkreis S.). In und um Freiburg fänden sich geeignete stationäre Einrichtungen, die den Bedarf der Klägerin decken könnten. In erster Linie handele es sich um die Einrichtung "A. B." in W., deren Förderbereich die Klägerin werktäglich besuche. Die Einrichtung sei rund 20 km von F. entfernt. Geeignete Einrichtungen seien ferner die Häuser St. K. oder W. in F., das St. J.haus in H. bei L. und die Einrichtungen der C. in K. und M ... Die Kosten im Sachleistungsbereich beliefen sich nach den Vereinbarungen gemäß §§ 75 SGB XII ff. für die tägliche Vergütung der Maßnahmenpauschale bei Hilfebedarfsgruppe 4 bei diesen Einrichtungen auf Beträge zwischen 59,88 EUR und 82,04 EUR täglich. Die täglichen Gesamtkosten bei stationärer Unterbringung ergäben sich aus der Investitionspauschale (Investitionskostenbetrag), der Grundpauschale (Unterkunftsbetrag) und der Maßnahmenpauschale. Die Gesamtkosten bei stationärer Unterbringung beliefen sich in den Einrichtungen in W., H. und K. sowie im Haus W. auf Beträge zwischen 85,02 EUR und 110,32 EUR (täglich) bzw. 2.635,62 EUR bis 3.419,92 EUR (monatlich bei 31 Tagen). Die Maßnahmenpauschalen erfassten auch Pflegeleistungen, während im ambulanten Bereich die Leistungen der Pflege und die der Eingliederungshilfe getrennt voneinander abgerechnet würden. Zugunsten der Klägerin, die zusätzlich Pflegeleistungen bezöge, sei hinsichtlich der Vergütung für vergleichbare Leistungen der Eingliederungshilfe die durchschnittliche, aber gesamte Maßnahmenpauschale herangezogen worden. Sie – die Beklagte – habe einen Durchschnitt hinsichtlich der Vergütungen in geeigneten Einrichtungen gebildet, der sich aufgerundet auf 70,00 EUR täglich belaufen habe und habe diesen täglich um 5,00 EUR aufgestockt, da sich die Klägerin innerhalb der Punktebandbreite der Bedarfsgruppe 4 im oberen Bereich befunden habe. Der Klägerin seien zudem Grundsicherungsleistungen gewährt worden. Insgesamt seien von ihr der Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum Leistungen in Höhe von rund monatlich 1.800,00 EUR für die Förder- und Betreuungsgruppe A. B., 200,00 EUR Fahrdienst, 970,00 EUR Grundsicherung, 2.700,00 EUR Persönliches Budget zum ambulant betreuten Wohnen sowie 500,00 EUR bis 1.000,00 EUR monatlich für Pflege gewährt worden. Die Beklagte hat zuletzt darauf hingewiesen, dass zum 1. Januar 2018 Teile des Bundesteilhabegesetzes in Kraft getreten seien und unter anderem in § 13 SGB IX in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes geregelt seien; ab dem 1. Januar 2020 werde die Regelung durch § 118 SGB IX ergänzt. Umkehrschluss aus diesen Regelungen sei, dass sie – die Beklagte – mit der über die

Regelung des § 79 SGB XII i.V.m. mit dem Rahmenvertrag vorgesehenen Methode der individuellen Bedarfsfeststellung den bisherigen gesetzlichen Anforderungen Genüge getan habe und weiterhin tue. Die Wohngruppe der Klägerin sei im Übrigen mit einer stationären Einrichtung vergleichbar. Zwischen der Lebenshilfe F. e.V. als Leistungserbringerin der Assistenzleistungen und der Genossenschaft V. bestünden familiäre und persönliche Verknüpfungen. Die Unabhängigkeit von Mietvertrag und Assistenzvertrag sei damit im Wesentlichen rein formell und stehe einer Vergleichbarkeit mit einer stationären Einrichtung nicht im Wege.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogenen Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

A. Die gemäß § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte (§ 124 Abs. 2 SGG), ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere bedurfte die Berufung nicht der Zulassung, da die Klägerin ursprünglich höhere Leistungen von mehr als 750,00 Euro begehrt hat (vgl. § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG), nämlich ein um 3.228,80 Euro monatlich höheres Persönliches Budget (5.928,80 Euro statt 2.700,00 Euro) und nunmehr die Feststellung begehrt, dass die entsprechende Leistungsablehnung rechtswidrig war.

B. Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013, soweit damit die beantragte Gewährung eines höheren Persönlichen Budgets – höher als 2.700,00 Euro pro Monat – für Juni 2013 bis Mai 2014 abgelehnt worden ist.

C. Die Berufung der Klägerin ist teilweise begründet. Das SG hat die Klage teilweise zu Unrecht abgewiesen. Die Klage ist zwar teilweise unzulässig, im zulässigen Umfang aber auch begründet.

I. Die Klage ist nur teilweise zulässig.

1. Die Klage ist hinsichtlich des Antrages festzustellen, dass der Bescheid der Beklagten vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013 rechtswidrig ist und die Klägerin in ihren Rechten verletzt, als Feststellungsklage zulässig.

a) Die Klage ist insofern allerdings entgegen der Auffassung der Beteiligten nicht als Fortsetzungsfeststellungsklage statthaft.

