

RECHTSEXPERTISE

Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern

erstellt im Auftrag des

AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.

11. Januar 2019

Dr. Thomas Meysen

SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies, Heidelberg
Leitung SOCLES

Prof. Dr. Stephan Rixen

Universität Bayreuth
Lehrstuhl für Öffentliches Recht I – Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht

Lydia Schönecker

SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies, Heidelberg
Arbeitsbereich SOCLES Inklusion, Erziehung & Teilhabe

Sämtliche Ausführungen in der Rechtsexpertise „Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern“, erstellt von SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies (Dr. Thomas Meysen und Lydia Schönecker in Kooperation mit Prof. Dr. Stephan Rixen), stellen ausschließlich die Fachmeinung der Autor*innen dar.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	7
	Vorbemerkung.....	7
	Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern und die Grundorientierungen der Systeme..	7
	Leistungen und Lücken	8
	... in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	8
	... in der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)	10
	... in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)	11
	... in der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI).....	13
	Zugangswege und Zugangsbarrieren.....	13
	Kooperation mit Patient*innen/Adressat*innen.....	15
	Koordination an den Schnittstellen	16
	Zuständigkeiten	16
	Systemübergreifende Angebotsgestaltung	17
	Fallübergreifende und einzelfallbezogene Zusammenarbeit	18
1	Hintergrund und Auftrag.....	20
1.1	Politische Initiative	20
1.2	Auftrag und Erarbeitungsprozess.....	20
2	Kinder- und Jugendhilferecht.....	23
2.1	Angebote für spezifische Bedarfe: allgemeine Grundsätze	23
2.2	Angebote bei stationärer Behandlung des betreuenden Elternteils.....	26
2.2.1	„Begleitkinder“ aus zweiter Hand	26
2.2.2	Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen bis zum Alter von sechs Jahren.....	29
2.2.3	Hilfen zum Verbleib im familiären Haushalt	29
2.2.4	Kontinuierliche Diskontinuität bei wiederkehrenden stationären Unterbringungen	30
2.3	Ambulante Hilfen zwischen Erziehung und Alltagsbewältigung.....	32
2.4	Erleichterter Zugang zu den Hilfen.....	35
2.5	Altersgruppenspezifische Differenzierung und Übergänge	39
3	Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)	40
3.1	Zur Systematik.....	40
3.2	Elterneigenschaft als relevanter Teilhabeaspekt	42
3.3	Voraussetzung: Vorliegen einer wesentlichen Behinderung	47

3.3.1 Vorliegen einer Behinderung	47
3.3.2 Wesentlichkeit der Behinderung	54
3.3.3 Schlussfolgerungen zur Leistungsberechtigung nach SGB XII/SGB IX psychisch kranker Eltern	57
3.4 Folge: Anspruch auf Gewährung von Teilhabeleistungen	58
3.5 Besondere (ambulante) Teilhabeleistung: „Unterstützte Elternschaft“ (§ 78 SGB IX) ..	59
3.5.1 Einfache Assistenz (Elternassistenz) und qualifizierte Assistenz (begleitete Elternschaft)	59
3.5.2 Problem: Verbot von Dritt-Leistungen	61
3.5.3 Bedeutung des Fachkraftefordernisses	63
3.6 Zugang zu Leistungen	64
3.6.1 Standardisierte Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)	64
3.6.2 Problem: Kostenbeteiligung für ambulante Leistungen	67
3.7 Früherkennung von Bedarfen	68
4 Integration in den Arbeitsmarkt	69
5 Sozialversicherungsrecht	71
5.1 Leistungen	71
5.1.1 Leistungen und Leistungsvoraussetzungen nach SGB V, insb. Krankenbehandlung	72
5.1.1.1 Generelles Problem: Unsichtbarkeit der Perspektive von Kind und Familie	72
5.1.1.2 Fehlende Konkretisierung des Behandlungsprozesses insb. durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	74
5.1.1.3 Die elterliche Einwilligung als Bedingung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen	76
5.1.1.4 Bewältigung praktischer Alltagsaufgaben, insb. die Haushaltshilfe	77
5.1.1.5 Begleitpersonen und Familienzentrierung im Kontext der Kinder-Reha (SGB V, VI)	80
5.1.1.6 Aufsuchende Behandlungsformen in der GKV: Ansätze und Desiderate	83
5.1.1.7 Psychotherapeutische und heilpädagogische Angebote	85
5.1.1.8 Familiensystemisch sensible Behandlungssettings in der GKV – Perspektive: Versorgungsketten	86
a) Beispiel „SPZ“ (§ 119 SGB V)	86
b) Stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (§ 39 Abs. 1 S. 1, § 115d SGB V)	87
c) Angebote in der Universitätsmedizin: Psychiatrische Institutsambulanzen/Psychosomatische Institutsambulanzen	88
d) Beispiel „Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)“	89
e) Beispiel „Modellprojekte zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (§ 64b SGB V) ..	90
f) Desiderat: Aufeinander abgestimmte Versorgungspfade bzw. Versorgungsketten	91
5.1.2 (Primär-)Prävention und Früherkennung (Sekundärprävention)	91
5.1.2.1 (Primär-)Prävention und Früherkennung (Sekundärprävention) insb. in der GKV	91
5.1.2.2 Welche Angebote der Früherkennung für Kinder und Erwachsene, auch im Hinblick auf familiäre Komorbidität, gibt es?	92
5.1.2.3 Präventionsleistungen nach den §§ 20 ff. SGB V für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil (insb. zum Begriff der „Lebenswelt“ und zur Rolle des Leitfadens des GKV- Spitzenverbandes)	94
5.1.2.4 Selbsthilfegruppen (§ 20h SGB V) für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil	99
5.1.3 Soziale Pflegeversicherung nach SGB XI	101

5.2	Zugang zu Leistungen (Niedrigschwelligkeit)	104
6	Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit	106
6.1	Ausgangslage: viele Akteure, viele Schnittstellen für die Zuständigkeitsklärung	106
6.2	Abgrenzung von Leistungen nach SGB VIII zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX	106
6.3	Abgrenzung von Leistungen nach SGB VIII zu Leistungen nach SGB V	110
6.4	Abgrenzung von Leistungen nach SGB V bzw. SGB VI zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX	110
6.5	Abgrenzung von Leistungen nach SGB XI zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX bzw. SGB VIII	112
7	Einfluss der Finanzierungsregelungen auf die Angebotspalette	116
7.1	Spannungsfeld zwischen Infrastruktur im Sozialraum/Quartier und Einzelhilfe	116
7.2	Spezifika in der Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe	118
7.2.1	Rechtliche Grenzen für einen einheitlich finanzierten Leistungsmix	118
7.2.1.1	Zwei- und dreiseitige Finanzierung	118
7.2.1.2	Trägerauswahl bei dreiseitiger Finanzierung unzulässig	119
7.2.1.3	Unzulässigkeit einer gemischt zwei-dreiseitigen Finanzierung	122
7.2.2	Vorhaltekosten als faktisches Problem	124
7.3	Spezifika in der Gesundheitsversorgung und Pflege	125
8	Kooperation und Koordination	127
8.1	„Versorgungspfade“: trägerübergreifende Finanzierung und Anschlussfähigkeit	127
8.1.1	Allgemein: kombinierte und koordinierte Leistungen	127
8.1.2	Systemübergreifend-kombinierte Finanzierung von Leistungen: „echte“ Mischfinanzierung	127
8.1.3	Koordinierte Leistungen: Anschlussfähigkeit der Systeme	130
8.2	Potenziale und Grenzen einer gemeinsamen Planung von Angeboten	132
8.2.1	Fallübergreifende Planung und Steuerung	132
8.2.2	Einzelfallkooperation in der Hilfe-, Gesamt- und Teilhabeplanung	134
8.2.3	Finanzierung fallübergreifender und einzelfallbezogener Zusammenarbeit	138
8.3	Datenschutzrechtliche Implikationen	139
	Literatur	143
	Anhang 1 Fragenkatalog	154
	Anhang 2 Fallvignetten	156
	Leistungen und Leistungsinhalte	156
	Fallvignette 1: Scheitern weiteren Zusammenlebens bei Alkoholabhängigkeit	156
	Fallvignette 2: Bewusstsein über Elternrolle in Erwachsenenpsychiatrie	157
	Fallvignette 3: unbezahlte Angebote der Erwachsenenpsychiatrie	157

