

Psychisch kranke Menschen im Recht

Downloadmaterial

Zusatzinformationen zu Rechtsprechung und Gesetzesänderungen zwischen dem 01.01.2015 und dem 01.04.2020

- Änderungen im Pflegeversicherungsrecht
 - Begriff der Pflegebedürftigkeit
 - Pflegegrade
 - Leistungen der Pflegeversicherung
 - Übergangsregelungen
- Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz
 - Grundzüge der Regelungen
 - Änderungen zum 01.01.2017
 - Änderungen zum 01.01.2018
 - Änderungen zum 01.01.2020
 - Abgrenzung zu Leistungen der Pflegeversicherung
- Existenzsicherung
 - Sozialhilferecht
 - Änderungen im Sozialhilferecht durch das Bundesteilhabegesetz (01.01.2020)
 - Unterhaltspflicht – Heranziehung von Angehörigen
 - Kindergeld
- Änderungen im Krankenversicherungsrecht
 - Änderung der Psychotherapie-Richtlinie
 - Änderung der Soziotherapie-Richtlinie
 - Änderung der Richtlinie über die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege
 - Änderung des Krankengeldanspruchs
 - Freiwillige Krankenversicherung
 - Entlassmanagement
 - Institutsambulanzen
 - Krankenhausbehandlung
- Änderungen im Psychisch-Kranken-Hilfe-Recht
 - Neue Gesetze
 - Fixierung während der Unterbringung
- Änderungen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht
 - Neuregelung der Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme
 - Änderung der Betreuervergütung
 - Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern
- Änderungen im Strafrecht

Wichtige Änderungen haben sich in der Rechtsprechung und insbesondere Gesetzgebung zur Zwangsbehandlung und Fixierung, 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 stufenweise bis zum 01.01.2020 durch das Bundesteilhabegesetz eingetretenen Änderungen im Vordergrund. Die Rechtsstellung der Betroffenen hat sich deutlich verbessert mit der Folge, dass es zu einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie gekommen ist. Dadurch wird den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zumindest teilweise Rechnung getragen. So gibt es inzwischen auch keine Einschränkungen beim Wahlrecht für Menschen mit Behinderungen mehr.

Änderungen im Pflegeversicherungsrecht

Begriff der Pflegebedürftigkeit

→ Buch S. 136 u. S. 139

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 IX) und werden bei der Bestimmung der Pflegegrade unterschiedlich gewichtet (§ 15 Abs. 2 SGB IX):

- 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 %)

Pflegegrade

→ Buch S. 137 ff.

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).

Leistungen der Pflegeversicherung

→ Buch S. 139 ff.

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 Euro, 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	Bis zu sechs Wochen im Jahr	Aufwendungen im Jahr bis zu	Monatlich bis zu	Monatlich bis zu
1	(Entlastungsbeitrag bis 125 €)	125 €	125 €	125 €	125 €	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 Euro.

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.

Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz

Grundzüge der Regelungen

→ *Buch S. 127*

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, kurz BTHG) vom 23.12.2016 ist in drei Stufen jeweils zum 01.01.2017, 01.01.2018 und 01.01.2020 in Kraft getreten und zwischenzeitlich schon wieder nachgebessert worden. Die Vorschriften zum leistungsberechtigten Personenkreis sollen nach einer Erprobungsphase erst am 01.01.2023 in Kraft treten.

Ziel der Regelungen ist, die Benachteiligung psychisch erkrankter und seelischer behinderter Menschen, die bisher sozialhilfefinanzierte Leistungen (insbesondere im Betreuten Wohnen) in Anspruch nehmen mussten, zumindest teilweise abzubauen. Menschen mit Behinderung sollen außerdem stärker an der Teilhabeplanung beteiligt werden. Dies ist ein Schritt auch zur Umsetzung der UN-BRK.