Nach § 131 Abs. 1 Satz 3 SGG kann mit der Klage die Feststellung der Rechtswidrigkeit eines zurückgenommenen oder auf andere Weise erledigten Verwaltungsaktes begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an dieser Feststellung hat. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor, weil es an einem den Verwaltungsakt erledigenden Ereignis fehlt. Die im Bescheid vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. August 2013 von der Beklagten getroffene Regelung über die Ablehnung höherer Leistungen hat sich insbesondere nicht allein durch Zeitablauf auf sonstige Weise im Sinne des § 39 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) erledigt. Die von der Entscheidung ausgehende Beschwer für die Klägerin entfällt weder mit Ablauf des ursprünglichen Bewilligungszeitraums des Persönlichen Budgets zum 31. Mai 2014 noch dadurch, dass die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum keine höheren Ausgaben hatte als ihr durch das Persönliche Budget bewilligt worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 24. März 2015 – B 8 SO 22/13 R – juris Rdnr. 10; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 16; anders LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 12. August 2013 – L 23 SO 17/13 B PKH – juris Rdnr. 19). Denn weder ist der Regelungsgegenstand des Bescheids damit entfallen, noch ist die Ausführung seines konkludenten Verfügungssatzes (keine weiteren Leistungen zu zahlen) rechtlich oder tatsächlich unmöglich geworden (vgl. BSG, Urteil vom 24. März 2015 – B 8 SO 22/13 R – juris Rdnr. 10).

b) Die Klage ist indes als Feststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG statthaft.

Nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann (nur) die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2017 – B 8 SO 2/16 R – juris Rdnr. 14). Nach dieser Norm kann auch die Feststellung begehrt werden, dass ein Verwaltungsakt rechtswidrig ist und den Betroffenen in eigenen Rechten verletzt (vgl. aber auch BSG, Urteil vom 24. März 2015 – B 8 SO 22/13 R – juris Rdnr. 11), sofern dem nicht die Subsidiarität der Feststellungsklage entgegensteht, also der Kläger die Möglichkeit hat, seine Rechte mit einer Gestaltungs- oder Leistungsklage zu verfolgen (BSG, Urteil vom 8. Mai 2017 – B 2 U 3/06 R – juris Rdnr. 21).

Nach diesen Maßstäben kann die Klägerin zulässigerweise die Feststellung begehren, dass die Entscheidung der Beklagten über das Persönliche Budget rechtswidrig ist, weil sie im erstinstanzlichen Verfahren die aus ihrer Sicht relevanten Streitfragen zu dem Rechtsverhältnis der Beteiligten eindeutig dargelegt hat (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 16). Ihr Feststellungsinteresse liegt in der Wiederholungsgefahr der rechtswidrigen Leistungserbringung für Folgezeiträume, die nach dem Standpunkt der Beklagten (auch im Berufungsverfahren) nach § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung (a.F.; vgl. auch § 29 SGB IX in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung) auf die Kosten einer stationären Unterbringung der Klägerin begrenzt sein sollen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 16).

Der Zulässigkeit der Feststellungsklage steht auch nicht deren Subsidiarität entgegen. Denn die Klägerin könnte ihr Ziel mit einer Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4, § 56 SGG) nicht erreichen, weil ihr im streitgegenständlichen Zeitraum keine höheren Kosten für die Betreuung – als bewilligt – entstanden sind (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 16). Deswegen war auch die (sinngemäße) Umstellung der ursprünglich erhobenen Anfechtungs- und Leistungsklage auf die Feststellungsklage während des gerichtlichen Verfahrens zulässig (vgl. § 153 Abs. 1 i.V.m. § 99 Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGG; BSG, Urteil vom 24. März 2015 – B 8 SO 22/13 R – juris Rdnr. 11; BSG, Urteil vom 15. Juni 2016 – B 4 AS 45/15 R – juris Rdnr. 18; BSG, Urteil vom 8. März 2017 – B 8 SO 2/16 R – juris Rdnr. 11), nachdem der Bewilligungszeitraum verstrichen war.

2. Im Übrigen, also hinsichtlich der Anträge festzustellen, 1. dass die Klägerin im Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 31. Mai 2014 einen Bedarf im Sinne von § 10 SGB IX a.F. für Teilhabeleistungen im Umfang von mindestens 40 Stunden pro Woche in ihrer selbstverantworteten Wohngemeinschaft hatte, um die im Gesamtplan Teil III und Teil IV vom 8. April 2013 festgehaltenen Ziele zu erreichen, 2. dass für sie eine Leistung für eine stationäre Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII unzumutbar ist, da die von ihr gewählte selbstbestimmte Wohn- und Lebensform in einer Wohngemeinschaft uneingeschränkt zu akzeptieren sei und 3. dass die Deckelung des ihr zu gewährenden Persönlichen Budgets für die zu gewährenden Eingliederungsleistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Höhe einer in stationären Behinderteneinrichtung zu gewährenden Maßnahmenpauschale rechtswidrig ist, ist die Klage unzulässig.

Die Anträge zielen insofern auf die bloße Feststellung einzelner Elemente, nämlich Berechnungselemente und Rechtsfragen. Klagen auf Feststellung solcher einzelner Elemente sind grundsätzlich unzulässig (siehe nur Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 12. Aufl. 2017, § 55 Rdnr. 9 m.w.N. sowie Urteil des Senats vom 25. Juni 2015 – L 7 SO 1447/11 – juris Rdnr. 91 m.w.N.). Soweit darüber hinaus angenommen wird, dass auch einzelne Elemente eines Leistungsanspruchs Gegenstand einer sog. Elementenfeststellungsklage sein können, setzt dies jedoch für die Bejahung eines Feststellungsinteresses voraus, dass anzunehmen sein muss, dass durch die Feststellungsklage der (zukünftige) Streit der Beteiligten insgesamt bereinigt wird (BSG, Urteil vom 8. September 2015 – B 1 KR 27/14 R – juris Rdnr. 24; BSG, Urteil vom 15. Juni 2016 – B 4 AS 45/15 R – juris Rdnr. 27 m.w.N.). Daran fehlt es hier. Der Antrag zu Ziffer 2 betrifft den tatsächlichen zeitlichen Umfang des Eingliederungshilfebedarfs. Es ist nicht davon auszugehen, dass dieser ad infinitum konstant ist. Selbst wenn der Senat feststellen würde, dass im hier streitigen Zeitraum ein Bedarf für Teilhabeleistungen im Umfang von 40 Wochenstunden bestanden hätte, wäre damit über den Bedarf in Folgezeiträumen nichts ausgesagt, so dass ein künftiger Streit der Beteiligten nicht zwingend vermieden ist. Die Anträge zu Ziffer 3 und 4 betreffen Fragen, die bereits im Rahmen des Antrages nach Ziffer 1 vom Senat beantwortet werden, so dass für eine gesonderte Feststellung jedenfalls kein besonderes Feststellungsbedürfnis besteht.