Fallvignette 4: Haushaltshilfe als Leistung für Alleinerziehende	158
Fallvignette 5: wenig Veränderung trotz langjähriger ambulanter Hilfen	159
Fallvignette 6: wenig Veränderung trotz langjähriger ambulanter Hilfen	160
Fallvignette 7: Finanzierung von Leistungen im Zusammenhang der Aufnahme älterer „Begleitkinder“	160
Fallvignette 8: längere Behandlungsdauer bei Eltern in Entwöhnungsbehandlung	160
Fallvignette 9: Aufklärung der Kinder über Erkrankung der Mutter	160
Fallvignette 10: Arbeit mit Kindern nach Suizidversuch.....	160
Fallvignette 11: Trennung im Lichte einer Suiziddrohung	160
Fallvignette 12: Androhung von Suizid bei drohender Abschiebung	161
Zuständigkeit und deren Abgrenzung.....	161
Fallvignette 13: Begleitkinder zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung.....	161
Fallvignette 14: Aufnahme suchtkranker Schwangerer in Reha erst nach Geburt	161
Zugang zu Hilfe und Anschlussfähigkeit des fachlichen Handelns	161
Fallvignette 15: Lotsenfunktion zur Erleichterung des Zugangs	161
Fallvignette 16: Anbindung an Geburtsklinik schon während Schwangerschaft.....	162
Fallvignette 17: erschwelter Hilfezugang wegen Angst vor dem Jugendamt.....	163
Fallvignette 18: erschwelter Zugang wegen fehlender Einsicht und Angst vor Jugendamt	163
Fallvignette 19: unangemeldeter Hausbesuch als Zugang.....	163
Fallvignette 20: Verweigerung einer von Jugendlicher gewünschten Therapie durch Eltern.....	164
Übergänge zwischen den Systemen	164
Fallvignette 21: zeitnahe Übergang in Entgiftung mit Kind nach Inobhutnahme.....	164
Fallvignette 22: Fortsetzung ambulanter Versorgung des Kindes während Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtung	165
Fallvignette 23: verzögerte Initiierung ambulanter Hilfen zur Erziehung	165
Fallvignette 24: Abstimmungsaufwand nach Beendigung einer stationären Entwöhnungsbehandlung.....	165
Fallvignette 25: unfinanzierte Arbeit im Zusammenhang mit Nachsorge und Weiterbehandlung.....	166
Fallvignette 26: stationäre Entwöhnungsbehandlung mit drei Kindern und unfinanzierte Nachsorge	166
Fallvignette 27: vorzeitige Entlassung der Mutter aus Geburtsklinik und Sorgen der Klinik.....	167
Fallvignette 28: Beendigung einer Patenschaft	170
Fallvignette 29: Beendigung einer Patenschaft	171
Fallvignette 30: Schweigepflichtsentbindung für Geburtsklinik zwecks Überleitung in weiterführende Hilfen nach Entbindung.....	171
Fallvignette 31: Bekanntwerden psychischer Erkrankung während Therapie des Sohns	173
Fallvignette 32: Antizipation familiengerichtlichen Entscheidungsverhaltens.....	173
Fallvignette 33: Antizipation familiengerichtlichen Entscheidungsverhalten	173
Fallvignette 34: Diskontinuität beim Übergang in die Volljährigkeit.....	173
Zusammenarbeit der Systeme.....	174
Fallvignette 35: keine Finanzierung von systemübergreifender Koordinations- und Planungsarbeit für versicherungsfinanzierte Träger	174
Fallvignette 36: Zusammenarbeit bei stationären und ambulanten Therapiebedarfen der traumatisierten Mutter	175
Fallvignette 37: Aufbau eines Hilfenetzwerks vor Entlassung aus Geburtsklinik	176
Fallvignette 38: Kindeswohlfokus nach Trennung von alkoholabhängigem Vater.....	177
Fallvignette 39: Informationsaustausch bei untergebrachtem Kind.....	178

0 Zusammenfassung

Vorbemerkung

1. Der **Deutsche Bundestag** hat mit Beschluss vom 20. Juni 2017 (BT-Drucks. 18/12780) ¹ das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgefordert, zusammen mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu erarbeiten. Hierzu gehört der Auftrag „zu eruieren, inwiefern unter den bestehenden landes- und bundesgesetzlichen Regelungen zukünftig eine optimale interdisziplinäre Versorgung betroffener Familien gewährleistet werden kann und an welchen Stellen Handlungsbedarf besteht.“ Dem widmet sich die vorliegende Rechtsexpertise im Auftrag des AFET Bundesverband für Erziehungshilfen e.V. Getragen von der menschenrechtlichen Vorgabe einer öffentlichen Hilfeverantwortung gegenüber Eltern mit Behinderungen, Trennungen von ihrem Kind aufgrund der Behinderung verhindern zu helfen (Art. 23 Abs. 4 S. 2 UN-Behindertenrechtskonvention), setzt die **Ist-Analyse** das geltende Recht in Beziehung sowohl zu den spezifischen Bedarfen in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern als auch den fachlichen sowie strukturellen Anforderungen an die Hilfe und Versorgung. In Anerkennung der zahlreichen qualifizierten Modelle und des Engagements der Fachpraxis arbeitet sie heraus, inwieweit strukturelle Ursachen für die erkannt defizitäre Situation im Recht zu suchen sind, welche Potenziale das geltende Recht zur Verbesserung bietet und wo es einer solchen entgegensteht.

Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern und die Grundorientierungen der Systeme

2. Die **Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)** ist getragen von einem Grundverständnis, nach dem sog. „öffentliche Hilfen“ in einem freiheitlich-demokratischen Sozialstaat lediglich mit einem von den Erziehungsberechtigten „abgeleiteten Erziehungsrecht“ ausgestattet sind. Mit ihrer **familiensystemischen Perspektive und Lebensweltorientierung** ist sie verpflichtet, den unterschiedlichen Lebenslagen sowie jeweiligen sozialen und kulturellen Bedürfnissen und Eigenarten von Kindern, Jugendlichen, Müttern, Vätern und weiteren Bezugspersonen in den Familien Rechnung zu tragen. Die Kinder- und Jugendhilfe hat sich bei der Gestaltung bedarfsgerechter Leistungen und Arbeitsweisen somit auf die Pluralität der Lebenswelten einzulassen und dieser anzupassen. In der Konsequenz sind die Bedarfslagen in den Leistungstatbeständen nur allgemein beschrieben. Spezifische Leistungen für Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern enthält das SGB VIII keine. Die Bedarfsgerechtigkeit sowohl der Ange- ²

botspalette als auch der individuellen Leistungen im Einzelfall wird daher der örtlichen Praxis überantwortet.

3. Die **Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)** ist gekennzeichnet von einer **Fokussierung auf individuelle Rechtsansprüche und deren Durchsetzung**. Zur Stärkung der Rechte der Leistungsberechtigten gibt das SGB IX Teil 1 hierfür ein gesetzlich strukturiertes Verfahren verbindlich vor. Ausgangspunkt für die Bedarfsfeststellung und die Leistungsgewährung sind die Bedarfe des Menschen mit Behinderung. Die stets auf Interaktion mit dem Kind angelegte Elternrolle ist inzwischen gesetzlich zur Klarstellung im Bereich der sozialen Teilhabe von Menschen mit Behinderung berücksichtigt worden. Die binäre Systemlogik, nach der Leistungsberechtigte gegenüber dem Eingliederungshilfeträger individuelle Rechtsansprüche in Bezug auf ihre Person geltend machen, führt jedoch zu Friktionen sowohl mit Blick auf die familiensystemischen Bedarfslagen als auch die niedrigschwellige Zugangsgestaltung, also Inanspruchnahme ohne vorherige Antragstellung beim und Prüfung der Leistungsberechtigung durch den zuständigen Eingliederungshilfeträger.

4. Das Recht der **Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V)** kennzeichnet ein Grundproblem bei der Versorgung psychisch kranker Eltern: die grundsätzliche **Unsichtbarkeit der Perspektive von Kind und Familie**. Sie kommt nur ausnahmsweise ins Spiel, etwa bei der Finanzierung des Aufenthalts von Begleitpersonen oder bei der Gewährung von Haushaltshilfe. Letztere ist jedenfalls bei der medizinischen Rehabilitation, sofern das SGB IX anwendbar ist, etwas familienfreundlicher ausgestaltet (siehe auch Ziff. 14). Zur Unsichtbarkeit der Kinder- bzw. Familienperspektive trägt auch bei, dass der Krankheitsbegriff – in der Logik des GKV-Rechts konsequent – auf das Individuum fokussiert und nicht den familialen Kontext mit berücksichtigt. Auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die im Rahmen der Behandlung kranker Menschen in der Praxis eine wichtige leistungsrechtliche Funktion haben, befassen sich – abgesehen etwa von den Richtlinien zur Kinder- und Jugendlichengesundheit – nicht regelhaft mit der Perspektive von Kind und Familie.

Leistungen und Lücken

... in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

5. Bei stationärer Behandlung oder Rehabilitation der Eltern mit psychischer Erkrankung stellt sich die Frage, ob ihre Kinder im Krankenhaus, der Reha-Klinik oder sonstigen Einrichtung mit aufgenommen werden. Vorrangig ist die Leistungsverantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), sofern sie die gemeinsame Unterbringung des Kindes unter der Überschrift „**Begleitkinder**“ zur Hauptleistung für den Elternteil zählt (hierzu unten 15). Ist dies nicht der Fall, sind entsprechende Leistungen

im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu prüfen. Das geltende Recht im SGB VIII hat derartige Leistungen nicht im Blick. Eine reine Finanzierung von Kost und Logis scheidet aus. Leistungen der Hilfe zur Erziehung, entweder als Unterbringung in einer sonstigen Wohnform (§ 34 SGB VIII) oder als sog. „unbeschriebene Leistung“ (§ 27 Abs. 2 SGB VIII), kommen dann in Betracht, wenn die Mitaufnahme geeignet ist, eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung zu gewährleisten. Ob die gemeinsame Unterbringung die Chancen auf einen Behandlungserfolg bei den Eltern erhöht, kann hierbei allenfalls mittelbar eine Rolle spielen. Das Jugendamt hat daher zu prüfen, ob die Lebenssituation, die örtlichen Gegebenheiten und die fachliche Begleitung des Kindes oder Jugendlichen sowie der Eltern-Kind-Interaktion eine **förderliche Erziehung sicherstellen** können. Welcher Leistungsträger für die (sozial)pädagogische Arbeit im Krankenhaus bzw. der Einrichtung zuständig ist, scheint wegen der geteilten Zuständigkeit für „Begleitkinder“ in der Praxis häufig ungeklärt, weshalb auch die üblichen Mechanismen der Qualitätssicherung über Leistungsvereinbarungen nach §§ 78a ff. SGB VIII nicht verlässlich greifen.