Zentraler Inhalt des Gesetzes ist die Herauslösung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus dem SGB XII und die Eingliederung in das SGB IX zum 01.01.2020. Dort regelt ein neuer 2. Teil besondere **Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)**. Da es sich weiterhin um nachrangige Leistungen handelt, bleibt der Fürsorgecharakter der Eingliederungshilfe grundsätzlich erhalten (§ 91 SGB IX). Allerdings werden die Einkommens- und Vermögensfreigrenzen deutlich erhöht (siehe unten). Forderungen, den Einkommens- und Vermögensersatz vollständig abzuschaffen, wurden nicht erfüllt.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden **personenzentriert** erbracht unabhängig davon, ob die Betroffenen in einer Einrichtung bzw. besonderen Wohnform leben oder nicht. Die **Bedarfsermittlung** hat sich dabei am ICF (→ Buch S. 17) zu orientieren (§ 118 SGB IX). Die Leistungen der Existenzsicherung werden von den Leistungen der Eingliederungshilfe getrennt. Dies bedeutet, dass vom Träger der Eingliederungshilfe nur noch die **Fachleistungsstunden als Assistenzleistungen** erbracht werden und die Betroffenen ihren Lebensunterhalt einschließlich der Unterkunftskosten und eventueller Mehrbedarfe aus eigenem Einkommen oder Sozialleistungen bestreiten müssen (hierzu unten Änderungen im Bereich der Existenzsicherung).

Änderungen zum 01.01.2017

→ *Buch S. 156f.*

Die bereits zum 01.01.2017 eingetretenen Änderungen beim Einkommens- und Vermögenseinsatz im SGB XII betreffen mit Herauslösung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Wesentlichen nur noch die **Hilfe zur Pflege** nach §§ 61 ff. SGB XII.

Für Bezieher von 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. 6 SGB XII).

Außerdem wird ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von 25000 Euro für Bezieher von Hilfe zur Pflege eingeführt, aber nur, soweit dieses Vermögen als Einkommen aus Erwerbstätigkeit während des Leistungsbezugs erworben wird (§ 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 wurde zum 1. 4. 2017 auch der Barbetrag nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII auf 5000 Euro angehoben.

Änderungen zum 01.01.2018

→ *Buch S. 110ff.*

Bereits zum 1. 1. 2018 wurde der 1. Teil des SGB IX überarbeitet mit dem Ziel, die Regelungen für Menschen mit Behinderungen insbesondere hinsichtlich des Zugangs zu den Leistungen effektiver zu gestalten. Außerdem wurde der Leistungskatalog überarbeitet. Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nunmehr §§ 42 ff. SGB IX) und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (nunmehr §§ 49 ff. SGB IX) treten die Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX) und die weitgehend neu gefassten Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 76 ff. SGB IX). Von besonderer Bedeutung ist die Einführung eines **Budgets für Arbeit** (§ 61 SGB IX; ab 2020 ergänzt durch ein Budget für Ausbildung in § 61a SGB IX) sowie der Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags (§ 78 SGB IX). Den Assistenzleistungen kommt vor allem Bedeutung im Rahmen der Eingliederungshilfe zu (§ 113 SGB IX, siehe unten). Die Vorschriften über die neu abzuschließenden Vereinbarungen mit den Trägern der Eingliederungshilfe finden sich nunmehr in §§ 123 ff. SGB IX, das Persönliche Budget ist in § 29 SGB IX geregelt.

Aufgrund der häufig schwer zu klärenden Frage des im Einzelfall zuständigen Rehabilitationsträgers wurden die Vorschriften der §§ 14 ff. SGB IX modifiziert, um den Betroffenen einen **zügigen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen** zu verschaffen. Weil die Regelungen noch komplizierter geworden sind, ist es fraglich, ob dies gelungen ist. Dabei ist der Grundgedanke des § 14 SGB IX (nunmehr benannt **Leistender Rehabilitationsträger**) grundsätzlich erhalten geblieben (→ Buch S. 131 ff.). Allerdings besteht jetzt die Möglichkeit, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger, der für die beantragte Leistung nicht zuständig sein kann, im Einvernehmen mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger den Antrag an diesen weiterleiten kann (§ 14 Abs. 3 SGB IX). Es bleibt aber dabei, dass über den Antrag auch im Fall der Weiterleitung spätestens fünf Wochen nach Antragstel-

lung entschieden werden muss. Durch diese etwas flexiblere Regelung soll vermieden werden, dass ein unzuständiger Leistungsträger, an den fälschlicherweise der Antrag weitergeleitet wurde, in der Sache entscheiden und Leistungen erbringen muss.

