

Informationen zu Gesetzesänderungen

Stand 01.08.2017

Wichtige Änderungen haben sich in der Rechtsprechung und insbesondere Gesetzgebung zur Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht, zur strafrechtlichen Unterbringung und vor allem im Sozialrecht ergeben. Hier stehen die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Änderungen im Recht der Pflegeversicherung zum 01.01.2017 sowie die bereits am 01.01.2017 durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) eingetretenen Änderungen im Vordergrund. Dadurch wird auch versucht, den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zumindest teilweise Rechnung zu tragen.

- Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz
- Änderungen im Pflegeversicherungsrecht
- Existenzsicherung
- Änderungen im Krankenversicherungsrecht
- Änderungen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht
- Änderungen im Strafrecht

Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz

Grundzüge der Regelungen

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, kurz BTHG) vom 23.12.2016 tritt im Wesentlichen in drei Stufen in Kraft: jeweils zum 01.01.2017, 2018 und 2020. Die Vorschriften zum leistungsberechtigten Personenkreis sollen nach einer Erprobungsphase erst am 01.01.2023 in Kraft treten.

Zentraler Inhalt des Gesetzes ist die Herauslösung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus dem SGB XII und die Eingliederung in das SGB IX. Dort wird ein neuer zweiter Teil besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen regeln (Eingliederungshilferecht). Da es sich weiterhin um nachrangige Leistungen handelt, bleibt der Fürsorgecharakter der Eingliederungshilfe grundsätzlich erhalten. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen personenzentriert erbracht werden unabhängig davon, ob die Betroffenen in einer Einrichtung leben oder nicht. Die Leistungen der Existenzsicherung werden von den Leistungen der Eingliederungshilfe getrennt.

(→ *Buch: S. 127*)

Änderungen zum 01.01.2017: Einsatz von Einkommen und Vermögen

Um die Benachteiligung psychisch erkrankter und seelischer behinderter Menschen, die sozialhilfefinanzierte Leistungen (insbesondere im Betreuten Wohnen) in Anspruch nehmen, zumindest teilweise abzubauen, werden bereits zum 01.01.2017 Änderungen beim Einkommens- und Vermögenseinsatz vorgenommen. Dies ist ein erster Schritt auch zur Umsetzung der UN-BRK.

Für Bezieher von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege wird ein neuer Freibetrag vom Erwerbseinkommen in Höhe von 40% des Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit eingeführt, höchstens aber in Höhe von 65% der Regelbedarfsstufe 1 (§ 82 Abs. 3a SGB XII). Bei der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen ist nunmehr ein Achtel der Regelbedarfsstufe 1 zuzüglich 50% des diesen Betrag übersteigenden Einkommens abzusetzen (§ 82 Abs. 3 SGB XII).

Außerdem wird ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von 25.000 Euro für Bezieher von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege eingeführt, bei der Hilfe zur Pflege aber nur, soweit dieses Vermögen als Einkommen aus Erwerbstätigkeit erworben wurde (§§ 60a, 66a SGB XII).

Diese Verbesserungen betreffen aber nicht die existenzsichernden Leistungen. Hier richtet sich der Einsatz von Einkommen und Vermögen weiterhin nach den allgemeinen Vorgaben im SGB II und SGB XII. Allerdings wird zum 01.04.2017 auch der Barbetrag nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII auf 5.000 Euro angehoben.

(→ *Buch: S. 156f.*)

Änderungen im Pflegeversicherungsrecht (01.01.2017)

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt seit dem 01.01.2017 und ist nunmehr bei der Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zugrunde zu legen. Nach § 14 Abs. 1 SGB IX sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Erforderlich ist, dass sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer (mindestens für sechs Monate) in dem festgelegten Schweregrad nicht selbständig bewältigen oder kompensieren können.