6. Die **gemeinsame Unterbringung in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung** ist beschränkt durch das Höchstalter von sechs Jahren des (jüngsten Geschwister-)Kindes zum Zeitpunkt des Leistungsbeginns (§ 19 SGB VIII). Ob auch für psychisch kranke Eltern mit älteren Kindern und Jugendlichen eine gemeinsame stationäre Unterbringung eine geeignete Hilfe sein kann (dann nach § 27 Abs. 2 SGB VIII), ist sozialpädagogisch-fachlich zu beantworten.

7. Die gegenüber der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V nachrangige (hierzu Ziff. 29) **Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII)** umfasst keine erzieherischen Bedarfe und ist auf Fälle des vollständigen Ausfalls des haupterziehungsverantwortlichen Elternteils beschränkt. Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) kann zwar auch Aufgaben der Unterstützung sowie Anleitung im Haushalt umfassen, ist aber im Kern Hilfe zur Erziehung. Reine Angebote zur Entlastung bei der Alltagsbewältigung können somit nur der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 Abs. 1 S. 2 SGB VIII) zugeordnet werden, die in der Praxis regelmäßig niedrigschwellig angeboten werden, jedoch mit keinem Rechtsanspruch für die Eltern hinterlegt sind.

8. Die **kontinuierliche Diskontinuität der Bedarfslagen** als charakteristisches Merkmal in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern erfordert **flexible Hilfen jenseits der Versäulung** der in den §§ 28 ff. SGB VIII für einzelne Bedarfslagen beschriebenen Leistungen. Der teilloffene Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung ermöglicht dies über die sog. „unbeschriebenen Leistungen“ (§ 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Ausdrücklich finden Leistungen, die bspw. auch mit schwankenden Bedarfen mitschwingen, bislang im Gesetz keine Erwähnung. Rechtliche Hindernisse für die Schaffung entsprechender Angebote finden sich vor allen Dingen im Finanzierungsrecht (hierzu Ziff. 24). Insoweit enthält die geltende Rechtslage etwa auch keine gesetzli-

chen Anreize, damit in Hilfeverläufen mit schwankenden Bedarfen zur Wahrung von Leistungs- und Beziehungskontinuität bei einer nicht vollständigen Auslastung Vorhaltekosten gezahlt werden (können).

... in der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)

9. Seit dem Inkrafttreten des 2. Reformschritts des BTHG zum 1.1.2018 ist die Praxis mit dem Verstehen und Umsetzen einer Vielzahl von neuen Regelungen und Anforderungen konfrontiert. Eine wesentliche Neuerung betrifft die Ablösung des pathologischen Behinderungsbegriffs durch eine Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung, in die nicht nur die biomedizinischen Aspekte, sondern mit der Grundidee von Wechselwirkungsbeziehungen vor allem auch die jeweiligen Lebensumstände (sog. Umwelt- und personbezogene Faktoren) mit einzubeziehen sind (sog. „**bio-psychosoziales Modell**“, § 2 SGB IX). Dies weitet den relevanten Prüfhorizont der Fachkräfte gerade auch für familiensystemische Aspekte.

10. Bei typischerweise periodenhaft auftretenden psychischen Erkrankungen kommt es zu **Schwankungen in der Teilhabebeeinträchtigung**. Gleichwohl werden solche regelmäßig auch in symptomfreien Zeiten fortwirkende Wirkungen zeigen.

11. Für einen Leistungsanspruch der Eingliederungshilfe bedarf es darüber hinaus der Feststellung, dass die **Teilhabebeeinträchtigung als „wesentlich“ zu werten** ist (§ 53 Abs. 1 SGB XII). Während dieses Tatbestandsmerkmal bei anderen Behinderungsformen in der Praxis der Eingliederungshilfeträger selten leistungsrelevante Bedeutung hat, wird die Leistungsbeurteilung bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Suchterkrankung vergleichsweise häufiger aus diesem Grund verneint. Die Neufassung der Leistungsvoraussetzungen wurde im Zuge des BTHG vertagt. Gesetzgeberische Intention war, eine griffige Definition zu erhalten, bei welcher der Personenkreis gleich bleibt. Eine von der Bundesregierung hierzu in Auftrag gegebene Untersuchung hat konstatiert, dass dies nicht erfüllbar sei. Für die im Zuge des BTHG vertagte und noch ausstehende Neufassung des leistungsberechtigten Personenkreises für die Zeit ab dem 1.1.2023 verdient die Situation psychisch kranker Eltern besonderer Beachtung.

12. Die für die Eingliederungshilfeträger verbindlich vorgegebene ICF-Orientierung (§ 142 Abs. 1 SGB XII-2018, § 118 Abs. 1 SGB IX-2020) eröffnet die Aussicht, dass zukünftig eine **familiensystemische Perspektive** sowohl in die Bedarfsermittlung als auch in die Planung der Teilhabeziele und -leistungen mit einfließt und auch eingefordert werden kann.

13. Das BTHG hat auch einen expliziten Leistungsanspruch auf Unterstützung von Eltern mit Behinderung eingeführt (§ 78 Abs. 3 SGB IX). Dieser greift zwar gegenüber den Eingliederungshilfeträgern erst mit der zum 1.1.2020 stattfindenden Überführung der Eingliederungs-

hilfe aus dem SGB XII ins SGB IX 2. Teil, enthält als ohnehin nur klarstellende Regelung jedoch bereits seit 1.1.2018 wichtige Orientierungspunkte für die Gewährungspraxis. Die **Leistungen der „Unterstützten Elternschaft“** zielen nicht nur auf „einfache“ (Alltags-)Assistenzleistungen (Elternassistenten), sondern beziehen als „qualifizierte“ Assistenz ausdrücklich auch psychosoziale Unterstützungen in Form von pädagogischer Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle mit ein (begleitete Elternschaft). Für letztere besteht ein Fachkraftgebot (§ 78 Abs. 2 S. 2 SGB IX). (Ehrenamtliche) Patenmodelle können für Bedarfssituationen „einfacher“ alltagsunterstützender Tätigkeiten überlegt werden. Das Potenzial des neuen Anspruchs auf Leistungen „qualifizierter“ Assistenz bleibt jedoch weitgehend theoretisch: Für Eltern mit psychischer Beeinträchtigung bleiben Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vorrangig (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII; s. auch unten Ziff. 30) und für den verbleibenden Anwendungsbereich gilt die einkommens- und vermögensabhängige Gewährung.

... in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)

14. Ein wichtiges Mittel der Alltagsbewältigung ist die Gewährung von **Haushaltshilfe** insbesondere dann, wenn Eltern wegen einer medizinischen Rehabilitation abwesend sind. Die Haushaltshilfe wird einerseits nach den Vorschriften des SGB V, andererseits für „Notsituationen“ nach dem SGB VIII gewährt. An die Gewährung von Haushaltshilfe stellt das SGB V allerdings **relativ hohe Anforderungen** insoweit, als z.B. Selbsthilfeoptionen (etwa durch die Heranziehung Verwandter) vorrangig zu prüfen sind und zudem im Haushalt ein Kind leben muss, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht zwölf Jahre alt ist. Sofern das SGB IX Anwendung findet, können an die Stelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen werden (§ 74 Abs. 2 SGB IX).

15. Das GKV-Recht sieht vor, dass der **Aufenthalt einer Begleitperson** bei einer erkrankten GKV-versicherten Person, die sich z.B. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet, von der Krankenkasse finanziert wird, wenn der Aufenthalt dieser Begleitperson therapiEFörderlich ist (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V). Erweiterte Optionen für einen Aufenthalt der Begleitperson bestehen im Rahmen der sog. Kinder-Rehabilitation (§ 15a SGB VI): Hier können Eltern oder auch andere Familienangehörige die Kinder begleiten, was auch mit Blick auf die GKV zeigt, dass sich die Familienperspektive stärker abbilden lässt. Diese Regelung fokussiert nicht nur auf den Begriff der Krankheit, sondern reicht weiter, sodass z.B. schon das Ziel, eine erhebliche Gefährdung der kindlichen Gesundheit abzuwenden, genügt. Die Kinder-Rehabilitation (§ 15a SGB VI) ist – insbesondere auch dann, wenn sie mit Reha-Maßnahmen

zugunsten der Eltern kombiniert wird (§ 15 SGB VI) – ein gelungenes Beispiel für die Berücksichtigung der Kindes- und Familienperspektive.

16. **Psychotherapeutische Angebote**, die die Familie etwa über familienorientierte Gruppenangebote in den Blick nehmen, sind vor dem Hintergrund der derzeitigen rechtlichen Vorgaben nicht leicht umsetzbar. Die Psychotherapie-Richtlinien, die den gesetzlichen Anspruch auf Gewährung von Psychotherapie konkretisieren, erscheinen in ihrer derzeitigen Fassung insoweit nicht klar genug. Die Familienorientierung ist auch im Rahmen heilpädagogischer Angebote, die gemäß SGB IX von der Krankenkasse verantwortet werden, nicht leicht umzusetzen. Hinzu kommt, dass im Rahmen des SGB IX, anders als im SGB V, eine (drohende) psychische Behinderung vorliegen muss..