Außerdem besteht nunmehr die Pflicht des leistenden Rehabilitationsträgers zur Aufspaltung des Antrags und der Weiterleitung des Antrags insoweit an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger für den Fall, dass der Antrag neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger sein kann. Dieser entscheidet dann in eigener Zuständigkeit (§ 15 Abs. 1 SGB IX). Wird nicht weitergeleitet oder treffen weitere Rehabilitationsträger trotz Anforderung auch keine Feststellungen bezüglich des Rehabilitationsbedarfs, entscheidet der im Sinn des § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger über den Rehabilitationsbedarf umfassend nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen (§ 15 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Es soll also zu einer getrennten Entscheidung über den Antrag nur dann kommen, wenn zwischen den beteiligten Leistungsträgern Konsens besteht. Anderenfalls soll es zu einer **Leistung aus einer Hand** kommen. Bei einer Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger beträgt die Entscheidungsfrist abweichend von § 14 SGB IX sechs Wochen (§ 15 Abs. 4 Satz 1 SGB IX).

Die Regelungen zur **Teilhabeplanung** befinden sich nunmehr in § 19 SGB IX und verpflichten den nach § 14 SGB IX leistenden Rehabilitationsträger zur Erstellung eines Teilhabeplans innerhalb der für die Entscheidung über den Antrag maßgeblichen Frist, soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Aus Sicht der Betroffenen besteht ein Anspruch auf Erstellung eines Teilhabeplans, wenn sie dies wünschen (§ 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Mit ihrer Zustimmung oder auf ihren Vorschlag kann auch eine Teilhabekonferenz durchgeführt werden (§ 20 SGB IX). Bei Leistungen der Eingliederungshilfe ist ergänzend das **Gesamtplanverfahren** nach §§ 117 ff. SGB IX durchzuführen (§ 21 SGB IX).

Nach der ursprünglichen Konzeption des SGB IX sollten die gemeinsamen Servicestellen wesentlich dazu beitragen, dass die Betroffenen im komplexen System des Rehabilitationsrechts zügig alle ihnen zustehenden Leistungen erhalten. Das Modell ist gescheitert. An die Stelle der Servicestellen ist die **Beratung durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung** (EUTB) als von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige niederschwellige Beratung getreten (§ 31 SGB IX). Das Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger.

Änderungen zum 01.01.2020

→ *Buch S. 124 ff.*

Die besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht) sind nunmehr in den §§ 90 ff. SGB IX (und nicht mehr in §§ 53 ff. SGB XII) geregelt. Einige Grundsätze des bisherigen Rechts werden im Wesentlichen übernommen wie z. B. der Nachranggrundsatz nach § 91 SGB IX, die Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nach § 98 SGB IX oder die Ausrichtung der Leistungen an den Besonderheiten des Einzelfalls nach § 104 SGB IX.

Neu ist aber insbesondere, dass Leistungen der Eingliederungshilfe nur auf **Antrag** erbracht werden, es sei denn der Bedarf ist in einem Gesamtplanverfahren ermittelt worden (§ 108 SGB IX). Der

zuständige Träger der Eingliederungshilfe wird nach § 94 SGB IX von den Ländern festgelegt und entspricht in der Regel den bereits zuvor nach dem SGB XII zuständigen Sozialhilfeträgern. Insoweit ist in dem Überblick über das System der sozialen Sicherung (→ Buch S. 93) bei den Leistungen wegen bestehender oder drohender Behinderungen der Sozialhilfeträger durch den Träger der Eingliederungshilfe zu ersetzen.

Im Mittelpunkt der Leistungen der Eingliederungshilfe stehen die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX und davon wiederum die **Assistenzleistungen** des § 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V. mit § 78 SGB IX. Assistenzleistungen dienen der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung und umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie Haushaltsführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, persönliche Lebensplanung sowie die Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. Dazu gehört auch die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 SGB IX).

Assistenzleistungen können als **einfache Assistenz** (Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung oder Begleitung) oder als **qualifizierte Assistenz** von Fachkräften (Befähigung des Betroffenen zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung) erbracht werden (§ 78 Abs. 2 SGB IX). Es wird deutlich, dass hiervon alle Leistungen umfasst werden, die bisher in den verschiedenen Formen des **Betreuten Wohnens** erbracht wurden. Assistenzleistungen können im Einzelfall auch der Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme dienen (§ 78 Abs. 6 SGB IX). Hier sind vor allem Bereitschaftsdienste angesprochen. Zu den Leistungen zur Sozialen Teilhabe gehören auch die Elternassistenz (§ 78 Abs. 3 SGB IX), Leistungen zur Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum (§ 77 SGB IX) sowie Mobilitätshilfen (§§ 83 SGB IX).

Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme (§ 78 Abs. 2 SGB IX). Die Leistungen werden also unabhängig davon erbracht, wo die Betroffenen leben. Weitergehend konkretisiert § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX das **Wunschrecht** der Betroffenen hinsichtlich der Gestaltung der Leistungen. Anders als nach früherem Recht im SGB XII ist auch dem Wunsch nach einem Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen Rechnung zu tragen, selbst wenn damit unverhältnismäßige Mehrkosten verbunden sind. Der Betroffene darf nicht auf die gemeinsame Inanspruchnahme der Assistenzleistungen im Sinn des § 116 Abs. 2 SGB IX verwiesen werden, wenn er dies nicht wünscht. Dies entspricht den Vorgaben von Art. 19 UN-BRK.

Die **Einkommens- und Vermögensfreigrenzen** bei Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX wurden erheblich angehoben. Ein Beitrag aus Einkommen ist in Höhe von 2 % des übersteigenden Einkommens bei Übersteigen einer Einkommensgrenze zu zahlen, die sich an der sozialversicherungsrechtlichen Bezugsgröße orientiert (§§ 135 ff. SGB IX). Die Einkommensgrenze ist deutlich höher als nach bisherigem Recht, der Einkommenseinsatz bei Übersteigen der Einkommensgrenze deutlich niedriger. Der Vermögensfreibetrag orientiert sich an 150 % der jährlichen sozialversicherungsrechtlichen Bezugsgröße und beträgt 2020 57330 Euro. Einkommen oder Vermögen des Ehegatten oder Lebenspartners wird nicht mehr berücksichtigt. Ein **Unterhaltsrückgriff** findet bei der Eingliederungshilfe nicht mehr statt.

Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Verbesserungen nicht die von der Eingliederungshilfe unabhängigen von der Wohnform nicht (mehr) umfassten existenzsichernden Leistungen betreffen. Hier

richtet sich der Einsatz von Einkommen und Vermögen ggf. weiterhin nach den allgemeinen Vorgaben im SGB II und SGB XII. Allerdings wurde zum 01.04.2017 auch der Barbetrag nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII auf 5000 Euro angehoben.

Abgrenzung zu Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Eingliederungshilfe auch nach dem SGB IX sind gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung weiterhin nicht nachrangig (§ 13 Abs. 3 SGB XI). Die Leistungssysteme der Eingliederungshilfe und der Pflege dienen trotz eventueller Schwierigkeiten der Abgrenzung im Einzelfall nach wie vor **unterschiedlichen Zielen** und überschneiden sich nicht. Allerdings verbleibt es bei der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII bei den bekannten Begriffen und Strukturen. Hier wird weiterhin zwischen ambulanten Hilfen und Hilfen in stationären Einrichtungen unterschieden. Werden allerdings Leistungen der Eingliederungshilfe außerhalb von Einrichtungen oder besonderen Wohnformen erbracht, umfasst nunmehr die Eingliederungshilfe auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 64 a ff. SGB XII, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe vor Erreichen der Regelaltersrente erbracht werden (§ 103 Abs. 2 SGB IX; **Lebenslagenmodell**). Dies hat zur Folge, dass insoweit auch die Einkommens- und Vermögensgrenzen des SGB IX gelten.

Existenzsicherung

Sozialhilferecht

→ *Buch S. 84 ff.*

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach § 41 ff. 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 2020 – wie bei den Leistungen nach dem SGB II oder der Hilfe zum Lebensunterhalt – 432 Euro zuzüglich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie eventueller Mehrbedarfe und einmaliger Bedarfe.

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).

Zum 01.04.2017 wurde der Vermögensfreibetrag nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII auf 5.000 Euro für die leistungsberechtigte Person sowie weitere 5.000 Euro für den Ehegatten angehoben.