II. Soweit die Klage zulässig ist, ist sie auch begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 29. April 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2013 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

1. Nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe (vgl. § 53 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB XII) ist es, den behinderten Menschen durch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Möglichkeit einem Nichtbehinderten gleichzustellen; der Bedürftige soll die Hilfen finden, die es ihm – durch Ausräumen behinderungsbedingter Hindernisse und Erschwernisse – ermöglichen, in der Umgebung von Nichthilfeempfängern ähnlich wie diese zu leben (vgl. Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 8 m.w.N.).

Bei der Klägerin liegt aufgrund der paranoiden Schizophrenie (F.20.0), einer Intelligenzminderung (F71.1), eines Zustandes nach Epilepsie (G40.3) und einer generellen Verlangsamung mit ataktischer Bewegungsstörung (G80.8) eine wesentliche Behinderung im Sinne der vorgenannten Vorschriften vor; dies ist auch zwischen den Beteiligten unstreitig.

2. Gemäß § 57 Satz 1 SGB XII in der vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung (a.F.) können Leistungsberechtigte nach § 53 SGB XII auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten. § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX a.F. i.V.m. der BudgetV und § 159 SGB IX a.F. sind insoweit gemäß § 57 Satz 2 SGB XII a.F. anzuwenden.

a) Beim Persönlichen Budget handelt es sich nicht um eine neue Leistungsart, sondern um eine alternative Leistungsform (Beschluss des Senats vom 30. März 2010 – L 7 SO 1071/10 ER-B – n.v. – m.w.N.). Ziel des Persönlichen Budgets ist es, dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX a.F.; seit 1. Januar 2018 § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB XII). Am Charakter und der Zielrichtung der zugrundeliegenden Teilhabeleistungen ändert sich durch das Persönliche Budget nichts; auch bei dessen Gewährung muss es sich mithin um finale, auf ein bestimmtes Rehabilitationsziel gerichtete Leistungen handeln (Beschluss des Senats vom 27. Januar 2015 – L 7 SO 4239/14 ER-B – n.v.; Voelzke in Hauck/Noftz, SGB XII, § 57 Rdnr. 10 [September 2015]). Der Leistungsberechtigte erhält im Rahmen des Persönlichen Budgets einen Geldbetrag, mit dem er die erforderlichen Leistungen selbstbestimmt "einkaufen" kann; diese eigenverantwortliche Verwaltung des Budgets ähnelt der Situation der Gewährung von pauschalierten Leistungen, wie sie sonst im SGB XII vorgesehen sind (Beschluss des Senats vom 27. Januar 2015 – L 7 SO 4239/14 ER-B – n.v.; Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, § 57 Rdnr. 10). Das hat zur Folge, dass – im Gegensatz zum Sachleistungssystem (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – B 8 SO 22/07 R – juris Rdnr. 15 ff.; Urteil des Senats vom 24. April 2017 – L 7 SO 2669/15 – juris Rdnr. 48; Urteil des Senats vom 29. Juni 2017 – L 7 SO 3128/14 – n.v., m.w.N.) – keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer entstehen (Schneider in Hauck/Noftz, SGB IX, § 17 Rdnr. 117 [März 2012]; Voelzke in Hauck/Noftz, SGB XII, § 57 Rdnr. 7 [September 2015]).

Welche Leistungen budgetfähig sind, ist in § 17 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB IX a.F. geregelt; dies sind zunächst die Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX), des Weiteren Leistungen der Krankenkassen sowie Pflegeleistungen, welche sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Das Persönliche Budget dient in erster Linie der Beschaffung von Dienstleistungen (Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, § 57 Rdnr. 8 m.w.N.); kurzfristige oder einmalige Leistungen kommen deshalb ebenso wie außerordentliche Bedarfe für das Persönliche Budget nicht in Frage (Beschluss des Senats vom 30. März 2010 – L 7 SO 1071/10 ER-B – n.v. – m.w.N.). Typische budgetgeeignete Leistungen sind insbesondere Hilfen zur Mobilität, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenhilfe, regelmäßig wiederkehrend benötigte Hilfs- und Heilmittel sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- und Arbeitsplatzes.

