S 7 SO 73/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
7
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 7 SO 73/16
Datum
07.03.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 SO 87/18
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Es wird festgestellt, dass der Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 rechtswidrig war und der Beklagte verpflichtet war, dem Kläger für die Zeit vom 01.03.2016 bis 28.02.2018 Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets für eine ambulante 24 Stunden-Betreuung als Arbeitgebermodell in Höhe von monatlich 13.449,82 EUR als Leistungen der Hilfe zur Pflege und als Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu zahlen.

2. Der Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um das Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII.

Der 1990 geborene Kläger leidet seit einem im Juli 2012 erlittenen Autounfall an den massiven Folgen eines Schädelhirntraumas. Dem Kläger wurde vor diesem Hintergrund zunächst die Pflegestufe III einschließlich des Vorliegens eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes zuerkannt. Ausweislich des dieser Einschätzung zu Grunde liegenden Pflegegutachtens des MDK Hessen vom 12.06.2013 (Bd. I, Bl. 19 ff. der Verwaltungsakte) belief sich der pflegerische Bedarf des Klägers zum damaligen Zeitpunkt auf 57,98 Stunden/Woche (Zeitaufwand für Grundpflege: 50,98 Stunden zzgl. 7,00 Stunden für Hauswirtschaft). Ab Mai 2015 wurde dem Kläger die Pflegestufe III ohne die Voraussetzungen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes zuerkannt. Der pflegerische Bedarf des Klägers beläuft sich seit diesem Zeitpunkt auf insgesamt 40 Stunden, 43 Minuten/Woche (vergleiche Pflegegutachten des MDK Hessen vom 28.05.2015, Bd. II, Bl. 40 ff. der Verwaltungsakte sowie sozialmedizinisches Kurzgutachten nach Aktenlage des MDK Hessen vom 10.05.2016, Bd. II, Bl. 295 ff. der Verwaltungsakte). Zum 01.01.2017 erfolgte eine Überleitung in den Pflegegrad 5. Weiterhin wurde dem Kläger ein Grad der Behinderung von 100 mit den Merkzeichen G, aG, H und RF zuerkannt.

Der Kläger bewohnt seit Mai 2013 eine Wohnung im Erdgeschoss eines Mietshauses in A-Stadt, bestehend aus zwei Zimmern, Küche, Bad sowie eines weiteren Assistenzzimmers. Für die Wohnung ist ein monatlicher Mietzins einschließlich Nebenkosten in Höhe von 340,00 EUR zzgl. 60,00 EUR Garagenmiete zu zahlen. Die Mutter des Klägers, welche auch als dessen Betreuerin bestellt wurde, lebt in demselben Haus und bewohnt dort eine Einliegerwohnung, welche über der Wohnung des Klägers gelegen ist. Der Kläger bezog in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum (01.03.2016 bis 28.02.2018) Leistungen der Pflegekasse in Höhe von 901,00 EUR/Monat zuzüglich des Entlastungsbetrages in Höhe von 125,00 EUR/Monat sowie eine Erwerbsminderungsrente in Höhe von zuletzt 870,00 EUR/Monat.

Mit Schreiben der von dem Kläger bevollmächtigten Firma D. in D-Stadt vom 25.03.2014, welche behinderte Menschen im Zusammenhang mit der Beantragung von Leistungen im Rahmen eines Arbeitgebermodells als Persönliches Budget nach § 17 SGB IX berät und unterstützt, beantragte der Kläger bei dem Beklagten die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII in Form der Hilfe zur Pflege und von Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Persönliches Budget für eine ambulante 24-Stunden-Betreuung (Bd. I, Bl. 3 ff der Verwaltungsakte). Dem Antrag beigefügt war eine durch die Firma D. gefertigte Kostenaufstellung, nach der monatliche Kosten für das Arbeitgebermodell in Höhe von 13.449,82 EUR (einschließlich eines Teilbetrages in Höhe von 1.200,00 EUR/Monat für die Dienstleistungen der Firma D.) kalkuliert wurden.

Der Beklagte wandte sich daraufhin mit Schreiben vom 22.04.2014 (Bd. I, Bl. 74 der Verwaltungsakte) an sein Gesundheitsamt und ersuchte dieses um Stellungnahme, ob der Kläger zum einen tatsächlich einen 24-stündigen Aufsichtsbedarf habe und zum anderen, ob es dem Kläger zuzumuten sei, die erforderlichen Hilfen in einer stationären Einrichtung entgegenzunehmen. Parallel dazu wandte sich der Beklagte an die Firma D. und bat diese um Erläuterung der prognostizierten Kosten für die Budgetassistenz. Es wird insoweit auf das hierauf bei dem

Beklagten eingegangene ergänzende Schreiben der Firma D. vom 24.04.2014 (Bd. I, Bl. 78 der Verwaltungsakte) verwiesen. Daneben wandte sich der Beklagte an das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt, welches unter anderem die Pflege, Betreuung und Therapie von Menschen mit schweren Hirnschädigungen anbietet und ersuchte dieses um Prüfung einer bestehenden Aufnahmemöglichkeit des Klägers. Es wird insoweit auf die positive Rückantwort des vorgenannten Fachpflegezentrums vom 07.06.2014 (Bd. I, Bl. 114 der Verwaltungsakte) verwiesen. Zudem wandte sich der Beklagte an weitere Pflegedienste zwecks Einholung von Vergleichsangeboten (Bd. I, Bl. 118 ff. der Verwaltungsakte).

Mit Schreiben vom 08.05.2014 (Bd. I, Bl. 124 der Verwaltungsakte) teilte das Gesundheitsamt bei dem Landkreis Fulda mit, dass am 30.04.2014 ein Hausbesuch bei dem Kläger durchgeführt worden sei. Im Hinblick auf die dem Gesundheitsamt gestellten Fragen wurde ausgeführt, dass infolge der engmaschigen Betreuung des Klägers durch dessen Mutter sowie die Therapeuten ein guter Fortschritt der Entwicklung des Klägers sowohl in mentaler als auch in körperlicher Hinsicht seit Mai 2013 erfolgt sei. Insofern sei die direkte persönliche Betreuung im familiären Umfeld für den Kläger in der Vergangenheit sicherlich zu begrüßen gewesen und solle auch in der Zukunft so durchgeführt werden. Aus amtsärztlicher Sicht sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine stationäre Einrichtung für den Kläger nicht die geeignete Eingliederungshilfemaßnahme. Bei einer stationären Unterbringung des Betroffenen sei mit einer erheblichen Verschlechterung des psychischen Zustandes zu rechnen, der auch die jetzt eingetretenen körperlichen und geistigen Fortschritte konterkarieren würde. Es sei aber als Ziel festzulegen und auch mit dem Betroffenen selbst und der betreuenden Mutter sinnvoll dahingehend mittelfristig eine Zielplanung zu erstellen, dass der Kläger z.B. durch gewisse Stundenanteile am Tag in einer Werkstatt für Behinderte eine Tagesstruktur erhalte. Daneben wurde ausgeführt, dass aus amtsärztlicher Sicht keine zwingende Notwendigkeit einer 24-stündigen Beaufsichtigung des Klägers bestehe; jedoch solle eine Erreichbarkeit von Personen durch entsprechende Meldesysteme sichergestellt werden. Beispielsweise solle bei entsprechenden Unruhezuständen in der Nacht, die bei der Hirnverletzung des Klägers durchaus auftreten könnten, durch ein elektronisches Meldesystem eine Person im Umfeld erreichbar sein, die dann dem Kläger Hilfestellung leisten könne. Auch sei in diesen Rufbereitschaftszeiten eine hohe fachliche Voraussetzung für die betreuende Person nicht erforderlich. Diese sei nur dann erforderlich, wenn besondere Verrichtungen des täglichen Lebens bei dem Kläger durchzuführen seien (Hilfestellung bei der Körperhygiene, Zuführung spezifischer Nahrungsmittel über die Sonde, Überwachung der Medikation).

In der Folgezeit wurden dem Beklagten das ausgefüllte Antragsformular betreffend die Gewährung von ambulanten Hilfen zur Pflege, die Erklärungen über Einkommens- und Vermögensverhältnisse (danach verfügte der Kläger über kein verwertbares Vermögen), die Mietbescheinigung sowie ein Rentenbescheid betreffend die dem Kläger gewährte Rente wegen voller Erwerbsminderung vorgelegt (Bd. I, Bl. 140 ff. der Verwaltungsakte). Im Anschluss an ein Gespräch bei dem Beklagten, welches am 05.06.2014 im Beisein der Betreuerin des Klägers sowie eines Vertreters der Firma D. stattfand (Bd. I, Bl. 156 der Verwaltungsakte), wandte sich der Beklagte am 11.06.2014 an den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Herrn Dr. E. in E-Stadt und ersuchte diesen unter Übersendung eines "Fragebogen zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit" um Begutachtung des Klägers (Bd. I, Bl. 158 der Verwaltungsakte). Mit Schreiben vom 25.06.2014, bei dem Beklagten eingegangen am 27.06.2014 (Bd. I, Bl. 220 der Verwaltungsakte) teilte der vorgenannte Arzt mit, dass der Kläger schwer krank sei und einer permanenten Beaufsichtigung bedürfe, da auch die Möglichkeit des Weglaufens und des Sich-Verirrens aufgrund einer örtlichen Orientierungsstörung bestehe. Eine wesentliche Besserung des momentanen Zustandes sei nach nun gut einem Jahr nicht zu erwarten, kleine Verbesserungsschritte seien noch möglich. Daneben übersandte Herr Dr. E. dem Beklagten den vorgenannten ausgefüllten Fragebogen, in dem unter anderem die Fragen, ob es dem Kläger zuzumuten sei, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen, ob das F. Fachpflegezentrum für den Kläger geeignet sei sowie, ob der Kläger einen 24 stündigen Beaufsichtigungsbedarf habe, bejaht wurden. Mit weiterem Schreiben vom 07.07.2014 (Bd. I, Bl. 230 der Verwaltungsakte) vertiefte Herr Dr. E. nach entsprechender Bitte des Beklagten um Ergänzung der ärztlichen Stellungnahme - seine Ausführungen. Nachdem die Betreuerin des Klägers im Rahmen eines weiteren persönlichen Gespräches, welches am 29.07.2014 bei dem Beklagten stattfand (Bd. I, Bl. 240 der Verwaltungsakte) klargestellt hatte, dass sie mit der Art und Weise der Begutachtung durch Herrn Dr. E. in E-Stadt nicht einverstanden sei, veranlasste der Beklagte eine Nachbegutachtung des Klägers durch den vorgenannten Arzt am 22.08.2014. Der Beklagte stellte hierzu einen "Untersuchungs- und Begutachtungsplan" auf, mit welchem unter anderem die Dauer der einzelnen Abschnitte der Begutachtung und "Regeln für die Begutachtungsbeobachter" vorgegeben wurden. Weiterhin besuchten Mitarbeiter des Beklagten am 29.08.2014 das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt. Es wird insoweit auf den hierüber gefertigten Aktenvermerk vom selben Tag (Bd. I, Bl. 258 ff. der Verwaltungsakte) verwiesen. Am 07.09.2014 erstattete Herr Dr. E. in E-Stadt gegenüber dem Beklagten das in Auftrag gegebene Gutachten unter Rücksendung eines weiteren Fragebogens zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit des Klägers. In diesem Fragebogen wurden erneut die Fragen, ob es dem Kläger zumutbar sei, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen, ob das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt für den Kläger geeignet sei sowie, ob der Kläger einen 24-stündigen Beaufsichtigungsbedarf habe, bejaht. Es wird insoweit auf das Gutachten vom 07.09.2014 (Bd. I, Bl. 284 ff. der Verwaltungsakte) verwiesen.

Nachdem daraufhin am 25.09.2014 eine weitere Besprechung bei dem Beklagten stattfand, im Rahmen derer die Betreuerin des Klägers erneut ihre Bedenken an den gutachterlichen Feststellungen des Herrn Dr. E. deutlich machte sowie nochmals erläuterte, weshalb Ihres Erachtens dem Kläger eine Heimunterbringung nicht zumutbar sei (Bd. I, Bl. 298 der Verwaltungsakte), schlossen die Beteiligten am 08.10.2014 (Bd. I, Bl. 309 ff. der Verwaltungsakte) eine Zielvereinbarung für die Gewährung eines Persönlichen Budgets betreffend den Zeitraum 01.03.2014 bis 29.02.2016. Die Zielvereinbarung lautet auszugsweise wie folgt:

§ 1 Ziele des Persönlichen Budgets

Ziel des Persönlichen Budgets ist es, dem Budgetnehmer in eigener Verantwortung auf Grundlage der §§ 53 und 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 und 58 SGB IX die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben und auf Grundlage des § 61 SGB XII die Sicherstellung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung zu ermöglichen.

§ 2 Individuelle Förder- und Leistungsziele

Als Grundsatzziele werden vom Budgetnehmer angestrebt:

Im Bereich Wohnen: Ein möglich selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung sowie Sicherstellung der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im Bereich Freizeit: Ermöglichung der Freizeitaktivitäten in Form von Kino- und Theaterbesuchen, Spaziergängen, Urlaubsreisen usw.

Im Bereich soziale Beziehungen: Erhaltung des Kontakts zu Freunden und Arbeitskollegen.

§ 3 Leistungsbeschreibung

(1) Ein Teilhabeassistent begleitet den Budgetnehmer bei allen Aktivitäten, um Hilfestellungen zu geben und dessen behinderungs- und pflegebedingten Defizite zu kompensieren (Arztbesuche, Therapien, usw.).

(2) Die erforderliche Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt durch selbstbeschaffte Pflegekräfte (Arbeitgebermodell).

(3) Für die Pflege/Hauswirtschaft beträgt der Hilfebedarf täglich durchschnittlich 8,5 Stunden, für Teilhabehilfen täglich durchschnittlich 1,0 Stunden und für weitere Assistenz- und Beaufsichtigungshilfen täglichen durchschnittlich 14,5 Stunden, so dass tagtäglich eine 24-Stunden-Versorgung sicherzustellen ist.

§ 4 Höhe und Zahlung des Persönlichen Budgets

(1) Auf ausdrücklichen Wunsch des Budgetnehmers enthält dieser Vertrag keine Regelung über die Budgethöhe.

(2) Das Persönliche Budget wird als Geldleistung zum 15. eines jeden Leistungsmonats auf das Konto mit der IBAN überwiesen.

(3) Die für die Monate März, April und Mai 2014 vom Beauftragten bereits geleisteten Zahlungen von insgesamt 9000,00 EUR werden auf den Leistungszeitraum angerechnet.

§ 5 Nachweisführung

(5) Der Budgetnehmer verpflichtet sich, dem Beauftragten die während des Leistungszeitraumes nicht benötigten Mittel spätestens 30 Tage nach Ablauf des Leistungszeitraumes mitzuteilen. Der Beauftragte behält sich das Recht vor, diese Mittel auf künftige Leistungszeiträume anzurechnen oder zurückzufordern.

Nachdem sich der Beklagte zunächst nochmals nach dem Vorhandensein eines freien Platzes in dem F. Fachpflegezentrum in F-Stadt erkundigte (Bd. I, Bl. 313 der Verwaltungsakte), bewilligte dieser dem Kläger sodann mit Bescheid vom 16.10.2014 (Bd. I, Bl. 314 ff. der Verwaltungsakte) gemäß §§ 53, 54, 57 und 61 SGB XII in Verbindung mit § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX für die Zeit vom 01.03.2014 bis 29.02.2016 Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets (Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) in Höhe von monatlich 2.700,00 EUR.