Die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen können in sechs Bereichen (Modulen) auftreten (§ 14 Abs. 2 SGB XI) und werden bei der Bestimmung der Pflegegrade unterschiedlich gewichtet (§ 15 Abs. 2 SGB XI):

- Mobilität (10%),
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zusammen 15%),
- Selbstversorgung (40%),
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20%),
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (15%).

(→ Buch: S. 136, 139)

Pflegegrade

Die einzelnen Kriterien für die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI sind in § 14 Abs. 2 SGB XI ausgeführt und sind Grundlage für die Erfassung und Einordnung der Punkte in den Pflegegrad (§ 15 Abs. 3 SGB XI):

Die Einordnung erfolgt in fünf Pflegegrade mit

- der geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (12,5 bis unter 27 Punkte: Pflegegrad 1),
- erheblichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (27 bis unter 47,5 Punkte: Pflegegrad 2),
- schweren Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (47,5 bis unter 70 Punkte: Pflegegrad 3) und
- schwersten Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten (70 bis unter 90 Punkte: Pflegegrad 4) bis zur
- schwersten Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte: Pflegegrad 5).

(→ Buch: S. 137ff.)

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den festgesetzten Pflegegraden (statt bisher Pflegestufen). Die Leistungen bei erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf entfallen. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 erhalten aber den Entlastungsbeitrag nach § 28 Abs. 2 SGB XI von bis zu 125 €, der zweckgebunden einzusetzen ist.

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand 01.01.2017)

Pflegegrad	Häusliche Pflege		Pflegevertretung	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege
	Pflegegeld monatlich	Sachleistung monatlich bis				
1	(Entlastungsbeitrag bis 125 €)	125 €	Bis zu sechs Wochen im Jahr 125 €	Aufwendungen im Jahr bis zu 125 €	Monatlich bis zu 125 €	Monatlich bis zu 125 €
2	316 €	689 €	1612 €	1612 €	689 €	770 €
3	545 €	1298 €	1612 €	1612 €	1298 €	1262 €
4	728 €	1612 €	1612 €	1612 €	1612 €	1775 €
5	901 €	1995 €	1612 €	1612 €	1995 €	2005 €

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben einen Anspruch auf Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 €.

(→ Buch: S. 139ff.)

Übergangsregelungen

Die Umstellung der Pflegestufen in die neuen Pflegegrade erfolgte zum 01.01.2017 automatisch durch die Pflegekassen. Danach werden pflegebedürftige Personen jeweils um eine Stufe höher eingestuft, bei zusätzlich eingeschränkter Alltagskompetenz um zwei Stufen. Eine Besitzstandsregelung garantiert, dass niemand nach dem neuen Recht weniger Leistungen erhält als vor dem 01.01.2017.

Existenzsicherung

Sozialhilferecht (01.01.2017)

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach § 41ff. SGB XII erhalten nunmehr auch leistungsberechtigte Personen, die in einem Haushalt mit ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft leben, Leistungen der Regelbedarfsstufe 1. Diese betragen im Jahr 2017 – wie bei den Leistungen nach dem SGB II oder der Hilfe zum Lebensunterhalt – 409 Euro zuzüglich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie eventueller Mehrbedarfe und einmaliger Bedarfe.

Zum 01.04.2017 wurde der Vermögensfreibetrag nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII auf 5000 Euro für die leistungsberechtigte Person sowie weitere 5000 Euro für den Ehegatten angehoben.

(→ *Buch: S. 86*)

Kindergeld

Für den Bezug von Kindergeld von seelisch behinderten Kindern ist entscheidend, ob diese ihren Lebensbedarf aus eigenen Mitteln bestreiten können. Dieser orientiert sich am steuerrechtlichen Grundfreibetrag von 8.820 Euro im Jahr 2017 und 9.000 Euro im Jahr 2018 zuzüglich des behinderungsbedingten Mehrbedarfs.

(→ *Buch: S. 88f.*)

Änderungen im Krankenversicherungsrecht

Einige für Betroffene wichtige Verbesserungen haben sich im Krankenversicherungsrecht ergeben:

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie am 16.10.2014 und 16.02.2017

In § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL wird klargestellt, dass eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie auch bei schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen vorliegt.