Der im Rahmen des Persönlichen Budgets auszuzahlende Geldbetrag bestimmt sich gemäß § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX a.F. nach dem individuell festgestellten Bedarf; dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F.; seit 1. Januar 2018 § 29 Abs. 2 Satz 7 SGB IX).

b) Im vorliegenden Fall hat die Beklagte bei der Bemessung des Persönlichen Budgets zu Recht nur die Eingliederungshilfeleistungen

berücksichtigt; auf diese Leistungen war der Antrag der Klägerin auf Gewährung eines Persönlichen Budgets beschränkt (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 – B 2 U 1/11 R – juris Rdnr. 40).

c) Ob Eingliederungshilfeleistungen in der Form eines Persönlichen Budgets gewährt werden, steht seit dem 1. Januar 2008 nicht mehr im Ermessen des Leistungsträgers (Beschluss des Senats vom 27. Januar 2015 – L 7 SO 4239/14 ER-B – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20. Februar 2013 – L 5 R 3442/11 – juris Rdnr. 59; Voelzke in Hauck/Noftz, SGB XII, § 57 Rdnr. 14 [September 2015]; Wehrhahn in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 57 Rdnr. 4). Gemäß § 159 Abs. 5 SGB IX a.F. ist § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX a.F. vom 1. Januar 2008 mit der Maßgabe anzuwenden, dass auf Antrag Leistungen durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden. § 57 Satz 2 SGB XII a.F. verweist ausdrücklich auf diese Normen.

Unberührt bleibt ein dem Leistungsträger im Rahmen der allgemeinen Leistungsvoraussetzungen eröffnetes Ermessen (Beschluss des Senats vom 27. Januar 2015 – L 7 SO 4239/14 ER-B – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20. Februar 2013 – L 5 R 3442/11 – juris Rdnr. 59; Voelzke in Hauck/Noftz, SGB XII, § 57 Rdnr. 14 [September 2015]; Wehrhahn in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 57 Rdnr. 31). Ein solches bereichsspezifisches Ermessen besteht vorliegend indes nicht, da lediglich Eingliederungshilfeleistungen nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII streitgegenständlich sind: Hinsichtlich der Eingliederungshilfeleistungen für wesentlich Behinderte – wie die Klägerin – im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII besteht kein behördliches Ermessen, sondern ein Anspruch des wesentlich Behinderten (BSG, Urteil vom 8. März 2017 – B 8 SO 2/16 R – juris Rdnr. 19; LSG Bayern, Urteil vom 16. Mai 2013 – L 18 SO 74/12 – juris Rdnr. 21).

d) Die Beklagte war als örtlicher Träger der Sozialhilfe auch sachlich (vgl. § 97 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch [AGSGB XII] vom 1. Juli 2004 des Landes Baden-Württemberg [GBl. S. 460, 534] i.V.m. § 8 Nr. 4 SGB XII) und örtlich zuständig, wobei insofern dahinstehen kann, ob es sich bei der von der Klägerin bewohnten Einrichtung um eine stationäre Unterbringung oder eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit handelt. Da die Klägerin sowohl vor Eintritt in diese Wohnform als auch während ihrer dortigen Unterbringung ihren gewöhnlichen und tatsächlichen Aufenthalt in der Stadt Freiburg und damit im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Beklagten hatte, ergibt sich die örtliche Zuständigkeit der Beklagten unabhängig davon, ob hierfür § 98 Abs. 2 Satz 1 oder Abs. 5 Satz 1 SGB XII maßgeblich ist. Die Beklagte ist hinsichtlich der hier streitigen Leistungen auch der allein angegangene Leistungsträger.

3. Der Rechtmäßigkeit der streitgegenständlichen Bescheide steht nicht entgegen, dass die Wünsche der Klägerin nach einer Unterbringung und Betreuung gerade in der von ihr ausgewählten Einrichtung, der Wohngemeinschaft V. in der Wohngenossenschaft V., von vorneherein Maßstab der Leistungsberechnung und -bewilligung sein müssten. Dies ist entgegen der Auffassung der Klägerin nicht der Fall. Als Anspruchsbeschränkungen kommen grundsätzlich sowohl der Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII (dazu unter a) als auch der Vorbehalt der Budgetneutralität gemäß § 57 Satz 2 SGB XII i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F. (dazu unter b) zum Tragen.

a) Gemäß § 9 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB XII richten sich die Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles. § 9 Abs. 2 SGB XII regelt das Wunschrecht des Hilfesuchenden in Bezug auf die Gestaltung der Hilfe. Danach soll Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wünschen der Leistungsberechtigten, den Bedarf stationär oder teilstationär zu decken, soll nur entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, weil anders der Bedarf nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann und wenn mit der Einrichtung Vereinbarungen nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels des SGB XII bestehen (§ 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII). Der Träger der Sozialhilfe soll in der Regel Wünschen nicht entsprechen, deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre (§ 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII).

(1) Der Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII greift bei allen Leistungsformen ein. Er gilt nicht nur im Verhältnis ambulanter zu stationärer Leistungen, sondern auch im Verhältnis zwischen verschiedenen ambulanten Leistungen untereinander und zwischen verschiedenen stationären Leistungen untereinander. Soweit in der Literatur die Auffassung vertreten wird, dass § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII nur Anwendung finde, wenn eine andere (ambulante) Leistungsart ausreichend sei, und sich die Frage unverhältnismäßiger Mehrkosten im Sinne von § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII daher nicht stelle, wenn stationäre Hilfe erforderlich sei (so Coseriu in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 17 Rdnr. 39.1), findet sich dafür im Gesetz keine Grundlage. Vielmehr normiert § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII eine weitere Prüfungsebene neben § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB XII (so ausdrücklich Müller-Grune in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 9 Rdnr. 32) und enthält einen "allgemein gültigen Versagungstatbestand hinsichtlich der Wünsche und eines etwaigen Wahlrechts des Leistungsberechtigten" (Adolph in Adolph, SGB II/SGB XII/AsylbLG, § 9 SGB XII Rdnr. 27 [Mai 2014]). Der Anwendungsbereich des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII ist insbesondere weder ausdrücklich (etwa durch eine Formulierung "Wünschen nach Satz 2") noch nach dem systematischen Aufbau der Vorschrift auf § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII beschränkt. Vielmehr statuiert § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB XII ganz allgemein das Wunschrecht des Leistungsberechtigten, Satz 2 enthält eine bereichsspezifische sachliche Einschränkung hierzu und Satz 3 statuiert einen allgemeinen Mehrkostenvorbehalt. Abgesehen davon, dass sich ein Wille des Gesetzgebers, den Mehrkostenvorbehalt nur auf den Satz 2 zu beschränken, dem Normtext und auch der Entstehungsgeschichte nicht entnehmen lässt, wäre ein solcher Wille auch aus teleologischer Sicht nicht nachvollziehbar: Die Zielrichtung, unverhältnismäßige Mehrkosten zu Lasten des Steuerzahlers zu vermeiden (vgl. Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 20. Oktober 1994 – 5 C 28/91 – juris Rdnr. 28; Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, § 9 Rdnr. 39), ist gerade nicht auf die von § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII geregelte Konstellation beschränkt.