Zur Begründung der Leistungsbewilligung wird dort Folgendes ausgeführt:

"Konkret wird beantragt, die Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets nach § 17 (2) bis (4) SGB lX auszuführen bzw. den 24-Stunden-Bedarf ambulant als monatliche Budget-Geldleistung in Höhe von 13.449,82 EUR sicherzustellen.

Nach § 17 (3) Satz 4 SGB lX soll die Budgethöhe die Kosten aller bisher individuell festgestellten ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten. Bei der Feststellung der ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen ist § 13 SGB Xll zu beachten. Danach haben ambulante Leistungen - wie hier beantragt - grundsätzlich Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen. Der Grundsatz des Vorranges ambulanter Leistungen gilt nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

23,5 Kilometer vom Wohnort des Herrn A. entfernt befindet sich in F-Stadt, F Straße, das F. für Schädel-Hirn-Verletzte, Unfallopfer, Menschen mit schweren neurologischen Schädigungen. Die Einrichtung stellt die Pflege, Betreuung und Therapie von Menschen mit schweren Hirnschädigungen überwiegend jüngeren und mittleren Erwachsenenalters sicher. Zu den pflegebegründenden Diagnosen gehört entsprechend der Einrichtungskonzeption unter anderem die Diagnose ,,schweres Schädel-Hirn-Trauma" z. B. in Folge eines Verkehrsunfalles. Die Einrichtung hält für die individuelle Versorgung und Betreuung der Bewohner pflegerisches und therapeutisches Personal bereit, das in speziellen Pflege- und Therapiekonzepten zur Behandlung schwer neurologisch geschädigter Menschen geschult ist (Blatt 116). Laut der Vereinbarung zwischen dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und dem Einrichtungsträger nach § 75 (3) SGB Xll in Verbindung mit den §§ 76 ff SGB Xll über die weitergehenden Leistungen gemäß § 75 (5) SGB Xll ,,Gestaltung des Tages" sowie dem Rahmenkonzept hat die Einrichtung den Bewohnern unter anderem die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (Blatt 95). Sie bietet in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens individuelle Betreuungs- und Fördermaßnahmen an (Blatt 102).

Am 29.08.2014 fand im F. in F-Stadt ein Besprechungs- und Besichtigungstermin durch Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers statt, verbunden mit dem Ziel, sich selbst vor Ort ein Bild zu machen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden mit Vermerk vom 29.08.2014 festgehalten (Blatt 258). Die Feststellungen sind mit den von der Einrichtung gemachten Angaben und der Rahmenkonzeption deckungsgleich. Das F. gewährleistet hochflexible Besuchszeiten, ist ein offenes Haus, bietet individuelle Tagesstrukturen und hält für den zu versorgenden Personenkreis speziell ausgebildetes Personal rund um die Uhr bereit. Externes Therapiepersonal hat nahezu uneingeschränkten Zugang zu den in der Einrichtung befindlichen und gut ausgestatteten Therapieräumen. Das F. ist im Jahr 2008 fertiggestellt und eröffnet worden. Die äußere und innere Architektur erinnern an eine moderne Wohnanlage, die unter anderem über großzügige Gemeinschaftsräume und sonstige Treffpunkte für Bewohner und Besucher verfügt.

Die Einrichtung ist konzeptionell, räumlich und personell auf dem neuesten Stand. Sie hat ausdrücklich nach Kenntnis der medizinischen Unterlagen bestätigt, dass Herr A. dort fachgerecht gepflegt und betreut werden kann, was durch den Ortstermin bestätigt wurde. Unabhängig vom Einzelfall A. A. hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen aufgrund seiner Prüfung am 22.11.2012 das F. mit ,,sehr

gut" bewertet. lnwieweit die Einrichtung in der Lage ist, den gesundheitlichen, medizinischen und therapeutischen Bedürfnissen des Antragstellers Rechnung zu tragen, waren Fragen, die der externe Gutachter unter anderem zu prüfen hatte. Mit Gutachten vom 07.09.2014 und insbesondere mit Fragenkatalog vom 16.09.2014 bestätigte Herr Dr. med. E., dass die Einrichtung den speziellen behinderungsbedingten Bedürfnissen des Herrn A. A. gerecht werden kann; der Gutachter hatte vor seinen Feststellungen die Einrichtung selbst besucht (Blatt 276, Blatt 278).

Mit Schreiben vom 07.05.2014 bestätigte die Einrichtungsleitung, dass für Herrn A. ein Einrichtungsplatz zur Verfügung steht. Am Tag der heutigen Bescheiderteilung wurde die Aufnahmemöglichkeit erneut während eines Telefonates mit dem Verwaltungsleiter, Herrn G., ausdrücklich bestätigt. Er teilte mit, dass gegenwärtig ein freier Platz zur Verfügung steht und er davon ausgeht, dass dies zumindest bis zum 15.11.2014 der Fall sein wird (Blatt 313). Somit steht für den Antragsteller eine geeignete Einrichtung im Sinne von § 13 SGB Xll zur Verfügung.

Bei der Entscheidung über die Zumutbarkeit sind nach § 13 (1) Satz 5 SGB Xll die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. Zu den persönlichen Umständen, die eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung unzumutbar machen können, gehören das Alter oder die Behinderung bzw. die gesundheitliche Verfassung einer Person (Piepenstock, jurisPK-SGB Xll, § 13 SGB Xll, Rn. 26, Stand 11.07.2011).

Herr A. ist 24 Jahre alt und hatte nach seiner Berufsausbildung bei der Metallbaufirma H. in H-Stadt gearbeitet. Durch den Verkehrsunfall am 28.07.2012 wurde er erwerbsunfähig. Das Rahmenkonzept des F. bezieht sich auf die Versorgung von Menschen überwiegend im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter (Blatt 116). Damit zielt die Konzeption im Unterschied zu einem Altenpflegeheim auf einen besonderen Personenkreis ab, dem Herr A. angehört. Die angebotenen Maßnahmen der sozialen Betreuung und der Gestaltung des Tages im Rahmen der Eingliederungshilfe gehen über die Leistungen eines Altenpflegeheimes hinaus (Blatt 96). Der Sozialhilfeträger hatte vom externen Gutachter prüfen lassen, ob medizinische Gründe einer stationären Versorgung entgegenstehen. Damit das in Auftrag gegebene Gutachten einen hohen Grad an Aussagekraft erlangt, hatte der Sozialhilfeträger in Bezug auf den Einzelfall des Herrn A. A. einen Fragebogen entwickelt, der gezielt mit geschlossenen Fragen interpretationsfreie Ergebnisse liefern sollte. Die Aussage ,,Herrn A. A. ist es zuzumuten, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen" (Nr. 1) wurde bejaht. Die Fragen ,,lst Herr A. in der Einrichtung einem erhöhten Leidensdruck ausgesetzt?" (Nr. 18) und ,,lst zu erwarten, dass Herr A. bei einer Unterbringung im F. psychische Schäden davontragen würde?" (Nr. 20) wurden verneint. Herr A. zeigt in der Reaktion auf Ansprache keine Unterschiede zwischen den ihm vertrauten und fremden Personen (Blatt 274). Eine Aufnahme/Versorgung im F. wäre nach gutachterlichen Angaben nicht mit einer psychischen oder körperlichen Gefährdung verbunden. Herr Dr. med. E. stellt fest, dass die Einrichtung dem Fortkommen des Herrn A. zur Verselbstständigung förderlich ist (Blatt 276). Es liegen keine persönlichen Gründe vor, die eine stationäre Versorgung als unzumutbar erscheinen lassen.

Auch familiäre Umstände begründen im Fall des Herrn A. A. keine Unzumutbarkeit. Hauptbezugsperson zu ihm ist die Mutter J. A., die im gleichen Haus in einer eigenen Wohnung lebt und sich nach eigenen Angaben größtenteils aus der Pflege ihres Sohnes zurückziehen und in Hände externer Kräfte legen will (Blatt 5, Blatt 241). Neben Frau J. A. leben am Wohnort des Antragstellers keine weiteren Angehörigen. Der von Frau A. geschiedene Ehemann und Vater hält keinen engen Kontakt zu seinem Sohn (Blatt 41, Blatt 240). Seine in Norddeutschland (Ostsee) lebende Schwester, die sich in Ausbildung befindet, nimmt in größeren Abständen Besuche wahr - so Frau A. Die Großeltern leben nach den gemachten Angaben ca. 20 km entfernt. Damit steht fest, dass aus dem nahen Familien- und Angehörigenkreis keine Person zur Verfügung steht, die pflegerische oder hauswirtschaftliche Verrichtungen für Herrn A. durchführen will oder kann. Frau A. sieht ihre Aufgabe darin, steuernd die Dienste Dritter zu überwachen und mit ihrem Sohn zum Teil tagesstrukturierende Erlebnisse zu teilen (gemeinsames Frühstück und Mittagessen). Alle sonstigen, auch freizeitgestaltenden Tätigkeiten einschließlich die Begleitung zu Therapiebesuchen sollen von Arbeitnehmern außerhalb des Angehörigen- und Bekanntenkreises durchgeführt werden (Blatt 241). Eine stationäre Versorgung würde somit weder einen räumlichen Familienverbund noch ein bestehendes familiäres Pflegesystem auseinanderreißen.

Mit Beschluss des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 06.02.2014 (L 20 SO 436/13 B ER) hatten die Richter festgestellt, dass allein das Verlassen des bisherigen familiären Umfeldes für sich genommen keine Unzumutbarkeit begründen kann. Vielmehr müssen weitere Umstände hinzutreten, die den Umzug in eine stationäre Einrichtung auch aus Sicht eines objektiven Betrachters als unzumutbar erscheinen lassen. Bezogen auf die aktuelle familiäre Situation und die persönlichen Beziehungen ist vor diesem Hintergrund keine Unzumutbarkeit für Herrn A. aus familiären Gründen objektiv festzustellen. Die stationäre Versorgung ist auch im Bereich der Hilfen für behinderte Menschen eine etablierte Hilfeform und der Grund dafür, dass es für diesen Personenkreis wirtschaftlich tragfähige Einrichtungen gibt, die wegen der besonderen Pflege- und Fördermöglichkeiten auch gesellschaftlich als ,,sozialadäquat" angesehen werden. lnnerhalb der Behindertenhilfe ist das F. auf einen besonderen Personenkreis spezialisiert, dem Herr A. A. angehört.

Auch die örtlichen Umstände führen nicht zu einer Unzumutbarkeit einer stationären Unterbringung von Herrn A. Das F. befindet sich in der näheren Umgebung des Wohnortes von Herrn A. mit der Folge, dass kein Verlust wichtiger sozialer Bindungen zu befürchten ist bzw. dass die sozialen Kontakte zu seiner Mutter, seinen Großeltern, seiner Schwester, seinen ehemaligen Arbeitskollegen und seinen Freunden aufrecht erhalten werden können. ln der Einrichtung stehen gemeinsame Aufenthaltsräume zur Verfügung. Darüber hinaus besteht dort die Möglichkeit, neue soziale Kontakte zu knüpfen, die über das hinausgehen, was an dem jetzigen Wohnort in A-Stadt möglich ist. Nicht zuletzt ist dies darauf zurückzuführen, dass sich dort gleichaltrige Mitbewohner befinden (Blatt 276). Laut Angaben der Einrichtungsleitung finden eine Begegnung und ein Austausch zwischen Bewohnern und deren Angehörigen statt. Die Einrichtung organisiert unter anderem jahreszeitliche Feste, Fernsehabende, Konzerte usw. Außerhalb der Einrichtung können die Bewohner in F-Stadt auf ein breites Angebot an Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten (Cafés, Eisdiele, Hallenbad, Freibad, Bürgerpark, Konzerte in der Stadthalle, usw.) zurückgreifen, welches über das in dem jetzigen Wohnort von Herrn A. vorhandene deutlich hinaus geht (Blatt 259). Laut dem Gutachter ist Herr A. in der Lage, sich in einer neuen Umgebung zurechtzufinden (Blatt 274, Blatt 279). Er hat sein gewohntes Wohnumfeld mit dem Umzug zum 01.05.2014 verlassen und habe sich in der neuen Wohnung sehr schnell eingelebt bzw. findet sich dort laut Angaben der Frau A. mittlerweile zurecht (Blatt 258). Dafür, dass ein weiterer Wohnortwechsel - beispielsweise nach F-Stadt ins F. - für ihn problematisch sein könnte, gibt es keine Anhaltspunkte.

Herrn A. ist es im Sinne von § 13 (1) Satz 3 bis 5 SGB Xll zuzumuten, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen; es liegen keine persönlichen, familiären oder örtlichen Gründe vor, aus denen sich eine Unzumutbarkeit feststellen lässt.

Wegen des Bestehens der grundsätzlichen Zumutbarkeit ist es geboten, dass der Sozialhilfeträger die Grenzen der noch verhältnismäßigen Mehrkosten einer ambulanten Versorgung im Vergleich zu einer stationären Versorgung ermittelt. Mit Beschluss vom 06.02.2014 bestätigt das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die Bundesverwaltungsgerichtsentscheidung vom 11.02.1982, wonach bereits ambulante Mehrkosten von 75 % erheblich über der Angemessenheitsgrenze liegen. Der Landkreis Fulda legt im Fall A. A. aus Rechtssicherheitsgründen eine Mehrkostenquote von 75 % zugrunde bzw. erachtet bis zu dieser Quote ambulante Mehrkosten noch als angemessen.

Im Falle des Herrn A. würden sich bei Berücksichtigung von 30,42 Tagen monatlich (Durchschnittswert) die Netto-Sozialhilfeaufwendungen für den Sozialhilfeträger bei einer stationären Versorgung im F. monatlich auf 1.516,69 EUR belaufen [Anmerkung des Gerichts: vgl. insoweit die tabellarische Bedarfsberechnung des Beklagten, Bd. I, Bl. 320 der Verwaltungsakte].

Der Einkommenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des 11. Kapitels SGB XII und führt bei einer dauerhaften stationären Hilfegewährung dazu, dass Leistungsempfänger das gesamte Einkommen einzusetzen haben bzw. ihnen der vollständige Einkommenseinsatz zuzumuten ist.

Der monatliche Nettoaufwand von 1.516,69 EUR ist die Bezugsgröße für die Ermittlung der ambulanten Mehrkosten, die im Sinne von § 13 SGB XII im Fall des Herrn A. als verhältnismäßig anzusehen sind. Bei einer Mehrkostenquote von 75 % ergibt sich eine Angemessenheitsgrenze von 2.654,21 EUR aufgerundet 2.700,00 EUR (1.516,69 EUR x75 % = 1.137,52 EUR; 1.516,69 EUR + 1.137,52EUR= 2.654,21 EUR).

Ein Anspruch auf Leistungen nach den Kapiteln fünf bis neun des SGB XII besteht gem. § 19 (3) SGB XII nur insoweit, als der nachfragenden Person (A. A.) nach den Bestimmungen des 11. Kapitels die Aufbringung der Mittel für die Bedarfsdeckung aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist. Der Sozialhilfeträger stellt fest, dass es Herrn A. nicht zuzumuten ist, Einkommen oder Vermögen für die Deckung des Bedarfs (2.700,00 EUR) einzusetzen. Damit hat er einen Sozialhilfeanspruch in Form eines Persönlichen Budgets in Höhe von 2.700,00 EUR.