17. Das SGB V kennt zahlreiche Versorgungsangebote, die für die **Entwicklung familiensystemisch sensibler Behandlungssettings** in Frage kommen. Hierzu zählen etwa die Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), die Stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (§ 39 Abs. 1 S. 1, § 115d SGB V) oder Angebote der Universitätsmedizin (Psychiatrische Institutsambulanzen/Psychosomatische Institutsambulanzen). Als Folie für eine künftige Regelversorgung, zu der familiensystemisch sensible Behandlungssettings gehören, ist ferner an die „besondere Versorgung“ (§ 140a SGB V) und an die „Modellprojekte zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (§ 64b SGB V) zu denken. Diese Versorgungsangebote können zu (modellhaften) Plattformen für aufeinander abgestimmte Versorgungspfade bzw. Versorgungsketten weiterentwickelt werden, ohne dass dies zwingend Gesetzesänderungen voraussetzt.

18. Im Bereich der **Früherkennung** (§§ 25, 26 SGB V) kann die Familienperspektive durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gestärkt werden. Das gilt insbesondere für die (Erwachsene betreffende) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, ferner für die Kinder- und die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.

19. Die Krankenkassen dürfen **lebensweltorientierte Präventionsleistungen (Setting-Ansatz)** erbringen, die – derzeit in erster Linie vermittelt über die anderen von § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V erfassten Lebenswelten – indirekt auch der Lebenswelt „Familie“ zugutekommen können. . Der „Leitfaden Prävention“, der der Sache nach wie eine auslegungsleitende und ermessenslenkende Verwaltungsvorschrift wirkt, zählt die Familie nicht zu den „abgrenzbaren sozialen Systemen“ im Sinne des § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V. Er zählt aber Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausdrücklich zu den Zielgruppen von Präventionsanstrengungen. Dieser im „Leitfaden Prävention“ sichtbar werdende Sinn für die Familie als Ort auch überindividuell ansetzender Prävention kommt im Gesetz selbst nicht hinreichend deutlich zum Ausdruck.

20. **Selbsthilfegruppen** für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil können nach Maßgabe des § 20g SGB V nach Maßgabe des „Leitfadens zur Selbsthilfeförderung“ gefördert werden.

... in der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

21. Die jüngsten Reformen des SGB XI haben dem Pflegeversicherungsrecht ein ganzheitlicheres Profil verliehen, das auch psychische Problemlagen dem Grunde nach überzeugend abbildet. Allerdings ist derzeit nicht erkennbar, wie sehr die allein psychisch bestimmte Pflegebedürftigkeit nicht-hochaltriger Menschen ein relevantes Problem für die Pflegepraxis ist. Das Pflegeversicherungsrecht sollte im Sinne eines Merkpostens bei der **Weiterentwicklung der Begleitung psychisch kranker Menschen** nicht außer Acht gelassen werden. Bis auf Weiteres hält das SGB XI aber realistische Gestaltungsoptionen nicht bereit.

21

Zugangswege und Zugangsbarrieren

22. Die **Erleichterung des Zugangs zu Leistungen nach SGB VIII** ist für Hilfen in Familien mit psychisch kranken Eltern besonders relevant, um elterlichen Ängsten vor der Inanspruchnahme von Hilfen und ihren Schwierigkeiten bei der eigenen Aktivierung von Unterstützung begegnen zu können. Das Gesetz ermöglicht den Einsatz von Lotsen etwa im Bereich der Hilfen zur Erziehung (§ 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII), führt diesen jedoch nicht explizit auf. Zur Schaffung niedrigschwelliger Zugänge verpflichtet das SGB VIII die Jugendämter bei Leistungen aus dem Katalog der Hilfen zur Erziehung beispielhaft nur im Bereich der Erziehungsberatung (§ 36a Abs. 2 SGB VIII). Zumindest in einer Anbahnungs- und Anfangsphase zulässig ist die Ermöglichung direkter Inanspruchnahme ohne vorherige Entscheidung über die Leistungsgewährung durch das Jugendamt jedenfalls auch bei der aufsuchenden sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) oder bei flexiblen Hilfen (§ 27 Abs. 2 SGB VIII). Nach geltender Rechtslage werden die entsprechenden Gestaltungspotenziale so gut wie nicht genutzt. Gesetzlich kommt jedenfalls keine explizite Erwartung zum Ausdruck, Bedarfsgerechtigkeit insbesondere auch über weitere niedrigschwellige Angebote im Bereich der Hilfen zur Erziehung zu gewährleisten. Das Recht zur Finanzierung gibt insoweit keine Anreize (hierzu Ziff. 24).

22

23. In der **Eingliederungshilfe** ist mit dem Bundesteilhabegesetz die Durchsetzung der Rechtsansprüche der Leistungsberechtigten über verbindliche Verfahrensvorgaben gestärkt worden. Insbesondere die standardisierte Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX steht für diese Errungenschaft. Das umfangreiche Verfahren der medizinischen Diagnostik, Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung sowie der Planung von Zielen und Leistungen konfliktieren mit der ho-

23

hen Bedeutung von Angeboten, die im Sozialraum für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder niedrigschwellig, ohne vorheriges Verfahren beim Sozial-/Integrationsamt in Anspruch genommen werden können (siehe auch 24). Eine offensive Wahrnehmung der mit dem BTHG gestärkten Aufgaben zur frühzeitigen Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX) sowie der den Eingliederungsträgern eigens obliegenden Beratungs- und Unterstützungspflicht nach § 106 SGB IX kann hilfreich wirken.

24. In der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX) folgen die **dreiseitige Finanzierung** (Leistungen mit vorheriger Entscheidung des Leistungsträgers über die Leistungsgewährung) und **zweiseitige Finanzierung** (direkte Inanspruchnahme der Leistung) sehr unterschiedlichen, rechtlichen Steuerungslogiken. Freie Träger, die im Bereich des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses den Abschluss einer Leistungs- und Entgelt-/Vergütungsvereinbarung anstreben und ein Konzept für ein geeignetes Angebot und eine wirtschaftliche Kalkulation vorlegen, haben Anspruch auf (ermessensfehlerfreie Entscheidung über den) Abschluss entsprechender Vereinbarungen. Sie tragen das volle Risiko für die Inanspruchnahme, sodass eine Trägersauswahl nur in sehr begrenztem Leistungssegment bzw. -umfang stattfinden kann. Eine Ausschreibung der Leistung ist unzulässig. Bei zweiseitiger Finanzierung findet nach Bedarfsgesichtspunkten eine Trägersauswahl unter Nichtberücksichtigung anderer Anbieter statt. Es ist – je nach Rechtsauffassung – ein Vergabeverfahren bzw. sonstiges transparentes Auswahlverfahren durchzuführen. Wegen der Unterschiede ist eine gemischt zwei-dreiseitige Finanzierung ohne ausdrückliche gesetzliche Gestattung unzulässig. Dies limitiert nach geltender Rechtslage die Optionen zur Gestaltung auch niedrigschwellig zugänglicher Angebote im Sozialraum, die für den Hilfezugang gerade von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern eine so hohe Bedeutung haben.

25. **Aufsuchende Behandlungsformen im GKV-Recht** bilden eine Ausnahme. Es dominiert ein Ansatz, der erwartet, dass Klient*innen die Hilfe gleichsam abholen. Dieser Ansatz widerspricht der psychischen Befindlichkeit vieler Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen ebenso wie den Möglichkeiten insbesondere junger Kinder generell, erst recht dann, wenn die Kinder und Jugendlichen selbst infolge der Familiensituation psychisch belastet sind. Zwar kennt das SGB V das sog. Versorgungsmanagement. Hier geht es jedoch im Wesentlichen um die Koordinierung der gesundheitsspezifischen Versorgung, nicht etwa um die Koordinierung von helfenden Maßnahmen, die außerhalb des SGB V – etwa nach SGB VIII oder SGB XII – vorgesehen sind. Ansätze der aufsuchenden Hilfe kennt die sog. Soziotherapie (§ 37a, § 132b SGB V). Hier stehen insbesondere Sozialarbeiter*innen oder Sozialpädagoge*innen psychisch kranken Menschen im Alltag bei der Sicherung ihrer Therapie bei. Die Soziotherapie hat zwar in der Praxis mit Umsetzungsproblemen zu kämpfen. Sie zeigt gleichwohl, dass die Einbindung

24

25

nicht-gesundheitsberuflichen Sachverstands, der spezifisch gesundheitsbezogene Leistungen ergänzt, abhängig vom jeweiligen Kontext auch im Rahmen der GKV realisiert werden kann.