§ 9 Abs. 2 SGB XII entspricht – abgesehen von sprachlichen Änderungen – dem § 3 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung. Nicht zuletzt das BVerwG ging davon aus, dass der Mehrkostenvorbehalt des § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG auch im Verhältnis verschiedener stationärer Hilfen anzuwenden ist (BVerwG, Urteil vom 30. September 1993 – 5 C 41/91 – juris Rdnr. 17; BVerwG, Urteil vom 20. Oktober 1994 – 5 C 28/91 – juris Rdnr. 28). Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Gesetzgeber bei der inhaltsgleichen Übernahme des Mehrkostenvorbehaltes in § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII ein anderes Verständnis kreieren wollte.

Vor diesem Hintergrund kann dahinstehen, ob es sich bei der von der Klägerin gewünschten Unterbringung noch um eine ambulante oder – im Hinblick auf den Umfang der von ihr als notwendig geltend gemachten Betreuung – um eine (teil)stationäre Leistung in einer Einrichtung handelt. Das vom BSG zugrunde gelegte Begriffsverständnis, wonach keine stationäre Einrichtung vorliegt, wenn keine formelle Aufnahme des Leistungsempfängers in die Institution erfolgt, so dass die Unterbringung grundsätzlich nicht Teil der Leistungserbringung ist (BSG, Urteil vom 5. Juni 2014 – B 4 AS 32/13 R – juris Rdnr. 27; vgl. auch BSG, Urteil vom 2. Dezember 2014 – B 14 AS 35/13 R – juris Rdnr. 21), streitet allerdings für die Annahme, dass es sich bei der von der Klägerin gewünschten und im streitgegenständlichen Zeitraum genutzten Wohnform um eine ambulante Wohnform handelt (vgl. zum Einrichtungsbegriff und zur Abgrenzung ambulanter und stationärer Leistungen

BSG, Urteil vom 13. Juli 2010 – B 8 SO 13/09 R – juris Rdnr. 12 f.; BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 – B 8 SO 7/14 R – juris Rdnr. 15 ff.). Zwar können betreute Personen auch in einer dezentralen Unterkunft stationär untergebracht sein; eine dezentrale Unterkunft gehört in diesem Sinne allerdings nur dann zu den Räumlichkeiten "der" Einrichtung, wenn die Unterkunft der Rechts- und Organisationssphäre des Einrichtungsträgers so zugeordnet ist, dass sie als Teil des Einrichtungsganzen anzusehen ist (BSG, Urteil vom 13. Februar 2014 – B 8 SO 11/12 R – juris Rdnr. 19 m.w.N.). Die Vorhaltung von Wohnraum durch den Träger der Einrichtung selbst ist also wesentliches Merkmal einer Zuordnung zur "Rechts- und Organisationssphäre des Einrichtungsträgers". Daran dürfte es hier fehlen.

(2) Mehrkosten sind dann "unverhältnismäßig", wenn die hieraus folgende Mehrbelastung des Sozialhilfehaushalts zum Gewicht der vom Hilfebedürftigen angeführten Gründe für die von ihm getroffene Wahl der Hilfemaßnahme nicht mehr im rechten Verhältnis steht, so dass die Frage nach der (Un-)Verhältnismäßigkeit wunschbedingter Mehrkosten sich nicht in einem rein rechnerischen Kostenvergleich erschöpft, sondern eine wertende Betrachtungsweise verlangt (so zur Vorgängerregelung [§ 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG] BVerwG, Urteil vom 17. November 1994 – 5 C 11/93 – juris Rdnr. 14; BVerwG, Beschluss vom 18. August 2003 – 5 B 14/03 – juris Rdnr. 3).

Bei dem Kostenvergleich (vgl. auch Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 12 m.w.N.) sind auf der einen Seiten die konkreten Kosten der gewünschten Unterbringung bzw. der gewünschten Dienste in den Blick zu nehmen (Müller-Grune in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 9 Rdnr. 34; zu § 3 Abs. 2 Satz 3 BSHG bereits BVerwG, Urteil vom 22. Januar 1987 – 5 C 10/85 – juris Rdnr. 11). Wenn der Betroffene nicht in einer anderen geeigneten Einrichtung untergebracht ist, sondern bereits in der von ihm gewünschten Einrichtung, sind diesen konkreten Kosten die Kosten geeigneter anderer Einrichtungen gegenüber zu stellen (vgl. aber Müller-Grune in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 9 Rdnr. 34 m.w.N.). Vergleichbares gilt bei der Inanspruchnahme von Diensten. In die konkrete Bewertung hat dabei einzufließen, dass es sich bei Leistungen der Sozialhilfe um steuerfinanzierte Leistungen handelt, die endlich sind und daher nicht beliebig verteilt werden können (Müller-Grune in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 9 Rdnr. 35.1).