Die Vermögensfrage hatte für den Landkreis Fulda untergeordnete Bedeutung. Deshalb wurde das Vorhandensein des PKW in Bezug auf § 90 SGB XII nicht als verwertbares Vermögen betrachtet. Um Herrn A. und dessen Mutter J. A. während des Verfahrens keinem besonderen Kostendruck auszusetzen und die Möglichkeit zu geben, in dieser Zeit sich Hilfen zu beschaffen und organisieren zu können, bewilligte der Landkreis Fulda während des Zielvereinbarungsgespräches 9.000,00 EUR. Er verlangte keine besonderen Nachweise für die Verwendung der Hilfe, um unbürokratisch und flexibel Leistungen zur Verfügung zu stellen. Diese Auszahlung entspricht einem fiktiven fünfmonatigen Kostenaufwand im F.

Regelmäßig nicht entscheidend für die Würdigung der Zumutbarkeit ist, ob die ambulante Versorgung allein besser für den Hilfesuchenden ist, da der Sozialhilfeträger nicht für eine optimale, sondern nur für eine bedarfsgerechte Versorgung zu sorgen hat (Piepenstock, jurisPK-SGB XII, § 13 SGB XII, Rn.31, Stand 11.07.2011). Die vom Landkreis Fulda gewährte Hilfe drückt den Leistungsanspruch für eine ambulante Versorgung einerseits aus und trägt andererseits dem Wunsch- und Wahlrecht im Sinne von § 9 SGB XII des Bedürftigen Rechnung, der mit den bewilligten Mitteln, wenn er es wünscht, in der Lage ist, sich der zumutbaren Hilfe in einer Einrichtung zu bedienen, ohne dass ihm wirtschaftliche und gesundheitliche Nachteile drohen.

Gründe, die das Absehen von dem Grundsatz der ,,Kostenneutralität des Persönlichen Budgets" im Sinne des § 17 (3) Satz 4 SGB IX rechtfertigen können, liegen hier nicht vor, sind der Sachakte nicht zu entnehmen und wurden vom Antragsteller nicht substanziell vorgetragen. Die geltend gemachten Zusatzaufwendungen sind zur Wahrung der Kostenneutralität des Persönlichen Budgets nicht zu berücksichtigen, weil sie keinen vorübergehenden Charakter haben. Nach der BSG-Rechtsprechung vom 31.01.2012 (B 2 U 1/11 R) ist eine Ausnahme vom Verbot, die Obergrenze zu überschreiten, nur zulässig, wenn dies eine für die Lebensqualität wesentliche und vorübergehende Änderung des Hilfebedarfs rechtfertigt oder Zusatzaufwendungen für die Beratung und Unterstützung bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets vorübergehend nötig werden.

Wegen des Grundsatzes des Nachranges der Sozialhilfe nach § 2 SGB XII und der Verpflichtung, die aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte Sozialhilfe sparsam zu verwenden und der Tatsache, dass die bewilligte Leistung/Hilfe den sozialhilferechtlich relevanten Bedarf sicherstellt, entspricht die Leistungsbewilligung dem rechtlichen Anspruch, den Herr A. gegenüber dem Sozialhilfeträger hat. Einen Anspruch auf Übernahme unverhältnismäßig hoher Kosten begründet das Wunsch- und Wahlrecht nicht.

Die Budgetleistung wird unter der Auflage bewilligt, dass die Zielvereinbarung eingehalten wird. Im Falle der Kündigung der Zielvereinbarung wird dieser Bescheid nach § 48 SGB X aufgehoben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 64 (1) SGB X."

Gegen diesen Bescheid des Beklagten erhob der Kläger mit Schreiben seines Verfahrensbevollmächtigten, der Firma D. in D-Stadt, am 28.10.2014 Widerspruch und berief sich unter anderem auf eine Entscheidung des Sozialgerichts Düsseldorf vom 07.10.2013 zu dem Aktenzeichen S 22 SO 319/13 ER. Im Übrigen wird auf die ausführliche Widerspruchsbegründung vom 27.10.2014 (Bd. I, Bl. 326 ff. der Verwaltungsakte) verwiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.11.2014 (Bd. I, Bl. 368 ff. der Verwaltungsakte) hob der Beklagte den Bescheid vom 16.10.2014 insoweit auf, als mit diesem weniger als 4.800,00 EUR/Monat gewährt wurden und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. Zur Begründung vertiefte der Beklagte seine Ausführungen aus dem Ausgangsbescheid und begründete im Detail, weshalb dem vom Kläger geltend gemachten Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß §§ 61 ff. und 53 ff. SGB XII in Höhe von 13.449,82 EUR/Monat der Mehrkostenvorbehalt nach § 13 Abs. 1 SGB XII entgegenstehe. Weiterhin führte der Beklagte aus, dass der Kläger zu Recht eingewandt habe, dass der Sozialhilfeträger seiner Berechnung das zu niedrige Einrichtungsentgelt zugrunde gelegt habe. Der Sozialhilfeträger sei insoweit von dem Tagessatz ausgegangen, bei dem die Einrichtung aufgrund der Leistungsvoraussetzungen des § 37 SGB V 40,00 EUR direkt von der Krankenkasse vereinnahme (Behandlungspflege). Um diesen Betrag sei

daher der Ausgangswert für die Vergleichsberechnung zu korrigieren. Der berechtigte Einwand des Klägers führe dazu, dass die in Form des Persönlichen Budgets zu gewährenden Leistungen auf 4.800,00 EUR monatlich zu erhöhen seien. Es wird hierzu auf den Widerspruchsbescheid vom 12.11.2014 (Bd. I, Bl. 368 ff. der Verwaltungsakte) und die dort vorgenommene tabellarische Bedarfsberechnung des Beklagten (Bd. I, Bl. 371 der Verwaltungsakte) verwiesen.

Das sich anschließende Klageverfahren, welches bei dem Sozialgericht Fulda unter dem Aktenzeichen S 7 SO 77/14 geführt wurde, erledigte sich im Rahmen eines Erörterungstermins am 27.07.2016 durch Klagerücknahme. Es wird insoweit auf die Sitzungsniederschrift vom 27.07.2016 verwiesen.

Bereits mit Schreiben der Firma D. vom 08.12.2015, bei dem Beklagten eingegangen am 11.12.2015, beantragte der Kläger die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII durch Weiterbewilligung des Persönlichen Budgets in bisheriger Höhe über den 29.02.2016 hinaus (Bd. II, Bl. 1 der Verwaltungsakte) und machte im weiteren Verlauf des Verwaltungsverfahrens deutlich, dass insoweit nach wie vor monatliche Kosten in Höhe von 13.449,82 EUR begehrt werden. Im Rahmen der Antragstellung wurde daneben die Tagesstruktur des Klägers erläutert und ausgeführt, dass er zur damaligen Zeit ein Praktikum im K. in E-Stadt absolvierte (Bd. II, Bl. 10 der Verwaltungsakte). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens forderte der Beklagte zunächst weitere Unterlagen des Klägers, insbesondere Nachweise über die in dem vergangenen Leistungszeitraum beschäftigten Assistenz- und Pflegekräfte sowie weitere ärztliche Unterlagen an und beauftragte den bereits in dem vorangegangenen Rechtsstreit herangezogenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Herrn Dr. E. in E-Stadt, mit der ergänzenden Begutachtung des Klägers in dessen häuslichem Umfeld, welche am 29.02.2016 erfolgte. Der vorgenannte Arzt gelangte in seinem Gutachten vom 03.03.2016 sowie in dem insoweit übersandten Fragebogen zur Feststellung der Hilfebedürftigkeit (Bd. II, Bl. 90 ff. der Verwaltungsakte) erneut zu der Einschätzung, dass der Kläger in dem F. Fachpflegezentrum in F-Stadt angemessen und zumutbar stationär betreut werden könne, ohne psychische Schäden davonzutragen.

Am 17.03.2016 schlossen die Beteiligten eine neue Zielvereinbarung (Bd. II, Bl. 243 ff.). Die §§ 1-3 der Zielvereinbarung sind gleichlautend mit derjenigen vom 08.10.2014, mit dem Unterschied, dass in § 3 Abs. 3 für die Pflege/Hauswirtschaft der Hilfebedarf auf täglich durchschnittlich 5,75 Stunden und der Bedarf für weitere Assistenz- und Beaufsichtigungshilfen auf täglich durchschnittlich 17,25 Stunden festgelegt wurde.

§ 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung lautet wie folgt:

Die nicht verbrauchten Budgetmittel betrugen zum 29.02.2016 xxx Euro. Dieser Betrag wird mit dem zu bewilligenden Budget für die Zeit ab 01.03.2016 aufgerechnet.

§ 5 Abs. 5 der Zielvereinbarung lautet wie folgt:

Der Budgetnehmer verpflichtet sich, dem Beauftragten die während des Leistungszeitraumes nicht benötigten Mittel spätestens 30 Tage nach Ablauf des Leistungszeitraumes (01.03.2016 bis 28.02.2018) zu erstatten; der Beauftragte behält sich das Recht vor, diese Mittel auf künftige Leistungszeiträume anzurechnen oder zurückzufordern.

Nachdem sich der Beklagte zuvor erneut versichert hatte, dass in dem F. Fachpflegezentrum in F-Stadt auch weiterhin ein Platz für den Kläger verfügbar wäre und die Einrichtung sich bereit erklärte, den Kläger dort aufzunehmen (Bd. II, Bl. 249 der Verwaltungsakte) sowie nachdem der Beklagte ermittelt hatte, dass dem Kläger noch nicht verbrauchte Budgetmittel aus dem Leistungszeitraum 01.03.2014 bis 29.02.2016 in Höhe von 32.698,54 EUR zur Verfügung standen, bewilligte der Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 23.03.2016 (Bd. II, Bl. 250 ff. der Verwaltungsakte) weitere Leistungen ab dem 01.03.2016. Der Tenor des vorgenannten Bescheides lautet wie folgt:

1. Wir bewilligen Herrn A. gemäß den §§ 53, 54, 57 und 61 SGB XII in Verbindung mit § 17 SGB IX, Absatz 2 bis 4, für die Zeit vom 01.03.2016 bis 28.02.2018 Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets (Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) in Höhe von monatlich 4.800,00 EUR.

2. Die nicht verbrauchten Budgetmittel betrugen zum 01.03.2016 insgesamt 32.698,54 EUR. Dieser Betrag wird mit dem bewilligten Budget für die Zeit ab 01.03.2016 aufgerechnet. Eine Auszahlung des Persönlichen Budgets für den Bewilligungszeitraum erfolgt erstmalig im September 2016 in Höhe von 901,46 EUR, wenn bis zum 31.07.2016 die Nachweise laut § 4 Abs. 4 der Zielvereinbarung vom 17.03.2016 vorgelegt wurden.

3. Dieser Bescheid ergeht kostenfrei.

Zur Begründung des Bescheides berief sich der Beklagte auf das Gutachten des Herrn Dr. E. in E-Stadt vom 03.03.2016 und führte aus, dass sich an dem Gesamtsachverhalt im Ergebnis keine wesentlichen Änderungen ergeben hätten. Auch die Tatsache, dass der Vater des Klägers und seine Schwester, wie vorgetragen, regelmäßig Kontakt mit dem Kläger pflegten, ändere daran nichts. Die gemeinsamen Unternehmungen mit dem Kläger seien nicht ortsgebunden. Im Übrigen wiederholte der Beklagte seine Ausführungen aus dem Bewilligungsbescheid vom 16.10.2014 und dem Widerspruchsbescheid vom 12.11.2014. Betreffend die verfügte Aufrechnung bezog sich der Beklagte auf § 5 Abs. 5 der Zielvereinbarung vom 02.10.2014.

Der daraufhin am 14.04.2016 durch die Firma D. erhobene Widerspruch des Klägers wurde zunächst bis zur Erledigung des Klageverfahrens zu dem Aktenzeichen S 7 SO 77/14 ruhend gestellt. Im weiteren Verlauf des Widerspruchsverfahrens wurde mit Schreiben der Firma D. vom 03.08.2016 (Bd. II, Bl. 284 ff. der Verwaltungsakte) eine aktuelle Kostenaufstellung in Höhe von insgesamt 91.376,99 EUR/Jahr für insgesamt fünf Assistenzkräfte (ein Heilerziehungspfleger, ein Assistent sowie drei Helfer) vorgelegt und vorgetragen, dass es zur Entlastung der Mutter des Klägers nötig sei, dass die Assistenten 14 Stunden täglich vor Ort seien. Durch Übernahme der veranschlagten Kosten durch den Beklagten werde es weiterhin möglich sein, die Versorgung des Klägers aufrechtzuerhalten und die Mutter weiter zu entlasten. Mit Widerspruchsbescheid vom 14.09.2016 (Bd. II, Bl. 303 ff.) wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 23.03.2016 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte der Beklagte hierin Folgendes aus:

"Der AA. hat keinen Anspruch auf Übernahme der von ihm geltend gemachten Kosten in Höhe von 13.449,82 EUR monatlich im Rahmen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß den §§ 61 ff. und 53 ff. SGB XII in Verbindung mit § 17 SGB IX entsprechend. Denn dem steht nach wie vor der Mehrkostenvorbehalt nach § 13 Abs. 1 SGB XII entgegen. Der Sozialhilfeträger hat zu Recht bei der Feststellung der ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen § 13 SGB XII beachtet und bei der Bemessung des Persönlichen Budgets im Rahmen des Weiterbewilligungsverfahrens einen Kostenvergleich zwischen der gewünschten Leistung und anderen geeigneten und zumutbaren Hilfeangeboten vorgenommen. Denn der Vorrang der ambulanten Leistungen gilt dann nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Vorliegend ist das im aktuellen Verwaltungsverfahren aufgrund vorgenommener Prüfung durch den Sozialhilfeträger erzielte Ergebnis einer Geeignetheit der vorgeschlagenen Einrichtung und einer Zumutbarkeit einer stationären Unterbringung nicht zu beanstanden. Der Mitteilung der Einrichtung ,,F." vom 14.09.2016 (Blatt 302 der 2. Verwaltungsakte) - Tag der heutigen Bescheiderteilung - ist erneut und unverändert zu entnehmen, dass tatsächlich ein freier Platz zur Verfügung steht und der AA. in die Einrichtung aufgenommen werden könnte, wenn er dies wünscht.

Rechtlich steht damit zumindest eine geeignete Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 SGB XII zur Verfügung, die laut den Feststellungen des Gutachters (Blatt 230 der 1. Verwaltungsakte) und der Mitteilung der Einrichtung (Blatt 114 der 1. Verwaltungsakte) den speziellen behinderungsbedingten Anforderungen des AA. gerecht ist.

Die Betreuung, Begleitung und Förderung des AA. ist in dieser Einrichtung (F.) möglich. Die Einrichtung ist in der Lage, die erforderlichen Leistungen zu erbringen; das zentrale Begehren des AA. ist vorrangig auf Leistungen der Hilfe zur Pflege im Sinne der §§ 61 ff. SGB XII gerichtet. Er macht durchschnittlich täglich 60 Minuten Eingliederungshilfebedarf geltend, so dass der restliche Bedarf (23 Stunden) pflege- und beaufsichtigungsbedingt ist; die Eingliederungshilfe steht im Verhältnis zu der ebenfalls beantragten Hilfe zur Pflege nicht im Vordergrund.

Unabhängig von den Freizeitgestaltungsmaßnahmen mit Bekannten und Freunden wie Kinobesuche oder die sonstige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft außerhalb der Einrichtung hält die vom Sozialhilfeträger vorgeschlagene Einrichtung selbst kulturelle und beschäftigende Angebote bereit. So können Bewohner beispielsweise bei der Zubereitung der Mahlzeiten unter Aufsicht und Betreuung mitwirken. Damit gehen die Hilfen in der Einrichtung in Verbindung mit den nach wie vor möglichen Freizeitgestaltungen über das Maß der Beantragung hinaus (1 Stunde täglich). Darüber hinaus ist eine für den AA. ungeeignete Bewohnerstruktur der genannten Einrichtung nicht festzustellen.