26. Das GKV-System erweist sich für psychisch kranke Eltern und ihre (ggf. ebenfalls psychisch kranken) Kinder generell als wenig niedrigschwellig zugänglich. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen können auch gesundheitliche Hilfen nicht durchweg aus eigenem Antrieb aktivieren. Das SGB V denkt stärker von spezifischen Instrumenten der Gesundheitsversorgung her, während **Assistenz- und Aktivierungsaspekte** – wie kommt ein Mensch überhaupt dazu, eine Leistung in Anspruch zu nehmen? – als GKV-unspezifisch wahrgenommen und an andere Hilfesysteme abgegeben werden. Diese aber tun sich – aus rechtlichen, finanziellen und sonstigen Gründen (insb. unterschiedliche professionelle Mentalitäten) – schwer damit, die effektiv bestehenden Lücken beim Zugang zu passenden Gesundheitsleistungen zu schließen.

26

Kooperation mit Patient*innen/Adressat*innen

27. Die grundsätzliche Individuumszentrierung des GKV-Rechts (SGB V) setzt fort, was im allgemeinen Medizinrecht angelegt ist. Da Behandlungsprozesse immer von Einwilligungen abhängen, die **minderjährige nicht-einwilligungsfähige Kinder** nicht erteilen können, kommt es auf die Einwilligungen der personensorgeberechtigten Eltern bzw. des personensorgeberechtigten Elternteils an. Nur in seltenen und mit einiger Rechtsunsicherheit verbundenen Fällen der Eilbedürftigkeit darf auf die elterliche Einwilligung verzichtet werden. Das stellt die medizinisch Verantwortlichen, insbesondere die Ärzt*innen, vor die Herausforderung, auf kommunikativ angemessene Weise die psychisch kranken Eltern für eine adäquate kindeswohlgerechte Entscheidung zu sensibilisieren und so deren Einwilligung zu erwirken. Ohne die Einwilligung dürfen die Behandlungskonzepte regelmäßig nicht auf die Kinder bzw. Jugendlichen erstreckt werden. In der Kinder- und Jugendhilfe ist die Beratung von Kindern und Jugendlichen ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten bislang auf Not- und Konfliktlagen beschränkt (§ 8 Abs. 3 SGB VIII).

27

28. Das geltende **Datenschutzrecht** gewährleistet den für die Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern so wichtigen **Vertrauensschutz in Hilfebeziehungen**. Eine Weitergabe von Daten bedarf grundsätzlich einer Einwilligung (Art. 4 Nr. 11, Art. 9 Abs. 2 DS-GVO). Die Betroffenen hierzu transparent zu beraten und sie ggf. von der Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit eines Informationsaustauschs mit anderen Beteiligten aus der Familie oder anderen helfenden Stellen zu überzeugen, erfordert sowohl Beratungskompetenzen als auch zeitliche Ressourcen. Handreichungen, praxisnahe Formulare und Fortbildung können die Fachkräfte unterstützen. Ist im Einzelfall zur Abwendung einer (potenziellen) Kin-

28

deswohlgefährdung eine Informationsweitergabe auch ohne Vorliegen einer Einwilligung erforderlich, so beschreibt § 4 KKG für Berufsgeheimnisträger das Vorgehen und erteilt eine Befugnis, das Jugendamt zu informieren.

Koordination an den Schnittstellen

Zuständigkeiten

29. Leistungen nach SGB VIII gehen Leistungen nach SGB XII vor (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII). Eine Ausnahme gilt für junge Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung, für die Leistungen nach SGB XII vorrangig sind (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Für die gemeinsame Unterbringung eines psychisch kranken Elternteils mit seinem Kind ergibt sich daher im Verhältnis zur Eingliederungshilfe eine einheitliche Leistungszuständigkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe. Kommt beim Elternteil eine körperliche oder geistige Behinderung hinzu, führt dies nach höchstrichterlicher Rechtsprechung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahrs jedoch zur dysfunktionalen Zuständigkeitssplittung, wonach die Unterbringung des Kindes oder Jugendlichen nach SGB VIII und die Unterbringung des jungen Elternteils nach SGB XII erfolgt. Bei über 27-jährigen Eltern ergibt sich wieder die einheitliche Zuständigkeit nach SGB VIII. Eltern mit Behinderung sind im **Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen SGB VIII und SGB XII** des § 10 Abs. 4 SGB VIII offensichtlich nicht mitgedacht.

29

30. Dem neu eingeführten Leistungstatbestand der „**unterstützten Elternschaft**“ (§ 78 Abs. 3 SGB IX-2020) dürfte für Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen (so gut wie) kein Anwendungsbereich zukommen. Leistungen nach SGB VIII sind, wenn sie sich auf den gleichen Bedarf beziehen, stets vorrangig (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII; siehe auch oben Ziff. 13).

30

31. Bei **Suchttherapien** unterscheidet die Leistungszuständigkeit je nachdem, ob es sich um einen ärztlich kontrollierten Entzug entsprechend eines ärztlichen Behandlungsplans nach § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V handelt (Entgiftung, dann SGB V) oder ob es um eine Rehabilitation mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen ohne ständige ärztliche Verantwortung geht (Entwöhnung, dann SGB XII/SGB IX). Die Ermittlung der sachlichen Zuständigkeit anhand einer Gesamtschau anhand der konkreten Umstände im Einzelfall wirft in der Praxis Abgrenzungsschwierigkeiten auf. Die geteilte Zuständigkeit führt, wenn es zu einem rein zuständigkeitsbedingten Einrichtungswechsel kommt, immer wieder zu Brüchen im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess.

31

32. Im Verhältnis zur **Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI** enthält das Gesetz einen Widerspruch, indem sowohl die Pflegeversicherung (§ 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI) als auch die Kinder- und Jugendhilfe (§ 10 Abs. 1 SGB VIII) bzw. Eingliederungshilfe (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB XII/§ 91 Abs. 3 SGB IX-2020) gegenseitig die Leistungen des jeweils anderen Sozialgesetz-

32

buchs zu vorrangigen bzw. nicht-nachrangigen gegenüber den Leistungen des eigenen erklärt. Dies kann insbesondere im Bereich ambulanter Leistungen nach SGB XII/SGB IX (z.B. betreutes Wohnen) oder nach SGB VIII mit Mitteln der Rechtsauslegung nicht aufgelöst werden und führt in der Praxis zu erheblichen Friktionen.

Systemübergreifende Angebotsgestaltung

33. Bei der trägerübergreifenden Gestaltung der Angebote im Sinne von „**Versorgungspfaden**“ kann zwischen kombinierten und koordinierten Leistungen unterschieden werden. Systemübergreifend-kombinierte Finanzierung von Angeboten, also „echte“ Mischfinanzierung, ist jenseits des persönlichen Budgets und der Frühförderung als Komplexleistung nicht zulässig oder nur in begrenzt praxisrelevanten Bereichen möglich. Es bleibt die **Koordination der Angebote**. Die Potenziale der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sowie der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX) zur Anpassung der eigenen Leistungen an die Angebote anderer Sozialleistungsträger, damit diese nahtlos aneinander anknüpfen und keine Lücken lassen, sind hoch unterschiedlich ausgeprägt:

- Bei den Leistungen der **gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V** handelt es sich tendenziell um ein **scharf abgegrenztes und geschlossen definiertes Spektrum**; punktuelle Ausnahmen bestehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der Primärprävention und dort auch nur bedingt. Die klaren Grenzen geben Orientierung, ab welchem Punkt die anderen Leistungssysteme anknüpfen müssen, um Lücken zu vermeiden. Dies dürfte vor allem dann gelingen, je besser die eigene Leistungsverantwortung für die anderen Sozialleistungsträger an der Stelle, an welcher Leistungen nach SGB V enden, bereits erkennbar wird. 34
- Den Gegenpol in Bezug auf die Anschlussfähigkeit bildet die **Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII**. Es gilt der Grundsatz der Pluralität mit seiner Offenheit für neue inhaltliche und organisatorische Entwicklungen. Die Angebote sind so zu gestalten, dass sie an der Individualität und Eigensinnigkeit der Leistungsberechtigten und deren Lebenswelt anknüpfen. Folglich können Leistungen mit Blick auf Schnittstellen auch so gestaltet werden, dass sie dort ansetzen, wo die Angebote anderer (Sozialleistungs-)Systeme enden. Das System der Kinder- und Jugendhilfe ist daher **strukturell sehr kooperationsfreundlich**, sich aber seiner Rolle als potenzieller Ausfallbürge für zurückhaltende Verantwortungsübernahme anderer Systeme regelmäßig auch sehr bewusst. 35
- Die **Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX** bietet mit ihrem teiloffenen Leistungskatalog zwar grundsätzlich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, die Angebote den individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten anzupassen. Die Anschlussfähigkeit der verschiede- 36

nen Angebote wird indes deutlich eingeschränkt durch die Konzentration auf „echte“ Rechtsansprüche. Die Dreiecksfinanzierung für Individualleistungen fokussiert auf den individuellen Nachteilsausgleich des Menschen mit Behinderung. Niedrigschwelliger Zugang ohne vorherige Antragstellung und eingehende Prüfung der Leistungsberechtigung ist leistungsgerecht im SGB IX nicht abgebildet, was eine Verknüpfung mit entsprechenden niedrigschwelligen Angeboten Leistungen anderer System erschwert bzw. verhindert. Die Einbeziehung von Bedarfen im systemischen Geschehen in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern bewegt sich in engen, an den behinderungsbedingten Bedarfen psychisch kranker Eltern orientierten Grenzen, wobei andere Leistungsträger jedoch in einer verpflichtend durchzuführenden Gesamtplankonferenz (§ 119 Abs. 4 SGB IX-2020) zu beteiligen sind. Mit dem neuen § 95 SGB IX sind die Eingliederungshilfeträger zwar verpflichtet, ihre Gewährungs- und Leistungserbringungsprozesse so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Leistung in jedem Fall erfolgen kann. Dem verlässlichen Vorhalten ambulanter Angebote steht jedoch die (volle) Kostenbeteiligung einer Vielzahl der Leistungsberechtigten entgegen. Die Koordination der Leistungen und die Kontinuität in den Bezugspersonen kann allerdings gefördert werden, wenn freie Träger als Leistungserbringer bspw. sowohl Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII/§§ 123 ff. SGB IX-2020 als auch Leistungs- und Entgeltvereinbarung nach § 77 SGB VIII abschließen, um etwa koordiniert ambulant betreutes Wohnen und sozialpädagogische Familienhilfe zu erbringen.