Der Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII setzt allerdings voraus, dass zumindest gleich geeignete Möglichkeiten der Bedarfsdeckung existieren (Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 9 m.w.N.), die der Klägerin auch zumutbar sind (vgl. BVerwG, Urteil vom 2. September 1993 – 5 C 50/91 – juris Rdnr. 14 zu § 3 Abs. 2 Satz 2 BSHG; BVerwG, Urteil vom 20. Oktober 1994 – 5 C 28/91 – juris Rdnr. 29 zu § 93 Abs. 2 Satz 2 BSHG; Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 10 m.w.N.). Hierzu hat der Leistungsträger den zu deckenden Hilfebedarf des betroffenen behinderten Menschen konkret festzustellen. Zudem darf sich die Prüfung von Hilfsangeboten nicht allein darauf beschränken, ob eine zur Eingliederung objektiv geeignete sowie zur Betreuung des Hilfesuchenden bereite anderweitige Einrichtung vorhanden ist; von Bedeutung ist vielmehr auch, ob ein Wechsel in eine solche Betreuungseinrichtung für den behinderten Menschen – unter Beachtung seiner konkreten Lebenssituation einschließlich seiner sozialen Einbindung – ohne schwerwiegende Beeinträchtigung des Eingliederungserfolgs überhaupt möglich ist (vgl. Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 10 m.w.N.).

(2) Der Anwendbarkeit des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII steht auch Art. 19 UN-BRK nicht entgegen.

Nach Art. 19 UN–BRK anerkennen die Vertragsstaaten dieses U&776;bereinkommens das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmo&776;glichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewa&776;hrleisten, dass a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Mo&776;glichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wa&776;hlen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben; b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstu&776;tzungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstu&776;tzungsdiensten haben, einschließlich der perso&776;nlichen Assistenz, die zur Unterstu&776;tzung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist; c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen fu&776;r die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfu&776;gung stehen und ihren Bedu&776;rfnissen Rechnung tragen.

Das Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008 (Vertragsgesetz zur UN-BRK, BGBl II S. 1419) ist gemäß dessen Art. 2 Abs. 1 am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Es erteilt innerstaatlich den Befehl zur Anwendung der UN-BRK und setzt diese in nationales Recht um. Völkerrechtliche Verbindlichkeit kommt der UN-BRK für Deutschland gemäß Art. 45 Abs. 2 UN-BRK ab dem 26. März 2009 zu (vgl. auch Art. 2 Abs. 2 Vertragsgesetz zur UN-BRK i.V.m. der Bekanntmachung über das Inkrafttreten der UN-BRK vom 5. Juni 2009, BGBl. II S. 812). Innerhalb der deutschen Rechtsordnung stehen völkerrechtliche Verträge wie die UN-BRK, denen die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist, im Range eines Bundesgesetzes (vgl. BVerfG, Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09 – juris Rdnr. 52; BVerfG, Beschluss vom 26. Juli 2016 – 1 BvL 8/15 – juris Rdnr. 88; BSG, Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 20). Diese Rangzuweisung führt in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG dazu, dass deutsche Gerichte das anwendbare Völkervertragsrecht wie anderes Gesetzesrecht des Bundes im Rahmen methodisch vertretbarer Auslegung zu beachten und anzuwenden haben (BVerfG, Beschluss vom 14. Oktober 2004 – 2 BvR 1481/04 – juris Rdnr. 32 zur Europäischen Menschenrechtskonvention; vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09 – juris Rdnr. 52; BVerfG, Beschluss vom 21. März 2016 – 1 BvR 53/14 – juris Rdnr. 4; BSG, Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 20).

Subjektive Ansprüche für behinderte Menschen vermittelt die UN-BRK indes nur, soweit sie unmittelbar anwendbar ("self-executing") ist. Die unmittelbare Anwendbarkeit völkervertragsrechtlicher Bestimmungen setzt voraus, dass die Bestimmung alle Eigenschaften besitzt, welche ein Gesetz nach innerstaatlichem Recht haben muss, um Einzelne berechtigen oder verpflichten zu können (BVerfG, Beschluss vom 9. Dezember 1970 – 1 BvL 7/66 – juris Rdnr. 42). Dafür muss ihre Auslegung ergeben, dass sie geeignet und hinreichend bestimmt ist, wie eine innerstaatliche Vorschrift rechtliche Wirkung zu entfalten, ohne dass es einer weiteren normativen Ausfüllung bedarf (BSG, Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 24 m.w.N.). Ist eine Regelung – objektiv-rechtlich – unmittelbar anwendbar, muss sie zusätzlich auch ein subjektives Recht des Einzelnen vermitteln (BSG, Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 24 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 6. Februar 2014 – L 20 SO 436/13 B ER – juris Rdnr. 59 m.w.N.). Gemäß Art. 31 Abs. 1 des Wiener Übereinkommens über das Recht der Verträge vom 23. Mai 1969 (BGBl. II 1985 S. 926 und BGBl. II 1987 S. 757) erfolgt die Auslegung eines völkerrechtlichen Vertrages nach Treu und Glauben in Übereinstimmung mit der gewöhnlichen, seinen Bestimmungen in ihrem

Zusammenhang zukommenden Bedeutung und im Lichte seines Ziels und Zwecks (BSG, Urteil vom 6. März 2012 – B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 24).