Der Sozialhilfeträger hat auch die Gründe für und gegen die Zumutbarkeit einer stationären Unterbringung für den AA. abgewogen. Dabei hat er die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen berücksichtigt. Die Entfernung der geeigneten Einrichtung zum jetzigen Wohnort ist mit ca.24 km als eine zumutbare Wegstrecke für Besuche von Familie und Freunden zu betrachten. Es ist keine Einschränkung sozialer Kontakte zu erwarten; regelmäßige Besuche können stattfinden. Hier ist noch zu berücksichtigen, dass bei der derzeitigen Versorgung laut Angaben der Mutter (Blatt 46 der 2. Verwaltungsakte) Kontakte des AA. auf Bezugsperson/en reduziert seien. Darüber hinaus ist vor dem Hintergrund der Angaben des Vaters des AA. davon auszugehen, dass der AA. im Falle seines Umzuges in eine stationäre Einrichtung mit Erweiterung sozialer Kontakte auf z.B. Verwandte väterlicherseits rechnen kann. Die Großeltern mütterlicherseits leben 20 km entfernt, sodass hier auch keine Einschränkung des Kontakts zu befürchten ist.

Es besteht keine Gefahr, dass ein bestehendes familiäres Pflegesystem auseinandergerissen wird, weil der AA. laut Antrag sich wünscht, durch dritte Personen außerhalb des Familien- und Bekanntenkreises betreut zu werden. Darüber hinaus sind die familiären Bindungen des AA. nicht von seinem Aufenthaltsort bestimmt. Das vom AA. laut vorgelegten Unterlagen gewünschte ambulante Hilfesystem ist so konstruiert, dass sich dritte Personen 24 Stunden am Tag um ihn kümmern und sämtliche pflegerischen Verrichtungen und Begleitdienste sicherstellen sollen.

Der Sozialhilfeträger hat weiterhin erneut ein Sachverständigengutachten zur Frage eingeholt, ob dem AA. bei Umzug in eine stationäre Unterbringung ein gesundheitlicher Schaden drohen würde. Der Gutachter kam zum Schluss, dass der AA. bei einer Unterbringung im Fachpflegezentrum keine psychischen Schäden davontragen würde und dass es ihm zuzumuten sei, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Dieses Gutachten genügt den Anforderungen eines neutralen Gutachtens, da der diesem Gutachten zugrunde liegende Auftrag des Sozialhilfeträgers keine besonderen Anweisungen / Regelungen / Vorgaben bezüglich der Durchführung der Begutachtung enthalten hat; alles war - wie auch bei der ersten Begutachtung - dem Gutachter überlassen. Bei der Begutachtung sind auch keine Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers anwesend gewesen. Anzumerken ist die Tatsache, dass die Auftragserteilung des Sozialhilfeträgers am 22.01.2016 vor dem Gerichtstermin am 27.07.2016 erfolgte und diese nicht auf die Hinweise des Gerichts zurückzuführen ist. Ferner ist zu beachten, dass bei der ersten Begutachtung ebenfalls keine besonderen Anweisungen / Regelungen / Vorgaben bezüglich der Durchführung der Begutachtung vom Sozialhilfeträger erfolgt sind. Die besonderen Zeitvorgaben für die zweite Begutachtung sowie auch die Uhrzeit sind auf den Wunsch des AA. bei dem Gespräch am 29.07.2014 (Blatt 240 der 2. Verwaltungsakte) zurückzuführen. Der Untersuchungs- und Begutachtungsplan für die zweite Begutachtung wurde erstellt, um gerade zu vermeiden, dass der AA. erneut den Ablauf und die Zeit der Untersuchung kritisiert. Die Tatsache, dass Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers bei dem Ortstermin anwesend waren, war dem Gedanken geschuldet, dass er in die Lage versetzt werden sollte, zu prüfen, ob die Kritik bzw. Vorwürfe des AA. in Bezug auf alle Umstände und Ergebnisse der zweiten Begutachtung ggf: berechtigt sind oder nicht. Nach der ersten Untersuchung hat der AA. nämlich mitgeteilt, dass sich der Gutachter zu wenig Zeit für die Begutachtung genommen (max. 15 min.) und sich gar nicht mit ihm beschäftigt hatte. Des Weiteren ist zu beachten, dass "Regeln für die Begutachtungsbeobachter" objektive Begutachtungsergebnisse als Ziel hatten. Der Sozialhilfeträger wollte dadurch jegliche Beeinflussung der Begutachtung verhindern und keine Einwirkung Dritter auf den AA. zulassen.

Aufgrund der Hinweise des Gerichts am 27.07.2016 hat der Sozialhilfeträger mit Fax vom 05.08.2016 den Gutachter um Stellungnahme zu den Umständen des Begutachtungstermins am 22.08.2014 (Untersuchung mit "Untersuchungs- und Begutachtungsplan") gebeten, um zu überprüfen, ob er dieses Ziel verfehlte bzw. wie der Gutachter den Begutachtungsablauf bewertet hat. Mit Stellungnahme vom 11.08.2016 hat der Gutachter mitgeteilt, dass der Untersuchungs- und Begutachtungsplan eine neutrale und fachliche Begutachtung ermöglicht habe.

Die erste Untersuchung am 24.06.2014 ohne Begutachtungsplan hatte zu Schwierigkeiten und zu dem weiteren Termin am 22.08.2014 geführt.

Die Entscheidung des Sozialhilfeträgers, an Herrn Dr. E. als Gutachter festzuhalten, ist auch vor dem Hintergrund der Bitte des AA., einen anderen Gutachter zu beauftragen, der auch neurologisches und nicht nur psychologisches Fachwissen habe, nicht zu beanstanden. Einerseits hat der Sozialhilfeträger sich im Rahmen der §§ 20, 21 SGB X bewegt. Andererseits ist das Vorbringen des AA. ungeeignet, die fachliche Kompetenz des beauftragten Gutachters in Frage zu stellen. Dr. E. ist ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie [wird weiter ausgeführt]

...

Somit verfügt Dr. E. über medizinische Kenntnisse, die für die Auftragserfüllung erforderlich sind. Hauptzweck des Gutachtensauftrages war es prüfen zu lassen, ob der AA. bei einer stationären Unterbringung psychische Schäden davon tragen und/oder er dort einem erhöhtem ,,Leidensdruck" ausgesetzt würde. Mit Blick darauf ist die Auftragserteilung an einen Psychiater als sehr zielführend anzusehen.

Der Einwand des Bevollmächtigten des AA., der Gutachter habe bei der letzten Begutachtung Dinge vom AA. verlangt, die er aufgrund seines Krankheits- und Behinderungsbildes gar nicht leisten könne, ist ebenfalls ungeeignet, die im Rahmen der Begutachtung erzielten Ergebnisse in Frage zu stellen. Der Gutachter kannte bereits den AA ... Die Entscheidung darüber, welche Kompetenzen zu prüfen sind und welche Methoden/Begutachtungstechniken dabei einzusetzen sind, trifft ein Gutachter und nicht der Verfahrensbevollmächtigte, der keine medizinischen Kenntnisse hat.

lm Zusammenhang mit der Zumutbarkeitsfrage nach § 13 SGB Xll wurde allen Umständen dieses Einzelfalles ausreichend Rechnung getragen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Widerspruchsseite den Sozialhilfeträger bei seinen Ermittlungen passiv unterstützte bzw. lnformationen/Unterlagen selektierte, die der Sozialhilfeträger bekam. Die Betreuerin des AA. hat keine Schweigepflichtentbindung an K. erteilt. Sie hat keine Einsatzpläne zukommen lassen. Sie hat weiterhin den Arztbrief vom 24.07.2014 nicht vorgelegt mit der Begründung, dass ,,in den Arztbriefen von Dr. med. L. die gleiche Diagnose stehe und sie es nicht erforderlich finde, jetzt in kurzen Abständen den Arzt wegen der Briefe zu kontaktieren". Dieses Verhalten läuft dem § 21 Abs. 2 Satz 1 SGB X zuwider. Anzumerken ist, dass es bei der objektiven Sachverhaltsermittlung nicht darauf ankommt, was die Betreuerin für erforderlich hält, sondern darauf, dass der Gutachter sämtliche Informationen zum Gesundheitszustand bzw. zu seiner zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung erhält. Dieses Verhalten ist umso weniger nachvollziehbar, wenn man nicht außer Acht lässt, dass die Betreuerin einen Zugriff zu der Patientenmappe, unter anderem mit dem angeforderten Arztbrief vom 24.07.2014 hat (siehe MDK-Gutachten vom 28.05.2016 unter 2.2 Blatt 43 der 2. Verwaltungsakte). Die Behauptung, dem Arztbrief sei die gleiche Diagnose zu entnehmen, ist nur möglich, wenn man den Arztbrief hat und den lnhalt kennt. Ferner verfügt die Betreuerin über keine medizinischen Kenntnisse, die sie in die Lage versetzen, zu beurteilen, ob diesem Bericht neue Erkenntnisse zu entnehmen sind oder nicht.

Aufgrund der nachfolgenden Umstände kann man nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass alle Aussagen der Betreuerin korrekt sind. Die Betreuerin hat mehrmals widersprüchliche Angaben gemacht und dadurch ihre Glaubwürdigkeit selbst in Frage gestellt. Aus dem MDK-Gutachten vom 28.05.2015 (Blatt 49 der 2. Verwaltungsakte) ergibt sich, dass die Betreuerin die einzige Pflegeperson sei. Gleichzeitig ist dem Sozialhilfeträger bekannt, dass der AA. von mehreren Pflegepersonen gepflegt und betreut wird. Laut den Aussagen der Betreuerin beim MDK-Begutachtungstermin (Blatt 44 der 2. Verwaltungsakte) bestehen unveränderte erhebliche Einschränkungen im Bereich der Kognition, Selbstversorgung - die kommunikativen und exekutiven Funktionen seien nahezu aufgehoben und Handlungsketten könnten nicht geplant werden. Diese Angaben stehen wiederum im Widerspruch zu den gegenüber Herrn Dr. E. gemachten Aussagen zum Erinnerungsvermögen des AA. an frühere Ereignisse (Blatt 93 der 2. Verwaltungsakte). Weiterhin hat die Betreuerin am 29.07.2014 (Blatt 241 der 1. Verwaltungsakte) betont, dass Pflegekräfte eine Ausbildung im heilerzieherischen Bereich haben sollten. Mit Blick darauf sind die Aussagen der Mutter vom 03.03.2016, dass sie keine Qualifikationsnachweise der Assistenzkräfte angefordert habe, da es ihr nicht um Qualifikation, sondern um den persönlichen Umgang mit ihrem Sohn gehe, nicht nachvollziehbar.

Des Weiteren ist in Bezug auf den Einwand des AA., die Einrichtung könne ihn nicht optimal versorgen und fördern, zu beachten, dass es Aufgabe der Sozialhilfe ist, dem Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Menschenwürde entspricht; ein Anspruch auf die aus der Sicht des Leistungsberechtigten optimale Leistungserbringung besteht nicht. Die F Fachpflegezentrum-Leitung (Blatt 116 der 1. Verwaltungsakte) sowie der Gutachter (Blatt 230 der 1. Verwaltungsakte) haben sich dahingehend geäußert, dass der AA. dort fachgerecht gepflegt und betreut werden könne. Dieses Fachpflegezentrum stelle die Pflege, Betreuung und Therapie von Menschen mit schweren Hirnschädigungen überwiegend jüngeren und mittleren Erwachsenenalters sicher (Blatt 116 der 1. Verwaltungsakte). Darüber hinaus stehen gut ausgestattete Therapieräume für externes Therapiepersonal zur Verfügung. Dem MDK Gutachten vom 28.05.2015 ist zu entnehmen, dass aktuell der AA. Therapiepraxen aufsucht; Therapien finden somit außerhalb des häuslichen Umfeldes statt. Auch aus der Tatsache, dass der Gutachter kleinschrittige Verbesserungen im kognitiven Bereich festgestellt hat, lässt sich nicht die Erkenntnis ziehen, dass allein die vom AA. gewählte Versorgung für ihn zumutbare Bedingungen gewährleistet.

Ein Anspruch auf die aus der Sicht des Leistungsberechtigten optimale Leistungserbringung ist auch dem Art. 19 des Übereikommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (juris: UNBehRÜbk) nicht zu entnehmen. Hier ist zwischen dem Recht des AA. auf ein selbstbestimmtes Leben und dem Anspruch auf Finanzierung dieses Rechts im Rahmen der Sozialhilfe zu unterscheiden. Aus der Verpflichtung der Vertragsstaaten im Art. 19 UNBehRÜbk ergibt sich keine unbegrenzte Kostenübernahmepflicht für pflegerische Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe (Beschluss des LSG Sachsen-Anhalt vom 03.03.2011, Az.: L 8 SO 24/09 B ER, juris, Rn. 53). Art. 19 UNBehRÜbk begründet kein Recht auf ambulante Pflege und Betreuung in der eigenen Wohnung, welches unabhängig von den daraus entstehenden Kosten zu gewährleisten wäre, und vermittelt keinen einklagbaren Anspruch eines behinderten Menschen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben (Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 06.02.2014, Az.: L 20 SO 436/13 B ER, juris, Rn. 57-59). Mit Blick darauf führt auch Art. 19 UNBehRÜbk zu keiner Unzumutbarkeit einer stationären Unterbringung, die einen Kostenvergleich nach § 13 SGB XII ausschließt. Die vom AA. begehrte Auslegung des § 13 SGB Xll, nämlich im Lichte des UNBehRÜbk, hätte zur Folge, dass eine vollstationäre Pflege behinderter Menschen als Versorgungsform unter Berücksichtigung der Gleichbehandlung dann faktisch, da unzumutbar, immer ausscheiden würde. Der Gesetzgeber hat bisher in Kenntnis der Geltung der auf Ebene eines Bundesgesetzes zu berücksichtigenden völkerrechtlichen Regelungen (UNBEhRübk) an § 13 Abs. 1 SGB Xll festgehalten

(Beschluss des LSG Sachsen-Anhalt vom 22.01.2015, Az. L 8 SO 51/14 B ER).

§ 13 SGB XII steht im Einklang mit dem deutschen und internationalen Recht und ist von den Sozialhilfeträgern bei ihren Leistungsentscheidungen zu beachten, so auch im Falle des AA., so dass entsprechend dem Gesetzgeberwillen den ambulanten Gestaltungsmöglichkeiten Grenzen gesetzt sind.

In Bezug auf das Vorbringen des AA., das Persönliche Budget müsse vorliegend unabhängig von seiner Rente aus Pflegegeld und Sozialhilfe errechnet werden, ist entgegenzuhalten, dass die Leistungsausführung in Form eines Persönlichen Budgets einen wirksamen Antrag im Sinne des § 18 SGB X voraussetzt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass der behinderten Person diese Art der Leistungserbringung nicht aufgedrängt werden darf. Leistungsträger sind nicht berechtigt, das Persönliche Budget als Leistungsform von Amts wegen zu wählen, und zwar auch dann nicht, wenn dies wirtschaftlicher oder die Koordination der erforderlichen Leistungen in dieser Ausführungsform besser zu gewährleisten wäre. Der Berechtigte kann das Persönliche Budget nur für Teilbedarfe oder nur für Leistungen eines Trägers beantragen. Das ist vorliegend gerade der Fall. Der AA. hat klar und hinreichend eindeutig seinen Bedarf geltend gemacht; er hat nur vom Sozialhilfeträger und nur ,,Hilfe zur Pflege und Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Persönliches Budget" begehrt und keinen Antrag auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget gestellt (Blatt 7 der 1. Verwaltungsakte). Der Sozialhilfeträger ist somit auf den Antragsinhalt des AA., dass nur bestimmte Leistungen in Gestalt eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden sollen, gebunden und nicht berechtigt, das Pflegegeld oder andere Leistungen der Pflegekasse als Teil der zu gewährenden Budgetleistung bei der Ermittlung des Budgetvolumens zu berücksichtigen.