Fallübergreifende und einzelfallbezogene Zusammenarbeit

34. Die Jugendhilfeplanung ist horizontal und vertikal zur **übergreifenden Vernetzung und Abstimmung mit anderen örtlichen und überörtlichen Planungen** ausdrücklich aufgefordert (§ 80 Abs. 4 SGB VIII). Im Recht der Eingliederungshilfe finden sich keine vergleichbaren Planungsinstrumente, sondern eher allgemein gehaltene örtliche Zusammenarbeitsverpflichtungen (§ 96 Abs. 1 SGB IX), verbunden mit einer Aufforderung der Länder zur Initiierung überregionaler Planungen und Unterstützung der örtlichen Sicherstellungsaufträge (§ 94 Abs. 3 SGB IX). Die Aufstellung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die kassenärztlichen Vereinigungen sieht ebenso wenig eine Vernetzung oder Koordination mit Angeboten anderer, außerhalb des GKV-Systems agierender Systeme vor wie die Krankenhausplanung zur psychiatrischen Versorgung. In einzelnen Ländern umfasst die Gesundheitsplanung der öffentlichen Gesundheitsdienste die Schnittstellen zu anderen Planungsbereichen oder zur Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen. Im Bereich der Frühen Hilfen enthält das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) immerhin einen Appell, dass sich die Akteure gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum informieren und strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -

37

entwicklung klären sollen (§ 3 Abs. 1 KKG), um ein möglichst frühzeitiges, koordiniertes und multiprofessionelles Angebot vorhalten zu können (§ 1 Abs. 4 S. 2 KKG). Dies wird bislang nur im SGB VIII mit entsprechenden Aufgaben hinterlegt.

35. Das SGB V kennt kein Instrument einer **einzelfallbezogenen Versorgungs- und Leistungsplanung** über das System der GKV hinaus. In der Hilfeplanung nach § 36 Abs. 2 bis 4 SGB VIII besteht eine Offenheit, aber keine Pflicht zur Hinzuziehung von Akteur*innen etwa der Suchthilfe oder Erwachsenenpsychiatrie. Die neuen Regelungen zum Gesamtplan bieten die Möglichkeit einer Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer zwischen den betroffenen Leistungsträgern (§ 141 Abs. 1 SGB XII-2018, § 117 Abs. 1 SGB IX-2020). Im Kontext von elternunterstützenden Leistungen für Eltern mit Behinderungen ist – mit Zustimmung der Leistungsberechtigten – zwingend eine Gesamtplankonferenz durchzuführen (§ 143 Abs. 4 S. 1 SGB XII-2018; § 119 Abs. 4 S. 1 SGB IX-2020). Der Eingliederungshilfeträger hat zudem im Vorfeld zu prüfen, ob die Bedarfe eventuell durch Leistungen anderer Leistungsträger oder auch durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld bzw. ehrenamtliche Personen gedeckt werden können und kann diese Personen ebenfalls an der Gesamtplankonferenz beteiligen.

38

36. Zentrales Element zur Koordinierung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX ist das **Teilhabeplanverfahren** (§§ 19, 20 SGB IX). Sein Ziel liegt darin, gemeinsam mit den anderen beteiligten Rehabilitationsträgern sowie den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ist zwingend, wenn sie auf einen Vorschlag von Eltern mit Behinderungen zurückgeht, die Unterstützungsleistungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt haben (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Gerade mit Blick auf die zersplitterte Leistungsverantwortung für Eltern mit Behinderungen dürften in dem Instrument der Teilhabeplanung und -konferenz wichtige Koordinierungs- und Abstimmungspotenziale zur Gestaltung bedarfsgerechter Einzelfallhilfen liegen. Das Jugendamt ist als andere öffentliche Stelle über § 22 Abs. 1 SGB IX auch dann in geeigneter Art und Weise in die Erstellung des Teilhabeplans einzubeziehen, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. Ob sich die ganzheitliche Koordinierung im Teilhabeplanverfahren in der Praxis etablieren wird, erscheint keine Selbstverständlichkeit.

39

37. **Fallübergreifende Kooperation und einzelfallbezogene Koordinierung** ist Arbeit. Diese gehört zu den Aufgaben nach SGB VIII und wird auch von den Trägern, Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX erwartet, auch wenn diese bislang gesetzlich nicht verpflichtet sind (vgl. bspw. § 3 Abs. 2 KKG, § 81 Nr. 1 SGB VIII). Die gesetzlich verpflichtenden Aufgaben sind von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhil-

40

fe/Eingliederungshilfe mit entsprechenden Ressourcen zu hinterlegen. Im Rahmen der GKV ist die Finanzierung des Kooperations- und Koordinationsaufwands zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen sowie zwischen Diensten und Einrichtungen in einigen Bereichen, zwischen den sozialen Sicherungssystemen nur ausnahmsweise möglich.

1 Hintergrund und Auftrag

1.1 Politische Initiative

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2017 einstimmig beschlossen,¹ die Situation von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern zu verbessern. Er hat die Bundesregierung beauftragt, u.a. eine zeitlich befristete Arbeitsgruppe einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, erarbeiten soll. Im Koalitionsvertrag² haben CDU, CSU und SPD den Faden aufgegriffen und sich vorgenommen, sowohl die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern zu verbessern als auch die Schnittstellenprobleme bei ihrer Unterstützung mit dem Ziel einer besseren Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme zu beseitigen.

Der AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. wurde vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, federführend), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Geschäftsführung der Arbeitsgruppe **Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern** beauftragt.³ Das interdisziplinäre und interministerielle Arbeitsgremium konstituierte sich am 12.3.2018.

1.2 Auftrag und Erarbeitungsprozess

Im Zuge dieses politisch initiierten Arbeitsgruppenprozesses wurden das SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies (Dr. Thomas Meysen, Lydia Schönecker) und Prof. Dr. Stephan Rixen (Universität Bayreuth) mit der Erstellung einer Rechtsexpertise „Kinder psychisch kranker Eltern: Ist-Analyse zur Rechtslage für Hilfe, Versorgung und Schutz“ beauftragt. Die Expertise geht der Frage nach, inwiefern es die rechtlichen Grundlagen zu den Hilfen für Familien

¹ BT-Drucks. 18/12780.

² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2018.

³ Kern & Sekler, 2018.

mit psychisch kranken/-m Eltern(teil) in der Praxis ermöglichen, erschweren oder erleichtern, den besonderen Bedarfen in diesen Familien angemessen zu begegnen. Die Bedarfe in Familien mit psychisch erkrankten/-m Eltern(teil) stellen die Leistungsträger vor besondere Herausforderungen. Zwar handelt es sich um eine inhomogene Gruppe. Diese weist aber in vielen Konstellationen ähnliche Muster bezüglich der Anforderungen an die Ausgestaltung der Leistungen auf. So erfordern sie bspw. verlässliche Bezugspersonen, Kontinuität und Niedrigschwelligkeit,⁴ flexible Unterstützung aufgrund schwankender Bedarfslagen zwischen Krise und Normalität, adressatengerechte Zuständigkeitsklärung und schuldzuweisungsfreie Kooperation.⁵

Diese fachlichen Anforderungen an die Hilfe mit den aktuellen rechtlichen Strukturen in den betreffenden Sozialgesetzbüchern in Beziehung zu setzen, ist Anliegen dieser rechtsgutachtlichen Abhandlung. Sie bringt die Expertise im Kinder- und Jugendhilferecht, Rehabilitations- und Teilhaberecht sowie Sozialversicherungsrecht zusammen. In der Ist-Analyse werden so die in den Systemen zur Verfügung stehenden Leistungen und ihre Voraussetzungen mit den Bedarfslagen in Beziehung gesetzt und die Zugänglichkeit der Leistungen beleuchtet (Abschnitte 2 bis 5). Die sachlichen Zuständigkeiten werden zueinander abgegrenzt und auf die (Dys-)Funktionalität der Versäulung hin untersucht (6). Die Vorgaben für die Finanzierung der Leistungen werden auf ihre Möglichkeiten, Beförderung und Hinderlichkeit bei der Gestaltung bedarfsgerechter Angebote hin betrachtet (7). Abschließend werden die rechtlichen Strukturvorgaben für Kooperation und Koordination bei der Angebotsgestaltung und Leistungsgewährung dargestellt (8).