Dadurch wird erreicht, dass Menschen mit schizophrenen Störungen einen besseren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung erhalten.

Ab dem 01.04.2017 besteht ein Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde als zeitnahe niedrighschwelliger Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (§ 11 PT-RL) Die Sprechstunde dient der Abklärung einer krankheitswertigen Störung sowie des Hilfebedarfs im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dadurch soll der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und anderen Hilfsangeboten erleichtert werden.

(→ Buch: S. 102)

Änderung der Soziotherapie-Richtlinie am 22.01.2015

Geändert wurden insbesondere:

- das Spektrum der Diagnosen und Fähigkeitsstörungen, bei denen eine Soziotherapie verordnet werden kann. Bei Störungen, die nicht zu den schizophrenen und affektiven Störungen gehören, müssen weitere Kriterien erfüllt sein (z.B. Komorbiditäten).
- die Verordnungsberechtigung. Nunmehr können auch weitere Fachärzte, Institutsambulanzen sowie deren Fachärzte Soziotherapie verordnen.
- die Zusammenarbeit zwischen verordnenden Ärzten und Leistungserbringern. Diese sind nunmehr berichtspflichtig gegenüber dem verordnenden Arzt.

Die Verbesserungen betreffen daher in erster Linie den Zugang zu den Leistungen. Keine Änderungen gibt es bei den Anforderungen an die soziotherapeutischen Leistungserbringer und den Vergütungen. Daher ist zumindest fraglich und bleibt abzuwarten, ob trotz der Verbesserungen zukünftig mehr Leistungserbringer für die Soziotherapie zur Verfügung stehen

(→ Buch: S. 104ff.)

Änderung des § 46 SGB V – Krankengeldanspruch (01.08.2015)

Im Rahmen des am 11. 6. 2015 vom Bundestag verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wird endlich geregelt, dass Anspruch auf Krankengeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besteht. Bei einer Folgebescheinigung genügt es damit, wenn der Betroffene spätestens am nächsten Werktag nach dem Ende der letzten Arbeitsunfähigkeit den Arzt aufsucht.

(→ Buch: S. 78)

Freiwillige Krankenversicherung

Nach dem neuen § 188 Abs. 4 SGB V setzt sich die Krankenversicherung in der GKV bei Ende der Versicherungspflicht oder Familienversicherung als freiwillige Krankenversicherung fort (obligatorische Anschlussversicherung). Einer besonderen Erklärung des Beitritts bedarf es dann nicht mehr. Vielmehr besteht die Möglichkeit des Austritts innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten und bei Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Damit verliert die befristete Beitrittsmöglichkeit nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V teilweise ihre Bedeutung. Allerdings kommt § 188 Abs. 4 SGB V bei sich anschließendem Sozialhilfebezug und damit insbesondere bei dem Übergang von Leistungen nach dem SGB II zu Leistungen nach dem SGB XII nicht zur Anwendung. In diesen Fällen muss daher weiterhin der Beitritt zur freiwilligen Versicherung fristgerecht angezeigt werden.

(→ *Buch: S. 97*)

Entlassmanagement

Zur Krankenhausbehandlung gehört auch ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1a SGB V). Im Rahmen des Entlassmanagements kann das Krankenhaus auch Leistungen (z.B. Arzneimittel) verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Einzelheiten sind vertraglich zu regeln, z.B. in den Verträgen über die integrierte Versorgung.

(→ *Buch S. 98ff.*)

Institutsambulanzen

Sie müssen nicht mehr räumlich und organisatorisch an die Krankenhäuser angebunden sein (§ 118 Abs. 4 SGB V).

(→ *Buch: S. 108*)

Krankenhausbehandlung

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wird nunmehr ermöglicht, dass psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen (Hometreatment, § 115d SGB V).