Der Einwand des AA., die Kostenrechnung des Sozialhilfeträgers weise Fehler auf, da sie sich an der Kalkulation der Heimkosten orientiert, ist unzutreffend. Denn bei einem Kostenvergleich sind die Kosten, die unter Berücksichtigung des Wunsches des Antragstellers erforderlich werden, mit denen, die der Sozialhilfeträger aufzuwenden hat, zu vergleichen. Vorliegend hat der Sozialhilfeträger vor dem Hintergrund der Zumutbarkeit einer stationären Unterbringung die ihn bzw. einen überörtlichen Sozialhilfeträger im Falle einer stationären Unterbringung letztendlich treffenden Kosten mit den geltend gemachten Kosten zu vergleichen, nämlich 2.733,50 EUR mit 13.449,82 EUR. Die geltend gemachten Kosten betragen vorliegend fast das Fünffache von dem, was bei einer funktional entsprechenden Leistungserbringung in der vom Sozialhilfeträger genannten Einrichtung für den Sozialhilfeträger anfiele. Allein die Differenz beläuft sich auf 10.716,32 EUR und entspricht 392 %. Die Entscheidung des Sozialhilfeträgers, aus 392 % nur 75% Mehrkosten als noch verhältnismäßig einzustufen und im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen, ist nicht zu beanstanden. Eine andere Entscheidung ist auch unter Berücksichtigung, dass beim Vorliegen der Mehrkosten die Frage nach ihrer (Un)Verhältnismäßigkeit sich nicht in einem rein rechnerischen Kostenvergleich erschöpft, und dass, die Verhältnismäßigkeit die Relation zwischen der gewünschten Gestaltung der Hilfe und den damit verbundenen Mehrkosten betrifft, nicht geboten. Denn der Sozialhilfeträger hat bei seiner Entscheidung alle Besonderheiten des vorliegenden Einzelfalles berücksichtigt und ist zu Recht zum Ergebnis gekommen, dass die Mehrkosten (392 %) zum angestrebten Verwendungszweck (23 Stunden täglich Pflege und Beaufsichtigung und 1 Stunde täglich Teilhabebedarf) außer Verhältnis stehen.

Die grundsätzliche Entscheidung des Sozialhilfeträgers bei zumutbarer stationärer Leistung und unverhältnismäßigen Kosten der ambulanten Leistung das Budgetvolumen auf den Betrag, der zu übernehmen wäre, wenn der Leistungsberechtigte stationär in eine Einrichtung unterbracht wäre, zuzüglich 75 % davon zu begrenzen, ist rechtskonform. Er hat auf diese Art und Weise sowohl das Interesse des AA., sein Leben selbstbestimmt im Rahmen einer individuell gewählten Versorgung zu gestalten, als auch die Interessen der Allgemeinheit an einer wesentlich kostengünstigeren Versorgung ausreichend berücksichtigt und damit dem Grundsatz, die aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte Sozialhilfe sparsam zu verwenden, Rechnung getragen.

Des Weiteren ist die Entscheidung des Sozialhilfeträgers bezüglich der Budgetassistenzkosten nicht zu beanstanden. Der AA. macht einen Bedarf an Budgetassistenzkosten als Dauerleistung geltend. Vorliegend können keine Budgetassistenzkosten bei der Bemessung der Höhe des Persönlichen Budgets berücksichtigt werden, weil weder die insgesamt geltend gemachten Kosten (13.449,82 EUR) unterhalb des Betrages liegen, der dem Sozialhilfeträger im Rahmen der Sachleistungsgewährung entstanden wäre, noch Indizien vorliegen, dass die Annahme eines atypischen Falles im Sinne von § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX gerechtfertigt ist. § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX schreibt vor, dass die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen, nicht überschreiten soll. Bei Neufällen soll die Höhe des Gesamtbudgets die Kosten aller individuell erst festzustellenden Leistungen nicht überschreiten. Der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 31.01.2012 (Az. B 2 U 1/11, zitiert nach juris, Rn. 44) ist zu entnehmen, dass nach Gesetzesbegründung (vgl. BT Drucks. 15/1514, S.72 zu Art. 8 Nr. 3) eine Kostenüberschreitung nur gerechtfertigt ist, wenn sie vorübergehend ist, nicht aber dauerhaft erhebliche Kosten verursacht. Der Leistungsberechtigte, der statt des Erhalts von Sachleistungen auf Geldleistungen in Form des Persönlichen Budgets umsteigen will, müsse regelmäßig zusätzliche, zur Deckung seines individuellen Bedarfs objektiv nicht erforderliche Mehrkosten in Kauf nehmen. Diese für ihn typischerweise anfallenden Mehrkosten seien zur Wahrung der Kostenneutralität des Persönlichen Budgets nicht zu berücksichtigen. Budgetassistenzkosten sind in den meisten Fällen typischerweise anfallende Mehrkosten, weil sie - wie im vorliegenden Fall - dauerhaft anfallen. Die Bundesregierung (vgl. BT-Drucks. 16/12877, S. 7) verweist ebenfalls darauf, dass bezüglich der Budgetassistenzkosten die Kostenobergrenze des § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX zu beachten ist."

Mit seiner am 10.10.2016 durch die Prozessbevollmächtigten zum Sozialgericht Fulda erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Zur Klagebegründung beruft sich der Kläger auf seine Ausführungen in dem erledigten Verfahren zu dem Aktenzeichen S 7 SO 77/14 und vertieft seine Ausführungen aus dem Vorverfahren. Im Hinblick auf die in dem vorangegangenen Leistungszeitraum nicht verbrauchten Budgetmittel in Höhe von 32.698,54 EUR lässt der Kläger vortragen, dass dies nur daran gelegen habe, dass die Leistungen nicht wie beantragt bewilligt worden seien. Wäre dies erfolgt, wären die dringend erforderlichen personellen Kräfte eingestellt und der entsprechend hierfür bewilligte Betrag verbraucht worden. So habe die Mutter des Klägers statt der dringend erforderlichen Fachkräfte die Leistungen unter Einsatz ihrer eigenen Kräfte und ihrer eigenen Gesundheit selbst aufgebracht, wozu sie körperlich und psychisch nicht mehr in der Lage sei, so dass der Einwand der Gegenseite, Budgetmittel in Höhe von über 30.000 EUR seien nicht verbraucht worden, irreführend sei und nicht darüber hinwegtäuschen könne, dass die Budgetmittel dringend benötigt würden.

Der Kläger beantragte ursprünglich,
den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 zu verpflichten, dem Kläger entsprechend seinem Folgeantrag für die Zeit ab dem 01.03.2016 Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets für eine ambulante 24-Stunden-Betreuung als Arbeitgebermodell in Höhe von 13.449,82 EUR monatlich für den Zeitraum ab dem 01.03.2016 zu

bewilligen und zu zahlen, namentlich für Hilfe zur Pflege und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Maßgabe der §§ 53, 54, 57 und 61 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Verbindung mit § 17 Abs. 2 - 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Verbindung mit der Budget-Verordnung.

Nachdem der Kammervorsitzende den Kläger mit gerichtlicher Verfügung vom 19.02.2018 in Vorbereitung der mündlichen Verhandlung vom 03.03.2018 aufforderte, dem Gericht gegenüber darzulegen, inwieweit die in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum angefallenen monatlichen Kosten durch die von dem Beklagten gewährten Leistungen zuzüglich Leistungen der Pflegekasse bzw. aus sonstigem zu berücksichtigendem Einkommen und/oder Vermögen gedeckt werden konnten, ließ der Kläger mit Schreiben seines Prozessbevollmächtigten vom 28.02.2018 vortragen, dass auch in dem nunmehr abgelaufenen Bewilligungszeitraum der monatliche Bedarf durch die von dem Beklagten gewährten Leistungen zuzüglich Leistungen der Pflegekasse habe gedeckt werden können. Dies sei nur dadurch bedingt, dass die Pflegeleistungen, welche eigentlich aus dem Persönlichen Budget in korrekter Höhe zu bezahlen gewesen seien und auf die der Kläger einen Anspruch habe, von der Mutter des Klägers auf Kosten ihrer Gesundheit übernommen worden seien. Der Kläger sei schlechterdings nicht in der Lage gewesen, das Honorar sowie die Sozialversicherungsbeiträge für die dringend erforderlichen zusätzlichen Pflegekräfte aus eigenen Mitteln zu begleichen. Daneben wären die dringend benötigten zusätzlichen Pflegekräfte sicherlich nicht bereit gewesen, ohne Lohn so lange zu arbeiten, bis der lange andauernde Rechtsstreit über die Höhe des Persönlichen Budgets schlussendlich rechtskräftig entschieden sei. Dementsprechend habe die Mutter des Klägers zulasten ihrer Gesundheit die zusätzlichen Pflegeleistungen notgedrungen übernommen, wozu sie bereits im vergangenen Bewilligungszeitraum unter medizinischen Gesichtspunkten nicht mehr in der Lage gewesen sei und auch im Folgezeitraum erst recht nicht mehr in der Lage sein werde. Der Kläger verwies in diesem Zusammenhang auf eine ärztliche Bescheinigung der seine Mutter und Betreuerin behandelnden Internisten vom 26.02.2018 (Bl. 223 der Gerichtsakte). Weiterhin kündigte der Kläger die Stellung eines Fortsetzungsfeststellungsantrages an. Der Kläger vertritt insoweit die Auffassung, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden dürfe, dass der Beklagte seine Entscheidung für den anstehenden Bewilligungszeitraum ab 01.03.2018 wieder darauf stützen werde, dass ihm im Sinne des § 13 Abs. 1 S. 3 bis S. 5 SGB XII die stationäre Unterbringung in dem F. Fachpflegezentrum in F-Stadt zumutbar sei. Am 09.02.2018 sei durch die Firma D. namens und im Auftrag des Klägers für den Zeitraum ab dem 01.03.2018 ein Folgeantrag über ein monatlich zu bewilligendes Budget in Höhe von 16.809,05 EUR gestellt worden. Es bestehe eine hinreichend konkrete Wahrscheinlichkeit, dass der Beklagte mit der gleichen Begründung wie in dem hier streitgegenständlichen Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 Leistungen ablehnen und wiederum nur in der bisher bewilligten Höhe bewilligen und zahlen werde. Der Kläger ist dementsprechend der Auffassung, dass das insoweit erforderliche Fortsetzungsfeststellungsinteresse vorliege, da eine konkrete Wiederholungsgefahr gegeben sei, weil die hinreichend konkrete Wahrscheinlichkeit bestehe, dass unter im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen und rechtlichen Umständen ein vergleichbarer, ablehnender Verwaltungsakt ergehen werde.

Der Kläger beantragt nunmehr,
festzustellen, dass der streitgegenständliche Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 rechtswidrig war und der Beklagte verpflichtet war, dem Kläger für die Zeit vom 01.03.2016 bis zum 28.02.2018 Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets für eine ambulante 24-Stunden-Betreuung als Arbeitgebermodell in Höhe von 13.449,82 EUR/Monat zu bewilligen und zu zahlen, namentlich für Hilfe zur Pflege und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Maßgabe der §§ 53, 54, 57 und 61 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Verbindung mit § 17 Abs. 2-4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Verbindung mit der Budget-Verordnung (a.F.).

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung des Klageabweisungsantrages beruft sich der Beklagte auf die Ausführungen in den streitgegenständlichen Bescheiden.

Für das weitere Vorbringen der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte, auf die beigezogene Gerichtsakte zu dem erledigten Verfahren S 7 SO 77/14 sowie auf die beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen.

Bereits am 23.09.2016 wandte sich der Kläger, vertreten durch seine Betreuerin, an das Sozialgericht Fulda mit dem Begehren, den Beklagten zu verpflichten, die ab dem tatsächlichen Verbrauch des in dem Bescheid des Beklagten vom 23.03.2016 angerechneten Betrages in Höhe von 32.698,54 EUR angefallenen Pflegekosten sowie die weiteren bis zur regulären Auszahlung des Budgets anfallenden Kosten zu übernehmen. Mit Beschluss vom 19.10.2016 hat das Gericht festgestellt, dass die am 10.10.2016 erhobene vorliegende Klage gegen die mit Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 erklärte Aufrechnung aufschiebende Wirkung entfaltet. Daneben hat das Gericht den Beklagten unter Aufhebung der Vollziehung der in dem Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 erklärte Aufrechnung verpflichtet, dem Antragsteller die bewilligten Sozialhilfeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets für den Monat August 2016 in Höhe von 4.800,00 EUR und für den Monat September 2016 in Höhe von 3.898,54 EUR auszuzahlen.

Sodann hat das Gericht in dem hiesigen Rechtsstreit von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei dem Psychotherapeuten und Neuropsychologen, Herrn Dipl-Psych. M. in M-Stadt, in Auftrag gegeben und den Sachverständigen ermächtigt, zur Beantwortung der Beweisfragen eine Pflegesachverständige hinzuzuziehen und insoweit den Umfang der Beweiserhebung selbstständig zu bestimmen. Der Sachverständige zog hierauf die Krankenschwester, Heimleiterin und Inhaberin der Firma N. in N-Stadt, Frau O., hinzu und begutachtete den Kläger am 16.05.2017 in dessen häuslicher Umgebung. Im Anschluss daran suchten der Sachverständige M. und die hinzugezogene Pflegesachverständige das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt auf.

In seinem Gutachten vom 17.06.2017 fasste der gerichtliche Sachverständige die bei dem Kläger diagnostizierten Erkrankungen als "Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2)" zusammen. Weiterhin führte der Sachverständige aus, dass der Kläger nach Angaben der Mutter hauptsächlich von dieser selbst im Umfang von 24 Stunden täglich betreut werde. Gelegentlich würden bei Bedarf die Begleitung zu Freizeitaktivitäten, Aufsicht, Anleitung und Pflege von drei angelernten Betreuungskräften im Rahmen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse geleistet. Der Kläger brauche feste, begleitende Bezugspersonen (Alltagsbegleiter), examinierte Pflegekräfte seien dazu nicht erforderlich. Der Pflegebedarf sei zum Zeitpunkt der Begutachtung vollständig abgedeckt gewesen. Jedoch sei nach Einschätzung des Sachverständigen und der hinzugezogenen Pflegesachverständigen eine zeitweise Entlastung der Mutter des Klägers

wünschenswert. Im Rahmen der Begutachtung sei deutlich geworden, dass die Mutter des Klägers dessen Pflege und Betreuung zum Lebensinhalt gemacht habe. Es sei eine von gegenseitig starker Abhängigkeit geprägte, symbiotisch anmutende Beziehung zwischen Mutter und Sohn vorgefunden worden. Der Kläger sei eigeninitiativ nicht in der Lage, am sozialen Leben teilzunehmen. Die mit ihm durchgeführten Aktivitäten seien im Hinblick auf den sozialen, kommunikativen Kontakt mit anderen Personen stark reduziert.