Die Expertise berücksichtigt und beantwortet einen Katalog von rund 30 Fragen, der im Zuge der Ausschreibung der Expertise unter Beteiligung der Mitglieder der Arbeitsgruppe gesammelt und von den beteiligten Bundesministerien zusammengestellt wurde (siehe Anhang 1 Fragenkatalog). Der Expertisenauftrag wurde mit Vertrag vom 21. Juni 2018 erteilt. Die Expertise wurde im Zeitraum bis zum 30. September 2018 erstellt. Bereits am 12. Juni 2018 haben die Autor*innen das Konzept in der Arbeitsgruppe vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert. In der Folge haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe Fallvignetten erarbeitet und weitere Materialien zusammengestellt, um sie den Autor*innen über den AFET zukommen lassen. Diese wurden ausgewertet. Die Fallbeispiele wurden sprachlich redigiert, um

⁴ Der Begriff „Niedrigschwelligkeit“ bezieht sich hier auf die Zugänglichkeit ohne Antragstellung und vorherige Entscheidung über die Leistungsgewährung durch den Leistungsträger und nicht auf die Fachlichkeit der leistungserbringenden Stelle/Personen.

⁵ Michel et al., 2017; Pillhofer et al., 2016; Deutscher Verein, 2014; Kölich et al., 2014; Schone & Wagenblass, 2010; Schone & Wagenblass, 2005; Die Kinderschutz-Zentren, 2005.

sie für die rechtlichen Ausführungen in der Expertise nutzbar zu machen (siehe Anhang 2 Fallvignetten). Bspw. wurden die Eltern im Lichte der spezifischen Fragestellung des politischen Prozesses nicht als „Patient*innen“, „Klient*innen“ oder „Frau“ bzw. „Herr“ bezeichnet, sondern durchgehend als „Mutter“, „Vater“ oder „Eltern(teil)“. Dies ist im Bewusstsein erfolgt, dass in den helfenden Interventionen die Betrachtung der Einzelpersonen im Familiensystem unter verschiedenen Personenbeschreibungen nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig ist. Insgesamt konnten 39 Fallvignetten für die Expertise aufbereitet, dokumentiert und folgenden Clustern zugeordnet werden:

- Leistungen und Inhalte;
- Zuständigkeit und deren Abgrenzung;
- Zugang zu Hilfe und Anschlussfähigkeit des fachlichen Handelns;
- Übergänge zwischen den Systemen;
- Zusammenarbeit der Systeme.

Nicht einbezogen wurden Fallvignetten, in denen die psychische Erkrankung bzw. Suchterkrankung der Eltern oder eines Elternteils nicht ersichtlich hervorging und die sich auf allgemeine oder spezifische Fragen der Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen nach SGB VIII, SGB IX/SGB XII, SGB V und SGB VI und/oder sonst rein auf Fragen des Schutzes von Kindern bezogen.⁶

Für die Erstellung der Expertise wurden die zahlreichen weiteren Materialien, welche die Mitglieder der Arbeitsgruppe übermittelt haben, gesichtet und hinsichtlich ihrer rechtlich relevanten Fragestellungen ausgewertet. Um in der Ist-Analyse zur aktuellen Rechtslage den Fokus tatsächlich auf Familien mit Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern legen zu können, wurden in der Expertise insbesondere folgende Themen aus den Fallvignetten und Materialien nicht oder nur zum Teil aufgegriffen:

- Konstellationen der Zusammenarbeit in Frühen Hilfen bzw. bei (möglicher) Kindeswohlgefährdung ohne spezifischen Bezug zu psychischer oder Suchterkrankung von Eltern
- Datenschutzprobleme in der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe ohne spezifischen Bezug zu psychischer oder Suchterkrankung von Eltern
- Geschäftsfähigkeit Minderjähriger und Abschluss eines Behandlungsvertrags
- Verhältnis von gesetzlicher Betreuung der Eltern zur Erziehungsberechtigung von Eltern

⁶ Siehe aber Fallvignetten 32 und 33.

- junge Volljährige mit eigener psychischen Erkrankung bzw. der Übergang in die Volljährigkeit der Kinder psychisch kranker Eltern⁷
- aufenthaltsrechtliche Problematiken bei begleitet geflüchteten Kindern oder Jugendlichen, deren Eltern psychisch erkrankt sind.

Die Autor*innen danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe ganz herzlich für die Unterstützung der Expertise. 47

2 Kinder- und Jugendhilferecht⁸

2.1 Angebote für spezifische Bedarfe: allgemeine Grundsätze

Familien, in denen Kinder mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, sind keine kleine Gruppe im Kreis der Leistungsberechtigten der Kinder- und Jugendhilfe. Die Komplexität bei der Hilfe und Versorgung liegt zum einen darin begründet, dass die Eltern nicht nur Bedarfe in ihrer Rolle als Mutter und Vater haben, sondern aufgrund ihrer Krankheit auch jenseits der Elternrolle als Erwachsene. Die möglichen psychischen Erkrankungen der Eltern sind ebenso hoch heterogen wie ihre sich daraus ergebenden Bedarfslagen als Eltern und insbesondere die konkrete Situation der Bedürfnisbefriedigung ihrer Kinder.⁹ Suchterkrankungen¹⁰ bei Eltern erfordern andere helfende Interventionen als Borderline-Erkrankungen,¹¹ die Bedarfe depressiver Eltern¹² und ihrer Kinder unterscheiden sich von denjenigen bei schizophrenen oder autistischen¹³ Eltern usw. Die Bedarfslage in der jeweiligen Familie ist zusätzlich von multiplen, je individuellen Faktoren beeinflusst, etwa Anzahl und Alter der Kinder, Alleinerziehen, Konflikte der Eltern, vorhandenes oder fehlendes familiäres Netz, prekäre Wohn- oder finanzielle Situation. Die ganzheitliche Wahrnehmung, etwa von psychisch kranken Erwachsenen auch als Eltern, ist in der Systematik der Leistungssysteme unterschiedlich ausgeprägt.¹⁴ 48

⁷ Siehe Fallvignette 34.

⁸ Abschnitt 2.1 bis 2.3 befasst sich mit den Fragen A., A.1-4, A.6-7, A.9, A.11, A.19, B. aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

⁹ Pillhofer et al. 2016, 7 ff.; Lehmkuhl, 2005.

¹⁰ Hierzu etwa Mielke & Gutknecht, 2018; BAJ, 2018; Fischer et al, 2017; Kuehn-Velten, 2017; Loch 2014, 308 ff.; Klein, 2005.

¹¹ Hierzu etwa Rolles, 2017; Lenz 2017, 45 f.

¹² Hierzu etwa Loch 2014, 116 ff.

¹³ Hierzu etwa Loch 2014, 116 ff.

¹⁴ Siehe hierzu etwa Fallvignette 2.

Menschenrechtlich fordert die UN-Behindertenrechtskonvention die Vertragsstaaten, indem sie sie verpflichtet, dass ein Kind in keinem Fall aufgrund einer Behinderung eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden darf (Art. 23 Abs. 4 UN-BRK).¹⁵ Beeinträchtigt eine Behinderung die Fähigkeiten eines Elternteils zur Pflege und Erziehung, sind vorrangig öffentliche Hilfen zu gewähren, um das Wohl des Kindes oder Jugendlichen zu gewährleisten und ggf. eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden (§ 1666a BGB). Die Kinder- und Jugendhilfe hat folglich in mehrfacher Hinsicht die Pflicht, der Eigensinnigkeit und Individualität von Familien, von Kindern, Jugendlichen, Müttern und Vätern sowie weiteren Familienmitgliedern Rechnung zu tragen. Zunächst ist sie als Repräsentant staatlicher Organe und Anbieter öffentlich finanzierter Hilfen in einem demokratisch-freiheitlichen Sozialstaat – diesseits des Kindeswohls – nur mit „abgeleitetem Erziehungsrecht“ und Hilfeauftrag mandatiert.¹⁶ In den Hilfen ist „die von den Personensorgeberechtigten bestimmte Grundrichtung der Erziehung“ zu beachten (§ 9 Nr. 1 SGB VIII), sind die „jeweiligen besonderen sozialen und kulturellen Bedürfnisse und Eigenarten junger Menschen und ihrer Familien“ (§ 9 Nr. 2 SGB VIII) und sind ferner „die unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen und Jungen zu berücksichtigen“ (§ 9 Nr. 3 SGB VIII). Die Kinder- und Jugendhilfe hat sich folglich auf die Pluralität der Lebenswelten einzulassen und anzupassen – und nicht umgekehrt, den Bezug von Leistungen davon abhängig zu machen, dass die Adressat*innen sich anpassen.¹⁷

49

Die Bedarfsgerechtigkeit der Angebote ist bei der Planung und Gestaltung der örtlichen Angebotspalette vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen seiner Gesamtverantwortung sicherzustellen (§ 79 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII). In der Jugendhilfeplanung sind die zur Befriedigung des Bedarfs notwendigen Dienste, Einrichtungen und Veranstaltungen „rechtzeitig und ausreichend zu planen“ (§ 80 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII). Der Bedarf ist unter Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der Kinder, Jugendlichen und ihren Familien zu ermitteln (§ 80 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII). Insoweit spiegeln sich die Grundsätze der Lebensweltorientierung¹⁸ und umfassen sowohl die Hilfe in den konkreten Einzelfällen (§ 9 SGB VIII) als auch die fallübergreifende Planung der Angebote (§ 80 SGB VIII).