(→ *Buch: S. 98*)

Änderungen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht

Neuregelung der Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme in § 1906a BGB (22.07.2017)

Eine Zwangsbehandlung in offenen Einrichtungen oder außerhalb einer geschlossenen Unterbringung zur Durchführung der Behandlung kam nach der Neuregelung im Jahr 2013 nicht in Betracht. Allerdings hat das BVerfG entschieden, dass es mit der aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG folgenden Schutzpflicht des Staates nicht vereinbar ist, dass für Betreute, die deswegen nicht geschlossen untergebracht werden können, weil sie sich einer notwendigen Behandlung räumlich nicht entziehen wollen oder hierzu körperlich nicht in der Lage sind, eine Behandlung gegen ihren Willen unter keinen Umständen in Betracht kommt (BVerfG R&P 2016, 245).

Der Gesetzgeber hat sich daher entschieden, durch eine erneute Neuregelung der Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme den Vorgaben des BVerfG Rechnung zu tragen. Dies geschieht durch eine Entkoppelung der Vorschriften über die Unterbringung und der Vorschriften über die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht. Die Zwangsbehandlung wird nunmehr in einem neuen § 1906a BGB geregelt. Darin werden die Regelungen des jetzigen § 1906 Abs. 3 BGB übernommen und konkretisiert. Die ärztliche Zwangsmaßnahme darf nur im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt werden (§ 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB). Außerdem wird der Vorrang des Patientenwillens im Sinn des § 1901a BGB nochmals ausdrücklich betont (§ 1906a Abs. 1 Nr. 3 BGB). In § 1906a Abs. 4 BGB wird die notwendige Verbringung des Betroffenen in ein Krankenhaus geregelt. Diese wird wie eine Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB behandelt, es gelten dieselben Voraussetzungen und Verfahrensgarantien. Damit sind die von dem BVerfG angesprochenen Fälle erfasst, ohne die Möglichkeiten der Zwangsbehandlung mehr als erforderlich in den ambulanten Bereich oder den Heimbereich auszudehnen, wie es teilweise gefordert wurde. Allerdings besteht auch die Befürchtung, dass psychisch erkrankte Menschen, die sich freiwillig in Behandlung begeben oder zuhause eine Behandlung ablehnen, ohne Unterbringungsverfahren einer Zwangsbehandlung zugeführt werden können.

(→ *Buch: S. 207*)

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern (01.10.2017)

Im Kindschaftsrecht wird nunmehr geregelt, dass nicht nur die Unterbringung eines Kindes, sondern auch freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern der familiengerichtlichen Genehmigung bedürfen (§ 1631b Abs. 2 BGB). Damit besteht nunmehr bei Minderjährigen dieselbe Rechtslage wie bei Volljährigen (§ 1906 Abs. 4 BGB)

(→ *Buch: S. 183*)

Änderungen im Strafrecht (01.08.2016)

Die Unterbringungs Voraussetzungen wurden durch eine Neuregelung im Jahr 2016 konkretisiert und enger gefasst. Eine Unterbringung nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus wird angeordnet, wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit begangen hat und die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustands in Zukunft erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Auch hinsichtlich der Dauer der Unterbringung hat der Gesetzgeber den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz konkretisiert. Eine Unterbringung ist nach Ablauf von sechs Jahren nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass durch die zu erwartenden Straftaten die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt bzw. in die Gefahr einer solchen Schädigung gebracht werden (§ 67d Abs. 6 Satz 2 StGB). Nach zehn Jahren muss die Gefahr bestehen, dass die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden (§ 67d Abs. 6 Satz 3 StGB). In diesen Fällen verbleibt es bei der grundsätzlich unbestimmten Dauer der Unterbringung mit den jährlichen Überprüfungsfristen. Ein externes Gutachten ist nach jeweils drei Jahren, ab einer Dauer des Maßregelvollzugs von sechs Jahren nach jeweils zwei Jahren einzuholen (§ 463 Abs. 4 StPO).

(→ *Buch: S. 214ff.*)