Weiterhin führte der Sachverständige in seinem Gutachten aus, dass er und die hinzugezogene Pflegesachverständige nach sorgfältiger Abwägung aller relevanten Aspekte zu dem Ergebnis gekommen seien, dass das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt keine geeignete Einrichtung zur dauerhaften Unterbringung des Klägers sei. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem dortigen Geschäftsführer sowie dem dortigen Pflegedienstleiter sei recht schnell deutlich geworden, dass der Bedarf an Teilhabeleistungen, wie ihn der Kläger zeige und gewohnt sei, dort nicht abgedeckt werden könne. Soziale Kontakte seien fast ausschließlich über externe Besuche möglich. Das Freizeitangebot des Fachpflegezentrums entspreche in keiner Weise den Bedürfnissen des Klägers. Daneben führte der Sachverständige aus, dass bei einer externen Unterbringung des Klägers zum einen ein Nachlassen des pflegerischen Zustandes und zum anderen ein Stillstand, wenn nicht die Rückbildung des bereits erreichten kognitiven Leistungsniveaus zu befürchten sei. In dem vorgenannten Fachpflegezentrum befänden sich nach Angaben des Geschäftsführers und des Pflegedienstleiters derzeit Personen im Alter von 18 bis über 70 Jahren, der Altersdurchschnitt betrage etwa 50 Jahre. Dies bedeute, dass die Altersstruktur von Menschen mit höherem Lebensalter geprägt sei. Wünschenswert seien aber eher Kontakte mit Männern und Frauen in vergleichbarem Alter und, wenn möglich, in vergleichbarer Lebenssituation.

Bei dieser Einschätzung verblieb der gerichtliche Sachverständige auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07.11.2017.

Weiterhin hat der Sachverständige sein Gutachten im Termin der mündlichen Verhandlung nochmals persönlich erläutert. Es wird insoweit auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 07.03.2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Streitgegenständlich ist vorliegend der Zeitraum 01.03.2016 bis 28.02.2018. Der Kläger begehrte insoweit zunächst die Weiterbewilligung der bis zum 29.02.2016 gewährten Leistungen in derselben Höhe wie sie ursprünglich beantragt wurden, mit dem Ziel, mithilfe der beantragten Leistungen im Rahmen des Arbeitgebermodells Pflegepersonal zu beschäftigen. Da mittlerweile feststeht, dass die Pflege des Klägers von dem durch den Beklagten bislang bewilligten Betrag in Höhe von 4.800,00 EUR/Monat im Wesentlichen ausschließlich durch die Mutter sichergestellt wurde und insoweit auch keine weiteren Schulden angefallen sind, gibt es faktisch keinen ungedeckten Bedarf, welcher für den streitgegenständlichen Zeitraum noch zu befriedigen wäre. Für den hier streitgegenständlichen Zeitraum ist mithin Erledigung eingetreten.

Der ursprüngliche Klageantrag ist allerdings zulässig auf einen Fortsetzungsfeststellungsantrag umgestellt worden und insoweit statthaft.

Nach § 131 Abs. 1 S. 3 SGG, welcher nicht nur bei unzulässig gewordenen Anfechtungsklagen, sondern auch bei unzulässig gewordenen Verpflichtungsklagen oder kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklagen analog anwendbar ist (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, § 131, Rn. 7c) spricht das Gericht auf Antrag durch Urteil aus, dass der Verwaltungsakt rechtswidrig ist, wenn sich dieser vorher durch Zurücknahme oder anders erledigt hat und der Kläger ein berechtigtes Interesse an dieser Feststellung hat.

Wie bereits ausgeführt, ist aus den oben genannten Gründen Erledigung eingetreten. Zudem war die Klage vor Eintritt des erledigenden Ereignisses auch im Übrigen zulässig. Der Kläger hat daneben auch ein berechtigtes Interesse an der geltend gemachten Feststellung der Rechtswidrigkeit des Bescheides vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016. Insoweit genügt ein durch die Sachlage vernünftigerweise gerechtfertigtes Interesse, das rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Natur sein kann. Die angestrebte Entscheidung muss geeignet sein, die Position des Klägers zu verbessern (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, § 131, Rn. 10a). Als berechtigtes Interesse im vorgenannten Sinne kommt hier eine Wiederholungsgefahr in Betracht. Ausreichend ist insoweit die konkrete, in naher Zukunft oder absehbarer Zeit tatsächlich bevorstehende Gefahr eines gleichartigen Verwaltungsaktes bei im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen und rechtlichen Umständen. Dass die tatsächlichen Verhältnisse nicht gänzlich gleichartig sind, schadet nicht. Die Gefahr muss hinreichend konkret sein. Sie besteht, wenn mit einiger Wahrscheinlichkeit eine derartige Situation eintreten wird. Das Feststellungsinteresse ist erst recht zu bejahen, wenn bereits ein neuer Verwaltungsakt mit gleicher Belastung ergangen ist, ohne dass ein Fall des § 96 SGG gegeben ist, es sei denn, dass der neue Verwaltungsakt auf wesentlich anderer Rechtsgrundlage erlassen wurde (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, § 131 Rn. 10b m.w.N.).

Vorliegend wurde bis zum Termin der mündlichen Verhandlung zwar noch kein weiterer Bescheid für den Leistungszeitraum ab 01.03.2018 erlassen. Das Gericht hat allerdings keine Bedenken am Vorliegen einer Wiederholungsgefahr im vorgenannten Sinne, da weder erkennbar ist, dass sich der Beklagte zwischenzeitlich der Rechtsauffassung des Klägers im Hinblick auf die von diesem vertretene Unzumutbarkeit der Inanspruchnahme stationärer Leistungen angeschlossen hätte, noch sind irgendwelche Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass der Beklagte für den anstehenden Folgezeitraum eine inhaltlich anderslautende Entscheidung treffen wird als für den vergangenen Leistungszeitraum. Der Kläger hat mithin ein berechtigtes Interesse an der geltend gemachten Feststellung der Rechtswidrigkeit des Bescheides vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 in Form der Wiederholungsgefahr.

Die Fortsetzungsfeststellungsklage ist auch begründet. Der Bescheid vom 23.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.09.2016 war rechtswidrig und verletzte den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hatte in dem Zeitraum 01.03.2016 bis 28.02.2018 einen Anspruch auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets für eine ambulante 24-Stunden-Betreuung als Arbeitgebermodell in ursprünglich beantragter Höhe.

Soweit die Leistungen als Persönliches Budget begehrt wurden, bleibt zunächst festzuhalten, dass hier keine Leistungsbewilligung im Rahmen eines "klassischen" trägerübergreifenden Persönlichen Budgets im Sinne des § 17 SGB IX (in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) beantragt wurde, da § 17 SGB IX gerade das Zusammenwirken mehrerer Rehabilitationsträger bei der Leistungserbringung an einen Berechtigten betrifft. Vorliegend wurden indes ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII sowie Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII von ein und demselben

Leistungsträger als so genanntes Teil- Persönliches Budget begehrt, wogegen im Grunde aber keine Bedenken bestehen (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 – B 2 U 1/11 R –, BSGE 110, 83-93, SozR 4-3250 § 17 Nr 3, juris, Rn. 40).

Anspruchsgrundlage für die ursprünglich begehrten Leistungen ist § 19 Abs. 3 SGB XII. Danach werden Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel dieses Buches geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels dieses Buches nicht zuzumuten ist.

Gemäß § 53 Abs. 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. Dass der Kläger hieran gemessen dem Grunde nach leistungsberechtigt war, begegnet keinen Bedenken. Gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind Leistungen der Eingliederungshilfe neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX insbesondere die in den Nummern 1 bis 5 aufgeführten Hilfen.

Nach § 61 Abs. 1 S. 1 SGB XII (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) ist Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, Hilfe zur Pflege zu leisten. Die Hilfe zur Pflege umfasst gemäß § 61 Abs. 2 S. 2 SGB XII häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen. Nach § 61 Abs. 2 S. 3 SGB XII kann die Hilfe zur Pflege auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden. § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden. Nach § 65 Abs. 1 S. 1 HS 1 SGB XII (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) sind Pflegebedürftigen im Sinne des § 61 Abs. 1 die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten. Ist neben oder anstelle der Pflege nach § 63 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten gemäß § 65 Abs. 1 S. 2 SGB XII zu übernehmen. Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie gemäß § 66 Abs. 4 S. 2 SGB XII (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 anzurechnen (§ 66 Abs. 4 S. 3 SGB XII).

Soweit die Vorschriften des Siebten Kapitels des SGB XII mit Wirkung vom 01.01.2017 geändert wurden, finden sich entsprechende Regelungen nunmehr in den §§ 61, 63 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 f), 63 b Abs. 6 und 64 f Abs. 3 SGB XII.

Vorliegend wurden von dem Kläger Leistungen der Hilfe zur Pflege und Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beantragt, also Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach § 53 ff. SGB XII. Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege (für die Abgrenzung der Eingliederungshilfe zu den Leistungen der Pflegeversicherung gilt dasselbe, vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 28.06.2007 – L 7 SO 414/07, juris, Rn. 28 m.w.N.) verfolgen im Ausgangspunkt unterschiedliche Zielrichtungen. Während die Hilfe zur Pflege der Gefahr begegnen soll, dass der behinderte Mensch an den Grunderfordernissen des täglichen Lebens scheitert und insoweit auf Erhaltung und Bewahrung abstellt, strebt die Eingliederungshilfe an, den Zustand des behinderten Menschen zum Besseren zu verändern, zumindest aber eine Verschlechterung zu verhindern. Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege schließen sich jedoch nicht von vornherein gegenseitig aus; vielmehr kann für beide Hilfearten im Einzelfall nebeneinander Raum sein, zumal die Eingliederungshilfe offen für pflegerische Gesichtspunkte ist (vgl. § 53 Abs. 3 Satz 2, § 55 SGB XII). Gerade bei Aufsichts- und Betreuungsleistungen ist es nicht ausgeschlossen, dass diese auch als Eingliederungshilfe beansprucht werden können (LSG Sachsen, Beschluss vom 23.06.2015 – L 8 SO 8/15 B ER, juris, Rn. 15 m.w.N.; Meßling in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 61 SGB XII, Rn. 16, 17).

Ausgehend von diesen Grundsätzen lag der Schwerpunkt vorliegend in den Leistungen der Hilfe zur Pflege, wobei das Begehren des Klägers daneben aber auch auf die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gerichtet war. Dass dem Kläger jedenfalls dem Grunde nach die begehrten Leistungen nach dem SGB XII zustanden, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Insoweit steht auch zur Überzeugung des Gerichts fest, dass der Kläger in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum dem Grunde nach einen entsprechenden Hilfebedarf hatte, den er nicht durch eigenes Einkommen und Vermögen decken konnte. Dass der Kläger in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum auch einen Anspruch auf Gewährung von Sozialhilfeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets für eine ambulante 24 Stunden-Betreuung in ursprünglich beantragter Höhe einschließlich der Kosten für eine Budgetassistenz hatte, folgt daraus, dass ihm zur Überzeugung des Gerichts zum einen Leistungen für eine geeignete stationäre Einrichtung nicht zumutbar waren und zum anderen keine Bedenken an der von der Firma D. vorgelegten Kostenkalkulation zum Persönlichen Budget vom 25.03.2014 (Bd. I, Bl. 3 ff der Verwaltungsakte) bestehen.

Nach § 13 Abs. 1 SGB XII können die Leistungen entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles für die Deckung des Bedarfs außerhalb von Einrichtungen (ambulante Leistungen), für teilstationäre oder stationäre Einrichtungen (teilstationäre oder stationäre Leistungen) erbracht werden. Vorrang haben ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen. Der Vorrang der ambulanten Leistung gilt nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Bei der Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit zu prüfen. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. Bei Unzumutbarkeit ist ein Kostenvergleich nicht vorzunehmen. Einrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind gemäß § 13 Abs. 2 SGB XII alle Einrichtungen, die der Pflege, der Behandlung oder sonstigen nach diesem Buch zu deckenden Bedarfe oder der Erziehung dienen.

§ 13 Abs. 1 S. 2 SGB XII stellt ein grundsätzlich geltendes Rangverhältnis der Leistungsarten untereinander auf, wonach einer ambulanten Leistung gegenüber einer teilstationären oder einer stationären Leistung der Vorzug zu gewähren ist. Dieser Vorrang der ambulanten Leistung dient nach dem Willen des Gesetzgebers der Unterstützung von Behinderten und pflegebedürftigen Menschen, ein möglichst selbstständiges Leben zu führen (Bundestagsdrucksache 15/1514, S. 2). Die besagte Vorrangregelung soll soweit möglich strikt

durchgehalten werden, erfordert jedoch in Ausnahmefällen eine Abweichung, die in den folgenden Sätzen geregelt wird. Wenn der Träger der Sozialhilfe auf eine stationäre Leistung anstelle einer ambulanten Leistung verweisen möchte, setzt dies zunächst voraus, dass dem Hilfebedarf der Leistungsberechtigten im Hinblick auf ihre persönliche und familiäre Situation und auf ihr Alter Rechnung getragen wird. Erweist sich eine stationäre Hilfe unter Abwägung der vorgenannten Gesichtspunkte bereits als unzumutbar, bleibt für die Prüfung der Unverhältnismäßigkeit der Mehrkosten für den Träger der Sozialhilfe kein Raum (Bundestagsdrucksache 15/1514, S. 56). Sofern der Vorrang ambulanter Leistungen vor teilstationären oder stationären Leistungen indes wegfällt, führt dies dazu, dass das dem Sozialhilfeträger durch § 13 Abs. 1 S. 1 grundsätzlich eingeräumte Ermessen durch die Rangfolge nicht länger gebunden ist und dem Sozialhilfeträger hierdurch ermöglicht wird, fiskalische Erwägungen bei der Auswahl der Leistungsform mit einfließen zu lassen, sofern stationäre Leistungen bei grundsätzlicher Eignung für den Hilfesuchenden zumutbar sind und die ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre (Waldhorst-Kahnau in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 13 SGB XII, Rn. 31, 32).

Zu prüfen war daher vorliegend, ob die Auffassung des Beklagten, wonach zum einen Leistungen für eine geeignete stationäre Einrichtung im streitgegenständlichen Zeitraum zumutbar und zum anderen die begehrten ambulanten Leistungen mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden waren, zutreffend ist, mit der Folge, dass dann der grundsätzlich bestehende Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen (§ 13 Abs. 1 S. 2 SGB XII) durchbrochen wäre.

Dass es sich bei dem F. Fachpflegezentrum in F-Stadt dem Grunde nach um eine geeignete stationäre Einrichtung im Sinne von § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII handelt, ist vorliegend, soweit es den hier streitgegenständlichen Zeitraum anbelangt, zu bejahen. Insoweit beschreibt der Begriff der Eignung die grundsätzliche Tauglichkeit der stationären Einrichtung zur Erfüllung des individuellen Hilfebedarfs (Waldhorst-Kahnau in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 13 SGB XII, Rn. 33). Zwar könnte eine Eignung im vorgenannten Sinne angesichts der Ausführungen des Sachverständigen im Termin der mündlichen Verhandlung im Hinblick auf die schwerpunktmäßige Ausrichtung der vorgenannten Einrichtung auf Menschen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen in der Phase F bezweifelt werden, soweit der Sachverständige ausführte, dass er den Kläger, ausgehend von dessen aktuellem Zustand, der Phase E (Betreuung zu Hause mit Unterstützung) zuordnen würde. Da allerdings auch der Sachverständige nicht verlässlich einzuschätzen vermochte, ob der Kläger bereits seit Beginn des hier streitgegenständlichen Zeitraums (März 2016) der Phase E zugehörte oder aber seine Einschätzung ausschließlich der deutlichen Verbesserung des Zustandes des Klägers geschuldet ist, gelangt die Kammer jedenfalls nicht zu der hinreichenden Überzeugung, dass die Einrichtung von vornherein ungeeignet war. Weiterhin bestätigte zum einen die Einrichtung selbst mehrfach gegenüber dem Beklagten, dass dort eine Aufnahme des Klägers im Hinblick auf dessen Erkrankungen möglich sei. Daneben wurde diese abstrakte Geeignetheit auch durch den von dem Beklagten im Vorverfahren beauftragten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Herrn Dr. E. in E-Stadt, sowie von dem gerichtlich bestellten Sachverständigen in dem dem Gutachten beigefügten Fragebogen so bestätigt. Soweit der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07.11.2017, Seite 2 (Bl. 190 der Gerichtsakte), sowie im Termin der mündlichen Verhandlung ausführt, dass sowohl der Geschäftsführer und der Pflegedienstleiter der besagten Einrichtung als auch der gerichtlich bestellte Sachverständige und die von ihm hinzugezogene Pflegesachverständige übereinstimmend zu der Einschätzung gelangt seien, dass das F. Fachpflegezentrum in F-Stadt keine für den Kläger geeignete Einrichtung sei, bezieht sich diese Einschätzung zur Überzeugung der Kammer nicht auf die abstrakte Eignung an sich, sondern auf die Frage einer Zumutbarkeit im Sinne des § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII (vgl. nachfolgend).