Änderungen im Sozialhilferecht durch das Bundesteilhabegesetz

Durch die Trennung der existenzsichernden Leistungen von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe seit dem 01.01.2020 ergeben sich Änderungen im Bereich des SGB XII hinsichtlich des Regelbedarfs, der Unterkunftskosten sowie bestimmter Mehrbedarfe. Grundsätzlich bestehen die Leistungsansprüche unabhängig von der Wohnform.

Lebt der Betroffene allerdings in einer besonderen Wohnform (zuvor stationären Einrichtung), wird nicht mehr der gesamte Lebens- und Eingliederungshilfebedarf abgedeckt. Vielmehr muss jeder die Leistungen für seinen Lebensbedarf sowie für Unterkunft und Heizung grundsätzlich selbst bezahlen. In diesem Fall richtet sich der **Regelbedarf** nach der Regelbedarfsstufe 2 (2020: 389 Euro). Die **Kosten der Unterkunft** orientieren sich in diesem Fall an den durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Einpersonenhaushalts am Wohnort und werden von den Kostenträgern festgelegt (§ 42a SGB XII). Dabei können bis zu 25 % der diesen Wert übersteigenden Unterkunftskosten übernommen werden, wenn bestimmte Zuschläge (z. B. für Möblierung, Nebenkosten, Haushaltsstrom, Telekommunikationsgebühren) vertraglich vereinbart sind. Darüber hinaus gehende Unterkunftskosten sind Kosten der Eingliederungshilfe.

Da nunmehr jeder Bewohner selbst für seinen Regelbedarf und seine Unterkunftskosten aufkommen muss, gibt es im Rahmen der Eingliederungshilfe auch keinen **Barbetrag** zur persönlichen Verfügung (»Taschengeld«) mehr. Es kann aber vereinbart werden, dass ein dem bisherigen Barbetrag entsprechender Betrag zur freien Verfügung bei den vertraglich vereinbarten Zahlungen für Verpflegung und Hauswirtschaft an den Leistungserbringer zurückbehalten werden kann. Entsprechendes gilt für den Bekleidungsbedarf. Die **Wohn- und Betreuungsverträge** müssen der neuen Rechtslage angepasst werden.

Da auch bei Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen die Kosten für die Verpflegung nicht mehr von den Kosten der Eingliederungshilfe umfasst sind, gibt es einen neuen **Mehrbedarf für das Mittagessen** in der WfbM in Höhe von derzeit 3,30 Euro täglich (§ 42 b SGB XII).

Unterhaltspflicht – Heranziehung von Angehörigen

→ *Buch S. 158*

Nachdem kein Unterhaltsrückgriff im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX mehr besteht, wurde zum 01.01.2020 mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz auch der **Übergang von Unterhaltsansprüchen** gegenüber Kindern und Eltern für alle Leistungen nach dem SGB XII zwar nicht abgeschafft, aber auf Ausnahmefälle beschränkt. Es gilt nunmehr z. B. auch für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe zur Pflege die Regelung, die bisher nur für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung galt, wonach ein Unterhaltsrückgriff nur in Betracht kommt, wenn das jährliche Gesamteinkommen jeweils mehr als 100.000 Euro beträgt (§ 94 Abs. 1 a SGB XII). Die weitergehende Privilegierung von Eltern von behinderten oder pflegebedürftigen Kindern nach § 94 Abs. 2 SGB XII ist bestehen geblieben.

Kindergeld

→ *Buch S. 88f.*

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 im Jahr 2020 9.408 Euro zuzüglich des behinderungsbedingten Mehrbedarfs.

Änderungen im Krankenversicherungsrecht

Einige für Betroffene wichtige Verbesserungen haben sich im Krankenversicherungsrecht ergeben:

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

→ *Buch S. 102*

In § 22 Abs. 2 Nr. 4 PT-RL vom 16.10.2014 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 niedrigschwelliger 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.

Änderung der Soziotherapie-Richtlinie

→ *Buch S. 104ff.*

Geändert wurden 22.01.2015 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.

Änderung der Richtlinie über die Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

→ *Buch S. 106 ff.*

Durch die Erweiterung der **Indikationen** können seit dem 12.10.2018 auch Betroffene mit Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und instabilen Persönlichkeitsstörungen Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege erhalten. Im Einzelfall kann die Leistung auch länger als vier Monate verordnet werden. Der Schweregrad der Funktionsstörung wird nunmehr wie bei der Psychotherapie nach der GAF-Skala beurteilt. Bei einem GAF-Wert von mehr als 50 können die Leistungen nicht verordnet werden.