Nach diesen Maßstäben ist Art. 19 UN-BRK nicht unmittelbar anwendbar (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 6. Februar 2014 – L 20 SO 436/13 B ER – juris Rdnr. 60 – auch zum Folgenden). Hierfür spricht zunächst der Wortlaut des Artikels. Denn danach treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern. Dies deutet darauf hin, dass das Übereinkommen an dieser Stelle gerade keine subjektiven Rechte schaffen will, sondern die nähere Umsetzung des in Art. 19 UN-BRK eingeräumten Rechts aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, den Vertragsstaaten vorbehalten bleiben soll. Diese Deutung wird untermauert durch ein systematisches Argument: Die UN-BRK verwendet den Begriff "Anspruch" dann, wenn subjektive Rechte der behinderten Menschen begründet werden sollen (z.B. in Art. 22 Abs. 1 UN-BRK: "Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen", oder in Art. 30 Abs. 4 UN-BRK: "Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität"; vgl. BSG, Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 10/11 R – juris Rdnr. 25). Die Formulierung eines solchen "Anspruchs" findet sich in Art. 19 UN-BRK jedoch gerade nicht.

Abgesehen davon begründet Art. 19 UN-BRK aber ohnehin keinen Anspruch auf bestimmte Leistungen unabhängig von den Kosten (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 3. März 2011 – L 8 SO 24/09 B ER – juris Rdnr. 53; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 6. Februar 2014 – L 20 SO 436/13 B ER – juris Rdnr. 57). Art. 19 UN-BRK ist keine sozialleistungsrechtliche Regelung, sondern erschöpft sich in einer abwehrrechtlichen Dimension. Indem sich dort die Vertragsstaaten unter anderem verpflichten zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben, wird lediglich eine Pflicht der Vertragsstaaten begründet, behinderte Menschen nicht durch rechtliche Vorgaben an der freien Wahl des Aufenthaltsortes und der Wohnform zu hindern. Art. 19 UN-BRK zielt auf eine unabhängige Lebensführung in Gestalt einer deinstitutionalisierten Einbeziehung der behinderten Menschen in die Gemeinschaft (BVerfG, Beschluss vom 21. März 2016 – 1 BvR 53/14 – juris Rdnr. 4). Die Annahme, dass damit auch eine Pflicht der Vertragsstaaten, jegliches faktisches – insbesondere finanzielles – Hindernis für die Ausübung des Wahlrechts zu beseitigen – mit anderen Worten: Sozialleistungen in der nach den Wünschen des Betroffenen notwendigen Höhe zu gewähren – verbunden wäre, ist nicht zuletzt mit Blick darauf fernliegend, dass sich die UN-BRK an alle Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen richtet und auf deren Unterzeichnung des Abkommens gerichtet ist und damit in der ganz überwiegenden Anzahl an Staaten, denen die sozialstaatliche bzw. sozialleistungsfreundliche Ausgestaltung der Rechtsordnung in dem in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen Ausmaß fremd ist. Insofern ähnelt Art. 19 UN-BRK eher dem Freizügigkeitsrecht des Art. 11 GG, das sich auch im Wesentlichen in einer abwehrrechtlichen Dimension erschöpft, aber keinen Anspruch auf bestimmte Sozialleistungen begründet (vgl. dazu zuletzt BSG, Urteil vom 12. April 2017 – B 13 R 12/15 R – juris Rdnr. 37 ff.).

(3) Nichts anderes gilt für den Mehrkostenvorbehalt des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII, der – insofern ebenso wie der Mehrkostenvorbehalt des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts der Klägerin – als Begrenzung der Vorrangs ambulanter vor (teil)stationären Leistungen wirkt. Die Überzeugung, dass Mehrkostenvorbehalte nicht durch die UN-BRK dispensiert werden, lag auch parlamentarischen Bemühungen zugrunde, den Mehrkostenvorbehalt des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII aus dem Gesetz zu beseitigen (Antrag der Fraktion Die Linke vom 24. Februar 2011, Bundestags-Drucksache 17/4911). Dieses Ziel fand im Deutschen Bundestag keine Mehrheit (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales vom 9. Juni 2011, Bundestags-Drucksache 17/6154; Bundestags-Plenarprotokoll 17/121 vom 8. Juli 2011, S. 14337B); dies ist von der rechtsprechenden Gewalt zu akzeptieren.

b) Gemäß § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX a.F. werden Persönliche Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll gemäß § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F. die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.

Im Sozialhilferecht sind für die Bemessung des Persönlichen Budgets grundsätzlich die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen des zuständigen Sozialhilfeträgers nach § 75 Abs. 3 SGB XII maßgeblich (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 25; Jaritz/Eicher in jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 75 Rdnr. 64). Eine mit höheren Kosten verbundene zivilrechtliche Vereinbarung zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer kann bei der Bemessung des Persönlichen Budget in aller Regel nicht berücksichtigt werden (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 25; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 10. April 2014 – L 8 SO 506/13 B ER – juris Rdnr. 26). Die Höhe des Persönlichen Budgets kann gemäß § 57 Satz 2 SGB XII i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX ausnahmsweise auch auf (geringere) Kosten begrenzt sein, die – bei der (regulären) Sachleistungsverschaffung durch den Träger der Sozialhilfe – mit dem Einsatz von Minijobbern oder Teilnehmern des Bundesfreiwilligendienstes (anstelle von ambulanten Diensten) einhergehen würden (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 25). Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass dem Leistungsträger diese Form der Leistungserbringung bzw. der Einsatz dieser Leistungserbringer bei der Erfüllung des originären Sozialhilfeanspruchs auf Sachleistungsverschaffung tatsächlich und rechtlich möglich ist (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 25).