Nicht anzuschließen vermag sich das Gericht indes der Auffassung des Beklagten, wonach dem Kläger die Inanspruchnahme von Leistungen in der vorgenannten geeigneten stationären Einrichtung auch zumutbar war.

Eine gemäß § 13 Abs. 1 S. 4 SGB XII vorrangig zu prüfende Zumutbarkeit stationärer Leistungen ist, wie aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 1 S. 5 SGB XII sowie aus der Gesetzesbegründung (siehe oben) folgt, nur dann gegeben, wenn den persönlichen Belangen des Leistungsempfängers in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird. Dabei sind Nutzen und Gefahren einer stationären Maßnahme für den Betroffenen abzuwägen. Einzubeziehen sind die persönlichen, familiären und örtlichen Bedürfnisse in angemessener Weise (Waldhorst-Kahnau in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 13 SGB XII, Rn. 34). Hieran gemessen gelangt die Kammer nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung vom 07.03.2018 und nach einer Gesamtabwägung insbesondere unter Würdigung der keinen Bedenken begegnenden Ausführungen des Sachverständigen in dessen gutachterlichen Stellungnahmen sowie im Verhandlungstermin - zu der Überzeugung, dass dem Kläger die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum als Folge der entgegenstehenden persönlichen, familiären und örtlichen Bedürfnisse des Klägers unzumutbar war.

Die persönliche Unzumutbarkeit der vorgenannten Sinne folgt zunächst aus der Altersstruktur der Einrichtung. Wie der Sachverständige nochmals im Termin der mündlichen Verhandlung bestätigte, hielten sich zum Zeitpunkt des Ortstermins 57 Bewohner in der Einrichtung auf, von denen lediglich drei das Alter zwischen 18 und 30 Jahren aufwiesen. Von diesen drei Personen lag zudem eine Person im Wachkoma. Der Sachverständige führte hierzu in seinem Gutachten aus, dass der Altersdurchschnitt in der Einrichtung etwa 50 Jahre betrage, die Altersstruktur dementsprechend von Menschen mit einem höheren Lebensalter geprägt sei. Der Kläger hingegen war zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den Sachverständigen erst 27 Jahre alt, was letztlich im Vergleich zu den übrigen dortigen Bewohnern – einen erheblichen Altersunterschied bedeutet. Allein dieser Altersunterschied ist zumindest als Indiz für eine Unzumutbarkeit der Inanspruchnahme der hier einzig in Betracht kommenden stationären Einrichtung im vorgenannten Sinne zu werten. Dies gilt umso mehr in Anbetracht des Umstandes, dass die Einrichtung, wie bereits ausgeführt, im Schwerpunkt auf Menschen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen in der Phase F ausgerichtet ist, was bereits Zweifel daran aufkommen lässt, ob der Kläger überhaupt in der Lage gewesen wäre, Kontakt zu den übrigen Bewohnern aufzunehmen oder nicht vielmehr eine soziale Isolierung des Klägers gedroht hätte. Darüber hinaus bestätigte der Sachverständige im Termin der mündlichen Verhandlung, dass auch aufgrund der schweren Erkrankungen und eingeschränkten Mobilität der weit überwiegenden Zahl der sonstigen Bewohner die Gelegenheit zur Kontaktaufnahme mit dem Kläger von vornherein fehlen würde. Das Gericht sieht sich nicht veranlasst, an dieser Einschätzung des Sachverständigen zu zweifeln. Zwar mag man dem entgegenhalten, dass der Kläger, welcher in dem streitgegenständlichen Zeitraum gleichsam "rund um die Uhr" fast ausschließlich von seiner Mutter betreut und gepflegt wurde, auch an seinem Wohnort kaum Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit Dritten wahrgenommen hat, zumal auch sein gesamter Freundeskreis, welcher vor dem Unfall existierte, weggebrochen ist. Insoweit bleibt allerdings zu bedenken, dass der Kläger zum einen, wie durch seine Mutter im Termin der mündlichen Verhandlung bestätigt, durchaus Besuche durch Verwandte erhält. Zum anderen ist die Situation, die der Kläger bei einer 24-Stunden-Betreuung in einer stationären Einrichtung mit Pflegekräften, welche sich nur zeitlich sehr begrenzt um ihn kümmern könnten, von vornherein nicht mit der zu vergleichen, dass, wie tatsächlich geschehen, eine vertraute Bezugsperson permanent ansprechbar ist. Das Nichtbestehen von Kontakten zu Dritten

wirkt sich daher ganz offensichtlich im Falle einer ambulanten Betreuung zu Hause weit weniger aus als bei einer stationären Betreuung.

Der wesentliche Grund, welcher die Kammer zu der Einschätzung gelangen lässt, dass die Inanspruchnahme von stationären Leistungen dem Kläger im streitgegenständlichen Zeitraum persönlich unzumutbar war, ist jedoch der, dass der Kläger, dessen Kommunikationsfähigkeit ohnehin eingeschränkt ist, mit seiner Mutter eine sehr vertraute Person in seiner unmittelbaren Umgebung hatte, was im Falle der Betreuung in einer stationären Einrichtung nicht im Ansatz in diesem Umfang hätte gewährleistet werden können. Hinzu kommt, dass der Kläger und seine Mutter ganz offensichtlich keine "gewöhnliche" Mutter-Kind-Beziehung führten und führen. Der Sachverständige beschrieb die Beziehung des Klägers zu seiner Mutter im Termin der mündlichen Verhandlung als eine wechselseitige Abhängigkeit als Folge des langjährigen Zusammenlebens beider und als Folge der Unterstützung durch die Mutter. Der Sachverständige führte aus, dass die von ihm hinzugezogene Pflegesachverständige und er diese Beziehung nicht als gewöhnlich bezeichnen würden und bezeichnete diese Beziehung in seinem Gutachten vom 17.06.2017 als "symbiotisch anmutend". Die Kammer ist zu der Überzeugung gelangt, dass ein Umzug des Klägers in eine stationäre Einrichtung, welcher sich zwangsläufig als wesentlicher Eingriff in diese Beziehung zwischen dem Kläger und seiner Mutter dargestellt hätte, schon vor diesem Hintergrund erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische Stabilität des Klägers nach sich gezogen hätte. Diese Einschätzung ändert sich auch nicht dadurch, dass sich im Falle der ambulanten Betreuung des Klägers durch externe Assistenzkräfte dessen Mutter zu einem Großteil aus der Betreuung zurückgezogen hätte. Denn auch in diesem Fall wäre es dabei geblieben, dass der Kläger weiterhin jedenfalls in unmittelbarer Nähe seiner Mutter gelebt und gewohnt hätte und diese – selbst wenn sie eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätte, jedenfalls in ihrer Freizeit, an Wochenenden und des Nachts immer als Ansprechpartnerin für den Kläger zur Verfügung gestanden hätte.

Gleiches gilt im Ergebnis für die familiären Bedürfnisse des Klägers. Insoweit ist den familiären Gründen schon wegen der Regelung des § 16 SGB XII, wonach bei Leistungen der Sozialhilfe die besonderen Verhältnisse in der Familie der Leistungsberechtigten berücksichtigt werden sollen, besondere Beachtung beizumessen. Die Sozialhilfe soll die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anregen und den Zusammenhalt der Familie festigen. Insoweit ist vorliegend erneut insbesondere auf die als Folge des langjährigen Zusammenlebens gefestigte und außergewöhnlich enge Beziehung zwischen dem Kläger und seiner Mutter (siehe oben) als wesentlicher Umstand abzustellen. Zwar ist es zutreffend, dass der Kläger selbst bei einem dauerhaften stationären Aufenthalt in der hier in Betracht kommenden Einrichtung weiterhin familiäre Kontakte pflegen könnte, da die Einrichtung von seinem jetzigen Wohnort nicht derart weit entfernt liegt, dass schon aufgrund dieser Entfernung Besuche von Verwandten erschwert oder unmöglich gemacht würden. Die familiären Bedürfnisse des Klägers sind aber ganz offensichtlich nicht in erster Linie auf Kontakte zu anderen Familienangehörigen ausgerichtet, sondern ganz überwiegend auf den Kontakt zu seiner Mutter. Die im Rahmen des nach § 13 Abs. 1 S. 5 SGB XII zu berücksichtigenden besonderen familiären Gründe waren folglich gerade in diesem besonderen familiären Verhältnis zwischen dem Kläger und seiner Mutter zu sehen. Schließlich bleibt zu beachten, dass die insoweit ausgeführten familiären Bedürfnisse des Klägers auch dem Schutz des Art. 6 Abs. 1 GG unterfallen. Art. 6 Abs. 1 GG schützt das Zusammenleben von Eltern und Kindern in einer häuslichen Gemeinschaft. Hierunter fallen auch die volljährigen Kinder. Für eine seelische Stabilisierung auch von erwachsenen Familienmitgliedern gewinnt das Eltern-Kind-Verhältnis in Krisensituationen der Persönlichkeit erhöhte Bedeutung. Der Schutz des Familiengrundrechts zielt generell auf den Schutz spezifisch familiärer Bindungen, wie sie auch zwischen erwachsenen Familienmitgliedern bestehen können (Burghart in: Leibholz/Rinck, Grundgesetz, 75. Lieferung 10.2017, Art. 6 GG, Rn. 63). Art. 6 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 GG schützt die Familie zunächst und zuvörderst als Lebens- und Erziehungsgemeinschaft. Eine Familie als verantwortliche Elternschaft wird von der prinzipiellen Schutzbedürftigkeit des heranwachsenden Kindes bestimmt. Mit wachsender Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Kindes treten Verantwortlichkeit und Sorgerecht der Eltern zurück. Die Lebensgemeinschaft kann dadurch zur bloßen Hausgemeinschaft werden. Die Haus- oder Lebensgemeinschaft setzt sich in der Familie unter Erwachsenen von Rechts wegen fort, wenn weiterhin Unterhalt oder Beistand geleistet wird und dies in einer Hausgemeinschaft geschieht. Die in Art. 6 Abs. 1 GG enthaltene "wertentscheidende Grundsatznorm", nach welcher der Staat die Familie zu schützen und zu fördern hat, erreicht zwar nicht das Maß an Verbindlichkeit, das der Institutsgarantie oder dem Freiheitsrecht eigen ist. Der zur Berücksichtigung familiärer Bindungen verpflichtende Schutzauftrag des Staates wirkt jedoch auf die gesamte die Familie betreffende Rechtsordnung ein, mag sie zu Eingriffen ermächtigen, zu Leistung und Teilhabe berechtigen oder zum Handeln, Dulden oder Unterlassen verpflichten (BVerfG, Beschluss vom 18. April 1989 – 2 BvR 1169/84 –, juris, Rn. 32 ff., juris, Rn. 32, 38).

Schließlich sprachen auch die örtlichen Umstände und Bedürfnisse des Klägers im vorliegenden Fall gegen die Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Dass sich die örtlichen Umstände einer ambulanten Pflege des Klägers an seinem Wohnort von einer stationären Pflege im F. Fachpflegezentrum in F-Stadt von vornherein erheblich unterscheiden, wird bereits daraus deutlich, dass der Kläger an seinem Wohnort ausschließlich dauerhaft von ihm vertrauten Personen, nämlich der jeweils anwesenden Assistenzkraft, die zudem in derselben Wohnung wie der Kläger gelebt hätte, als auch von seiner Mutter umgeben gewesen wäre. In der vorgenannten Einrichtung wäre der Kläger dagegen zum einen von mehr als 50 sonstigen Bewohnern, welche zudem mehr oder weniger regelmäßig wechseln dürften, sowie - jedenfalls tagsüber - von einer deutlich größeren Anzahl von Pflegekräften umgeben. Insbesondere aber hätte der umfassende Unterstützungsbedarf, den der Kläger ganz offensichtlich hatte und der sowohl von seiner Mutter als auch von dem Sachverständigen nochmals im Termin der mündlichen Verhandlung am 07.03.2018 nachvollziehbar geschildert wurde, in der stationären Einrichtung nicht im Ansatz derart intensiv geleistet werden können wie im Falle einer ambulanten Pflege durch Assistenzkräfte. So haben die Mutter des Klägers wie auch der Sachverständige übereinstimmend geschildert, dass der Kläger ohne ständige Impulse und Anregungen von außen keinerlei Anstrengungen unternommen hätte und aktuell unternehmen würde, selbst seine elementaren Grundbedürfnisse wie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Körperhygiene etc. zu befriedigen. Auch musste und muss der Kläger permanent kognitiv angeregt werden, da er auch insoweit keine eigenen Anstrengungen unternimmt. Der Sachverständige führt hierzu in seinem Gutachten vom 17.06.2017 nachvollziehbar aus, dass der Antrieb des Klägers zum Zeitpunkt der Untersuchung deutlich reduziert erschien und der Kläger ohne Aufforderung meist kein Zuwendungs-, Such- oder Zielverhalten gezeigt habe. Vor diesem Hintergrund hat der Kläger in Anbetracht der Ausgangssituation, wie sie sich in der ersten Zeit nach seinem Unfall im Jahre 2012 zeigte, insbesondere im Hinblick auf die damals gestellten Prognosen im Hinblick auf nicht zu erwartende wesentliche Verbesserungen des ursprünglichen Gesundheitszustandes, verbunden mit Inkontinenz, Sondenernährung und einer Rollstuhlpflichtigkeit, ganz erhebliche Fortschritte in seiner gesamten Entwicklung gemacht. Vor dem Hintergrund, dass der Sachverständige in seinem Gutachten nachvollziehbar ausführt, dass der Kläger feste begleitende Bezugspersonen benötigt, die in einem engen Kontakt mit ihm stehen, dass ihn unbekannte Menschen zu verwirren scheinen und dass der Kläger eigeninitiativ nicht in der Lage war und ist, am sozialen Leben teilzunehmen, ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass der Kläger diese Fortschritte im Wesentlichen aufgrund der Tatsache machen konnte, dass er in den vergangenen Jahren durchgängig im eigenen Wohnumfeld intensiv betreut wurde. Die Kammer hat keine Zweifel daran, dass eine derart engmaschige Betreuung in der vorgenannten stationären Einrichtung schon aufgrund der dortigen Bewohneranzahl von den eingesetzten Pflegekräften in der Einrichtung nicht hätte geleistet werden können.