Änderung des Krankengeldanspruchs

→ *Buch S. 78*

Im Rahmen des 2015 vom Bundestag verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde bereits geregelt, dass **Anspruch auf Krankengeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit** besteht (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Bei einer Folgebescheinigung genügt es damit, wenn der Betroffene spätestens am nächsten Werktag nach dem Ende der letzten Arbeitsunfähigkeit den Arzt aufsucht. Weitergehend ist in § 46 Satz 3 SGB V seit dem 10.05.2019 nunmehr geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen bleibt, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Bis zum Tag der erneuten Feststellung ruht der Anspruch auf Krankengeld (§ 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V).

Freiwillige Krankenversicherung

→ *Buch S. 97*

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.

Entlassmanagement

→ *Buch S. 98 ff.*

Zur Krankenhausbehandlung gehört auch ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 a 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.

Institutsambulanzen

→ *Buch S. 108*

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

Krankenhausbehandlung

→ *Buch S. 98*

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, §§ 39 Abs. 1 Satz 4 und 5, 115 d SGB V). Damit werden die starren Grenzen des Krankenversicherungsrechts zwischen ambulanter und stationärer Behandlung im Sinn der gemeindepsychiatrischen Versorgung flexibler gestaltet.

Am 01.01.2020 ist die Richtlinie über die **personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen in der Psychiatrie** und Psychosomatik in Kraft getreten, die die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung ablöst. Umstritten ist, ob damit eine bessere Personalausstattung in der Psychiatrie insbesondere hinsichtlich der verfassungsrechtlichen Vorgaben bezüglich der gegenüber einer Zwangsmaßnahme vorrangigen Behandlungsmaßnahmen erreicht werden kann.

Änderungen im Psychisch-Kranken-Hilfe-Recht

Neue Gesetze

→ *Buch S. 168 ff.*

Zwischenzeitlich haben auch Baden-Württemberg, Bayern und Hessen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKHG) erlassen, in denen allerdings in sehr unterschiedlicher Weise der Unterbringung vorausgehende Hilfen geregelt werden. Nur im Saarland gibt es noch ein Unterbringungsgesetz. In allen Bundesländern wurden die Eingriffsbefugnisse mehr oder weniger der Rechtsprechung des BVerfG angepasst, sodass **Zwangsbehandlungen und Fixierungen** nur noch unter sehr engen Voraussetzungen zulässig sind. In Bayern wird erstmals ein rund um die Uhr erreichbarer **Krisendienst** auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Fixierung während der Unterbringung

→ *Buch S. 182 und 229 f.*

Mit seinem wegweisenden Urteil vom 24.07.2018 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass bei einer 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung von mehr als einer halben Stunde eine **richterliche Entscheidung** erforderlich ist, selbst wenn der Betroffene bereits nach PsychKHG untergebracht ist (R & P 2018, 236). Erfolgt die Fixierung in einer akuten Gefahrensituation, ist die richterliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen. Hierfür sind richterliche Bereitschaftsdienste von 6 bis 21 Uhr täglich einzurichten. Im Fall einer Fixierung ist eine **Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal** sicherzustellen. Durch eine entsprechende Betreuung oder Sitzwache kann die Fixierung ggf. aber ganz vermieden werden. Das erforderliche Personal ist von den Krankenhäusern vorzuhalten.

Änderungen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht

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

→ *Buch S. 207*

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 am 22.07.2017 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 (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.

Änderung der Betreuervergütung

→ *Buch S. 209 ff.*

Die Vorschriften über die Vergütung der Berufsbetreuer wurden am 27.07.2019 insoweit geändert, als sich die Pauschalvergütung nicht mehr nach pauschal vorgegeben Stunden richtet, sondern nach **Vergütungstabellen**, die im Grundsatz aber den bisherigen Differenzierungskriterien entsprechen (§ 4 VBVG mit Anlage).

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern (01.10.2017)

→ *Buch S. 183*

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)

Änderungen im Strafrecht

→ *Buch S. 214 ff.*

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 verminderter 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 (§ 67 d Abs. 6 Satz 2 StGB). Nach zehn Jahren muss die Gefahr bestehen, dass die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden (§ 67 d 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).