Indes kann bereits nach dem Wortlaut des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F. insoweit nicht auf die Kosten einer – fiktiven – Bedarfslage abgestellt werden, weil Vergleichsmaßstab die Kosten der "ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen" sind (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 21). Es ist also auf diejenigen Kosten abzustellen, die anfallen würden, wenn der tatsächliche Bedarf (hier der Betreuung in der eigenen Wohnung) durch den Sozialhilfeträger im Wege der Sachleistungsverschaffung gedeckt würde (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 21). Auch nach Sinn und Zweck der Budgetobergrenze (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX), Leistungsausweitungen und damit unkalkulierbare Mehrkosten für die Leistungsträger zu verhindern (Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 5. September 2003, Bundestags-Drucksache 15/1514, S. 72), also Kostensteigerungen gegenüber einer ansonsten gleichen Leistung, sind (nur) die Kosten des Leistungsberechtigten, der statt des Erhalts der Naturalleistung seinen Dienstleistungsbedarf in "Eigenregie" decken will, mit den Kosten des Leistungsträgers, die mit der Verschaffung dieser Sachleistung einhergehen würden, zu vergleichen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 21).

Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass die Klägerin vor dem Umzug in eine eigene Wohnung nicht stationär untergebracht gewesen ist, sondern im Haushalt ihrer Eltern gelebt hat, und es insoweit an "bisher individuell festgestellten [ ] Leistungen" (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F.) als Vergleichsmaßstab ohnehin mangelt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 22). Daraus folgt, dass hier in der neuen Bedarfslage, die durch den Bezug einer eigenen Wohnung entstanden ist, ein sog. "Neufall" (i.S. einer Neubewilligung ohne vorherige Leistungsentscheidung als geeignete Vergleichsbasis) zu sehen ist, bei dem die Höhe des Gesamtbudgets die Kosten aller individuell erst festzustellenden Leistungen nicht überschreiten soll (Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 5. September 2003, Bundestags-Drucksache 15/1514, S. 72).

4. Die streitgegenständlichen Bescheide sind indes deswegen rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten, weil die Beklagte die Höhe des Persönlichen Budgets nach § 57 Satz 2 SGB XII i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F. im konkreten Fall ohne hinreichende Grundlage auf die Kosten einer stationären Betreuung begrenzt hat und nicht dargelegt hat, dass die Voraussetzungen des Mehrkostenvorbehaltes (§ 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII) vorgelegen haben.

Zwar ist es nicht zu beanstanden, wenn der Leistungsträger den Hilfebedarf nach dem sog. Metzler-Verfahren ermittelt (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28. Juni 2012 – L 15 SO 254/08 – juris Rdnr. 48). Auch gilt der Grundsatz "ambulant vor stationär" (§ 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) nicht absolut, sondern steht – wie dargelegt – sowohl unter dem Vorbehalt der Budgetneutralität (§ 57 Satz 2 SGB XII i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX a.F.) als auch unter den ausdrücklichen Mehrkostenvorbehalten des § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII und des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 23).

Diese Vorbehalte greifen hier aber deswegen nicht durch, weil die Beklagte die Klägerin nicht rechtzeitig und hinreichend über gleich geeignete und tatsächlich zur Verfügung stehende ambulante oder stationäre Alternativen (zu diesem Erfordernis im Kontext des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII bereits Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 9) aufgeklärt hat (vgl. zu diesem Erfordernis LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. August 2015 – L 8 SO 327/13 – juris Rdnr. 23 m.w.N.). Sie hat auch nicht dargelegt, dass eine andere Einrichtung oder ein kostengünstigerer Dienst für die Klägerin nicht nur geeignet, sondern auch zumutbar ist (vgl. Beschluss des Senats vom 2. September 2010 – L 7 SO 1357/10 ER-B – juris Rdnr. 10 m.w.N.; Beschluss des Senats vom 27. Januar 2015 – L 7 SO 4239/14 ER-B – n.v. – m.w.N.). Die Beklagte hat noch im Widerspruchsbescheid vom 2. August 2013 lediglich ausgeführt, dass es bei der bei der Klägerin bestehenden Beeinträchtigung ohne weitere Einschränkung möglich sei, eine adäquate Einrichtung, auch in Freiburg bzw. der näheren Umgebung, zu finden. Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung hätten bereits vor dem Antrag auf Kostenübernahme für das Wohnprojekt V. eine Prüfung durch den MPD des KVJS erfolgen können. Die Suche nach Alternativen sei aber von der Klägerin von vornherein abgelehnt worden. Dieses pauschale Vorbringen reicht nicht aus, um das tatsächliche Vorhandensein einer geeigneten und zumutbaren Unterbringung zu belegen. Der Senat verkennt nicht, dass in Konstellationen, in denen sich die Wünsche eines Leistungsberechtigten auf eine bestimmte Einrichtung bzw. einen bestimmten Dienst konzentrieren, die Suche nach einer geeigneten Alternative durch den Leistungsträger mangels hinreichender Mitwirkung des Leistungsberechtigten erschwert ist. Dies mag dazu führen, dass die Obliegenheiten des Leistungsträgers an den Nachweis einer geeigneten Alternative reduziert werden. Der pauschale Hinweis, dass es ohne weitere Einschränkung möglich sei, eine adäquate Einrichtung zu finden, reicht indes auch dann nicht aus.

Ob die Beklagte im gerichtlichen Verfahren in hinreichender Hinsicht die Geeignetheit und Zumutbarkeit anderer Einrichtungen hinreichend belegt hat, kann hier dahinstehen, da es insofern auf die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide im Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung ankommt. Die mangelnde Aufklärung über gleich geeignete Alternativen kann naturgemäß nicht mehr rückwirkend nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes nachgeholt werden.

D. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. § 160 Abs. 2 S SGG) nicht vorliegen.

E. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-03-20