Dies wurde von dem Sachverständigen nicht nur in seinem Gutachten vom 17.06.2017 und in der ergänzenden Stellungnahme vom 07.11.2017, sondern auch in der mündlichen Verhandlung vom 07.03.2018 so bestätigt.

Zwar bleibt auch im vorliegenden Fall zu beachten, dass Sozialhilfe nicht zum Ziel hat, eine bestmögliche Versorgung des Hilfesuchenden zu erreichen, sondern – dem Bedarfsdeckungsgrundsatz entsprechend – Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs und den örtlichen Verhältnissen zu erbringen (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Dass der Bedarf des Klägers allerdings im Falle einer stationären Unterbringung umfassend gedeckt worden wäre, kann bezweifelt werden. Der Sachverständige führte hierzu in seinem Gutachten vom 17.06.2017 aus, dass im Falle einer externen Unterbringung des Klägers zum einen ein Nachlassen des klägerischen Zustandes und zum anderen ein Stillstand, wenn nicht die Rückbildung des bereits erreichten kognitiven Leistungsniveaus, zu befürchten sei. Diese Einschätzung des Sachverständigen erscheint der Kammer, insbesondere auch nach den Schilderungen der Mutter des Klägers im Termin der mündlichen Verhandlung im Hinblick auf den Aufwand, welcher bei der täglichen Pflege und Betreuung des Klägers betrieben wurde und wird, durchaus nachvollziehbar. Der Sachverständige hat hierzu im Termin der mündlichen Verhandlung erläutert, dass im Falle eines Wohnortwechsels des Klägers in die besagte stationäre Einrichtung als Folge des dort nicht zu leistenden umfassenden Unterstützungsbedarfes, auch in kognitiver Hinsicht, das Entstehen eines Hospitalismus zu befürchten wäre mit der Folge, dass der Pflegeaufwand, welcher von außen geleistet werden müsse, letztlich sogar höher würde.

Schließlich bleibt zu beachten, dass das Bedarfsdeckungsprinzip in Verbindung mit dem Individualisierungsgrundsatz des § 9 Abs. 1 SGB XII letztlich ein menschenwürdiges Leben ermöglichen soll. § 1 SGB XII stellt insoweit klar, dass es Aufgabe der Sozialhilfe ist, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie danach so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben. Dieses Prinzip wäre nicht gewahrt worden, wenn der Kläger im vorliegenden Fall stationäre Leistungen hätte in Anspruch nehmen müssen, da sich sein gesamter pflegerischer Zustand, wie anhand der Schilderungen der Mutter und des Sachverständigen verdeutlicht wurde, in einem Pflegeheim voraussichtlich verschlechtert hätte. Dies gilt nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund, dass es die von dem Sachverständigen geschilderte Personalsituation in der Einrichtung, wonach des Nachts lediglich zwei Pflegekräfte für mehr als 50 Bewohner zuständig sind, nicht zugelassen hätte, den Kläger – wie in der Vergangenheit und auch aktuell noch erforderlich – in der Nacht zweimal zu wecken und zur Toilette zu begleiten. Der Sachverständige schilderte insoweit durchaus nachvollziehbar, dass dies zwangsläufig zur Folge gehabt hätte, dass der Kläger als Folge der begrenzten Personalkapazität in der stationären Einrichtung während der Nacht entweder hätte katheterisiert werden müssen oder aber gezwungen gewesen wäre, Windeln zu tragen. Diese für den Kläger im streitgegenständlichen Zeitraum faktisch und ganz konkret drohende Folge – der Kläger konnte einen Umzug in eine stationäre Einrichtung ausschließlich aufgrund des offensichtlich überobligatorischen Einsatzes seiner Mutter als Pflegeperson vermeiden – wäre zur Überzeugung der Kammer mit der durch Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG garantierten Unantastbarkeit der Würde des Menschen unvereinbar gewesen. Jeder Mensch besitzt als Person diese Würde, ohne Rücksicht auf seine Eigenschaften, seinen körperlichen oder geistigen Zustand, seine Leistungen und seinen sozialen Status. Sie kann keinem Menschen genommen werden. Verletzbar ist aber der Achtungsanspruch, wobei Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG, den Staat ausdrücklich zur Achtung und zum Schutz der Menschenwürde verpflichtet (BVerfG, Urteil vom 15. Februar 2006 – 1 BvR 357/05 –, BVerfGE 115, 118-166, juris, Rn. 117 ff.). Dieser Achtungsanspruch wird nach Auffassung der Kammer verletzt, sofern einem Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege, der bei entsprechender Anleitung und Aufforderung in der Lage ist, eine Toilette aufzusuchen und für seine Körperhygiene insoweit selbst zu sorgen, in einer stationären Einrichtung des Nachts allein als Folge einer personell nicht ausreichenden Betreuungsmöglichkeit zugemutet wird, entweder in den eigenen Ausscheidungen zu liegen oder aber Windeln tragen zu müssen bzw. eine Katheterisierung hinzunehmen.

Die Auslegung des Begriffs der Zumutbarkeit hat schließlich auch im Lichte des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK), welches mit Gesetz vom 21.12.2008 (BGBl II 2008, 1419) in innerstaatliches Recht umgesetzt wurde und am 26.03.2009 völkerrechtliche Verbindlichkeit für die Bunderepublik Deutschland erlangt hat (BGBl II 209, 812), zu erfolgen. Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern (Art. 1 S. 2 UN-BRK).

Nach Art. 19 S. 1 a) UN-BRK erkennen die Vertragsstaaten des Übereinkommens das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen an, mit gleichen Wahlmöglichkeiten 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 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. Die Kammer kann insoweit die Frage, ob sich aus der letztgenannten Regelung über ein Abwehrrecht hinaus unmittelbar ein subjektiv-öffentliches Recht (vgl. zu den Voraussetzungen: BSG, Urteil vom 06. März 2012 B 1 KR 10/11 R –, BSGE 110, 194-204, SozR 4-1100 Art 3 Nr 69, Rn. 24) im Sinne eines uneingeschränkten Leistungsanspruchs auf ambulante Leistungen ableiten lässt (umstritten, dagegen z.B.: LSG NRW, Beschl. vom 06.02.2014 – L 20 SO 436/13 B ER, juris, Rn. 57 ff.; a.A. z.B: Wehrhahn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, § 54 SGB XII, Rn. 70 (71)), dahinstehen lassen. Denn allgemein anerkannt ist jedenfalls, dass die UN-BRK generell als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann (BVerfG, Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09 –, juris, Rn. 52, unter Bezugnahme auf BVerfGE 111, 307 (317 f.); BSG, Urteil vom 06. März 2012 – B 1 KR 10/11 R –, BSGE 110, 194-204, SozR 4-1100 Art 3 Nr 69, Rn. 31 m.w.N.). Da die Entscheidung des Beklagten, wie zuvor ausgeführt, jedenfalls mittelbar Grundrechtsrelevanz im Hinblick auf die Art. 1 und 6 GG und letztlich auch im Hinblick auf die durch Art. 11 GG garantierte Freizügigkeit, also das Recht, an jedem Ort innerhalb des Bundesgebiets Aufenthalt und Wohnsitz zu nehmen (BVerfG, Urteil vom 17. Dezember 2013 – 1 BvR 3139/08 –, juris, Rn. 253) entfaltet, ist das in Art. 19 S. 1 a) von den Vertragsstaaten anzuerkennende Recht von Menschen mit Behinderungen, Ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo mit wem sie leben, ohne verpflichtet zu sein, in besonderen Wohnformen zu leben, bei der nach § 13 Abs. 1 S. 3, 5 SGB XII vorzunehmenden Abwägung mit zu berücksichtigen.

Nach den obigen Ausführungen und in Anbetracht des Umstandes, dass der Kläger selbst, wie seine Mutter glaubhaft im Termin der mündlichen Verhandlung versicherte, einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung ausdrücklich nicht wünschte und auch aktuell nicht wünscht, kann diese Abwägung mithin insgesamt nur dahingehend ausfallen, dass dem Kläger die Inanspruchnahme stationärer Leistungen gerade nicht zugemutet werden konnte. Der in § 13 Abs. 1 S. 3 vorgesehene Kostenvergleich war daher nicht vorzunehmen (vergleiche § 13 Abs. 1 S. 6 SGB XII).

Zwar hat der Umstand, dass dem Kläger die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum nicht zumutbar war, nicht zwangsläufig zur Folge, dass er in jedem Fall einen Anspruch in Höhe der geltend gemachten Kosten hatte, da auch im Hinblick auf das Persönliche Budget der Bedarfsdeckungsgrundsatz gilt, sodass nur ein Anspruch in der Höhe des tatsächlich zu deckenden Bedarfs besteht. Andererseits ist aber auch nicht ersichtlich, inwieweit die detaillierte Kostenkalkulation der Firma D. fehlerhaft gewesen sein sollte, zumal auch der Beklagte gegen die Berechnung in der Sache nichts eingewandt hat. Die Kammer ist daher zu der Überzeugung gelangt, dass dem Kläger in dem streitgegenständlichen Zeitraum ein Leistungsanspruch in Höhe von insgesamt 13.449,82 EUR/Monat zustand.

Die Kammer ist in diesem Zusammenhang auch zu der Auffassung gelangt, dass der Kläger einen Anspruch auf Übernahme der in dem vorgenannten Betrag enthaltenen Kosten für eine Budgetassistenz (Lohnabrechnung, Budgetbegleitung, Personalsuche) in Höhe von 1.200,00 EUR/Monat hatte. Zu den budgetfähigen Leistungen gehört auch der Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets durch den behinderten Menschen - zum Beispiel in Gestalt einer sog. Budgetassistenz - auftritt. Dies ergibt sich aus der ausdrücklichen Nennung dieses Bedarfs in § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BudgetV (in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) sowie dem Umstand, dass das Budget nach § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX (in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) so bemessen werden soll, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und "die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann". Die Beratungserfordernisse werden nicht in jedem Fall dadurch abgedeckt, dass die Sozialhilfeträger im Rahmen des § 11 Abs. 2 Satz 4 SGB XII auch eine gebotene Budgetberatung erbringen müssen. Eine ausschließliche Beratung durch die Träger verbietet sich nämlich schon mit Blick auf die hierbei zu befürchtenden Interessenkonflikte. Gerade bei komplexen Leistungsanforderungen gehören deshalb die Kosten einer Budgetassistenz zum zusätzlich vom Budget zu erfassenden Bedarf. Die Transaktionskosten (Kosten, die durch die Vertragsanbahnung, den Vertragsabschluss, die Kontrolle der Leistung etc. entstehen können) müssen mangels anderer Regelungen ebenfalls in die Bemessung des Budgets einfließen. (Voelzke in: Hauck/Noftz, SGB, 09/15, § 57 SGB XII, Rn. 25 m.w.N.). Hieran gemessen waren die von der Firma D. in der ursprünglichen Kostenkalkulation vom 25.03.2014 angesetzten Kosten für eine Budgetassistenz in Höhe von 1.200,00 EUR/Monat, deren Zusammensetzung in der Höhe keinen Bedenken begegnet, jedenfalls so lange in vollem Umfang zu berücksichtigen, bis die Mutter des Klägers, welche nach ihrem eigenen Vortrag in der mündlichen Verhandlung bestätigte, die Absicht zu haben, die Organisation der Assistenzkräfte zu übernehmen, hierzu in der Lage gewesen wäre. Es ist nicht ersichtlich, dass sich der erforderliche Aufwand für eine Budgetassistenz in den ersten zwei Jahren der tatsächlichen Leistungsgewährung vermindert hätte, zumal dieser Aufwand insbesondere im Zusammenhang mit den damit einhergehenden Arbeitgeberpflichten nicht in kurzer Zeit zu erlernen und zu bewältigen ist. In diesem Zusammenhang bleibt ohnehin zu beachten, dass der Kläger selbst nie in der Lage sein wird, diese Aufgaben zu bewerkstelligen. Ob und in welchem Umfang seine Mutter und Betreuerin hierzu in Zukunft in der Lage und bereit sein wird, kann, soweit es den hier streitgegenständlichen Zeitraum betrifft, dahingestellt bleiben.

Soweit der Beklagte in dem Widerspruchsbescheid vom 14.09.2016 zur Begründung seiner Auffassung, wonach die Kosten der Budgetassistenz vorliegend nicht zu berücksichtigen seien, unter Bezugnahme auf § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX (in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) auf das Urteil des BSG vom 31.01.2012 – B 2 U 1/11 R - abstellt, vermag sich das Gericht dieser Auffassung nicht anzuschließen. Denn das BSG hat in der von dem Beklagten zitierten Entscheidung (juris, Rn. 44) selbst ausdrücklich ausgeführt, dass die in § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX enthaltene negative Soll-Vorschrift eine Ausnahme von dem Verbot, die Obergrenze zu überschreiten, zulässt, wenn eine für die Lebensqualität des Versicherten wesentliche und vorübergehende Änderung im Hilfebedarf vorliegt oder vorübergehende Zusatzaufwendungen für die Beratung und Unterstützung bei der Verwaltung des Persönlichen Budgets nötig werden. In Anbetracht des Umstandes, dass bislang zu keinen Zeitpunkt Leistungen für das Persönliche Budget in beantragter Höhe bewilligt wurden, so dass die Assistenzkräfte tatsächlich auch noch nicht beschäftigt werden konnten (siehe oben) liegt es auf der Hand, dass jedenfalls vorübergehend auch die Übernahme der Kosten für eine Budgetassistenz mit § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX, wonach die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten soll, vereinbar war.

Dem Kläger waren nach alledem ab dem 01.03.2016 bis 28.02.2018 Leistungen nach dem SGB XII im tenorierten Umfang zu erbringen, wobei das dem Kläger gewährte Pflegegeld nach § 66 Abs. 4 S. 3 SGB XII (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) bzw. nach § 63b Abs. 6 S. 2 SGB XII (in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung) auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen war. Einzusetzendes Vermögen im Sinne von § 90 SGB XII, welches dem Leistungsanspruch hätte entgegengehalten werden können, ist nicht ersichtlich. Gleiches gilt für einzusetzendes Einkommen über der Einkommensgrenze im Sinne des § 87 in Verbindung mit § 82 SGB XII. Darüber hinaus ist auch nicht ersichtlich, inwieweit die Voraussetzungen für den Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze gemäß § 88 SGB XII vorgelegen haben sollten.

Schließlich war auch die Aufrechnungsentscheidung des Beklagten in den streitgegenständlichen Bescheiden rechtswidrig. Soweit der Beklagte die Auffassung vertritt, dass die Ermächtigungsgrundlage für die verfügte Aufrechnung aus § 5 Abs. 5 der mit dem Kläger geschlossenen Zielvereinbarung vom 02.10.2014 folgt, vermag sich die Kammer dieser Auffassung nicht anzuschließen, da die dortige (Satz 2) Formulierung, wonach sich der Beauftragte das Recht vorbehält, die während des Leistungszeitraums nicht benötigten Mittel auf künftige Leistungszeiträume anzurechnen oder zurückzufordern, insoweit zu unbestimmt ist, um hierauf als eigenständige Aufrechnungsermächtigung abzustellen. Gleiches gilt im Ergebnis für den gleichlautenden § 5 Abs. 5 der Zielvereinbarung vom 17.03.2016. Ob die verfügte Aufrechnung dagegen auf § 26 SGB XII oder auf § 51 SGB I gestützt werden konnte und ob die dortigen tatbestandlichen Voraussetzungen vorliegen, ist unerheblich, da die Rechtmäßigkeit der Aufrechnungsentscheidung nach beiden Normen an einer fehlenden Ermessensausübung scheitert.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2018-06-05