50

Eine Folge dieser Achtung der Individualität der Lebenssituationen von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien ist, dass die Bedarfslagen in den Leistungstatbeständen nur allge-

51

¹⁵ Siehe hierzu auch unten 3.1.2.; Der PARITÄTISCHE Berlin/Kurrle/Simon-Sack 2018, 33.

¹⁶ Münder et al./Meysen/Münder 2018, § 1 SGB VIII Rn. 13; Wiesner/Wiesner 2015, § 1 SGB VIII Rn. 17; Münder et al./Jestaedt 2011, Kap. 1.5 Rn. 6 ff.

¹⁷ Schellhorn et al./Kern 2017, § 9 Rn. 3.

¹⁸ Thiersch, 2014; jurisPK-SGB VIII/Eger 2018, § 80 Rn. 22.

mein beschrieben werden und vermieden wird, einzelne Konstellationen hervorzuheben. So ist auch die zentrale Leistungsvoraussetzung für Hilfen in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern keine andere als bei Eltern sonst. Anspruch auf Hilfe zur Erziehung besteht, wenn „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). In anderen Hilfen wird die Leistungsberechtigung teilweise mit dem Bedarf begründet, etwa der Anspruch auf gemeinsame Unterbringung für Mütter/Väter und Kinder (§ 19 SGB VIII). Teilweise werden die Ziele der Hilfe spezifiziert, etwa als bessere Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung¹⁹ oder Förderung der Entwicklung des Kindes.²⁰ Zum Teil knüpft die Hilfe auch an Lebenssituationen an, etwa am partnerschaftlichen Zusammenleben,²¹ Konflikte und Krisen in Familien,²² Trennung und Scheidung,²³ Alleinerziehen²⁴ oder Elternschaft außerhalb einer Ehe.²⁵

In der Systematik des SGB VIII ist das Fehlen spezifischer Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern somit konsequent und als solches in einer Ist-Analyse nicht per se als Defizit zu konnotieren. An diesem Befund ändert sich auch nichts, wenn das SGB VIII vereinzelte Ausnahmen macht und etwa Leistungen für spezifische Personengruppen mit ständig wechselnden Aufenthalten (z.B. Binnenschiffer, fahrende Schausteller*innen) vorsieht.²⁶ Außerdem werden „Notsituationen“ explizit aufgeführt, in denen ein betreuender Elternteil „aus gesundheitlichen oder anderen gesundheitlichen Gründen“ ausfällt, aber eine Eingriff ins Elternrecht über eine Inobhutnahme unverhältnismäßig wäre.²⁷

Angesichts der Heterogenität der Bedarfslagen und im Einzelfall angezeigten Hilfen kann somit nicht vom Fehlen eines spezifischen Leistungstatbestands für Kinder mit psychisch kranken Eltern im geltenden SGB VIII ausgegangen werden. Die Teiloffenheit des Leistungskatalogs, wie sie § 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII bei den Hilfen zur Erziehung ausdrücklich betont („insbesondere“, „Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall“), ist somit daraufhin zu untersuchen, ob die Besonderheiten der Bedarfe der hier interessierenden

¹⁹ § 16 Abs. 1 S. 2 SGB VIII.

²⁰ § 22 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII.

²¹ § 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB VIII.

²² § 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB VIII.

²³ § 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, Abs. 2, § 18 Abs. 3 S. 3 SGB VIII.

²⁴ § 18 Abs. 1 SGB VIII.

²⁵ § 18 Abs. 2 SGB VIII.

²⁶ § 21 SGB VIII; Kunkel et al./Kunkel/Kepert 2018, § 21 SGB VIII Rn. 1; Wiesner/Struck 2015, § 21 SGB VIII Rn. 7.

²⁷ § 20 SGB VIII; Zerfuß, 2009.

Personengruppe im SGB VIII in einer Weise ausreichend Berücksichtigung finden, welche die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots ermöglicht bzw. sogar befördert.

2.2 Angebote bei stationärer Behandlung des betreuenden Elternteils

2.2.1 „Begleitkinder“ aus zweiter Hand

Begeben sich Eltern wegen einer psychischen Erkrankung in eine stationäre Behandlung, stellt sich die Frage, ob die Kinder im familiären Haushalt verbleiben können, ob sie im Rahmen einer Leistung nach SGB VIII in einer Pflegefamilie, einem Heim oder einer anderen betreuten Wohnform untergebracht werden oder ob sie den Elternteil in die stationäre Behandlung begleiten können. In letzterem Fall spricht die Praxis der Erwachsenenversorgung von „Begleitkindern“.²⁸

54

Anders als das Krankenversicherungs- (z.B. § 11 Abs. 3, § 18 Abs. 2 SGB V) oder Rentenversicherungsrecht (§ 15 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI; s. zu beidem unten 5.1.1.5) kennt das Kinder- und Jugendhilferecht im SGB VIII die Begleitperson als Leistungsgegenstand bzw. -subjekt nicht. In der Praxis kann die Gewährung einer Leistung in Form der Finanzierung der Kosten für die Unterbringung des Kindes gemeinsam mit seinem Elternteil, der sich wegen psychischer bzw. Suchterkrankung in eine stationäre medizinische oder rehabilitative Behandlung begibt, als Pragmatismus der Praxis bei der Suche nach Lösungen bezeichnet werden.²⁹ Die Unterbringung zusammen mit dem (sucht)kranken Elternteil ist jedenfalls nicht Ausgangspunkt, sondern Folge- oder Nebenleistung zu einer Hauptleistung aus einem anderen System.

55

Die Leistung kann als Hilfe zur Erziehung in Form nach § 34 SGB VIII gewährt werden. Der Wortlaut des Leistungstatbestands in § 34 SGB VIII („Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform“) geht nicht explizit von einer getrennten Unterbringung von Kind bzw. Jugendliche*n und Eltern aus. Auch wenn die Konstellation der gemeinsamen Unterbringung nach der Systematik des SGB VIII der Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen nach § 19 SGB VIII vorbehalten ist (hierzu sogleich 2.2.2), ist eine gemeinsame außerfamiliale Unterbringung in anderen Formen damit nicht ausgeschlossen. Dafür spricht auch, dass die Unterbringung mit einem Elternteil im Haushalt von Pflegepersonen auch der Hilfe zur Erziehung in einer „anderen Familie“ im Rahmen einer Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII nicht entgegensteht, wenn der Eltern-

56

²⁸ Begleitkinder sind zahlreich Thema in den Fallvignetten, so in den Fallvignetten 1, 7, 13, 14, 21, 22, 26 und 35.

²⁹ Siehe etwa die Fallvignetten 1, 3, 7, 13, 21, 24, 25 und 26.

teil bzw. die Eltern seine/ihre Erziehungsverantwortung nicht oder nur untergeordnet wahrnimmt,³⁰ wenn also von eingeschränkten Erziehungspotenzialen auszugehen ist.³¹

Uneindeutig ist jedoch, ob es sich um eine Heimerziehung oder eine sonstige betreute Wohnform handelt. Die Unterbringung erfolgt in einer Einrichtung über Tag und Nacht, diese kann aber jedenfalls nicht im klassischen Sinne als Heimerziehung bezeichnet werden. Es ist wohl eher eine sonstige Wohnform mit Betreuung, wobei unter diesem „Sammelbegriff“ vor allem andere Formen stationärer Unterbringung gefasst werden (z.B. betreute selbstständige Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen, Kinder- und Jugenddörfer, Internate).³² Da jedoch anerkannt ist, dass die Übergänge zwischen Heimerziehung und betreuter Wohnform fließend sind, kann die genaue Einordnung dahinstehen.³³ Die Offenheit und Flexibilität bei der Gestaltung des Angebots soll ermöglichen, dass die Lebenswelt (hier zur Familie) erhalten bleiben kann.³⁴

Was die Leistungsvoraussetzungen angeht, kann aufgrund der stationären Aufnahme der Mutter oder des Vaters ohne die Mitaufnahme von deren Kind(ern) eine dessen/deren Wohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet sein (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Das Jugendamt ist für die Mit-Unterbringung des Kindes/der Kinder im Rahmen einer Leistung nach § 34 SGB VIII oder als sog. „unbeschriebenen Hilfe zur Erziehung“ nach § 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII somit nur dann berechtigt und leistungs verpflichtet, wenn sie dem Kindeswohl entspricht. Die gemeinsame Unterbringung muss folglich einen Ort und fachlich unterstützten Rahmen bieten, um als Hilfe zur Erziehung geeignet zu sein. In der stationären Erwachsenenpsychiatrie und Suchtbehandlung muss eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung gewährleistet werden (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Dies ist im Einzelfall konkret zu prüfen und voraussetzungsvoll. Jedenfalls können Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder andere Rehabilitationseinrichtung nicht ohne besondere Ausstattung und Vorkehrungen als Orte für eine Hilfe zur Erziehung angesehen werden.

Die Leistung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie oder Suchthilfe kann grundsätzlich nur dann als Hilfe zur Erziehung gewählt werden, wenn mit dem Träger des Krankenhauses, der Reha-Klinik oder der sonstigen Rehabilitationseinrichtung eine Leistungs-, Entgelt-

³⁰ BVerwG 1.3.2012 – 5 C 12.11; Mündler et al./Struck/Eschelbach 2018, § 33 SGB VIII Rn. 5; jurisPK-SGB VIII/Nellissen 2018, § 33 SGB VIII Rn. 28; Kunkel et al./Kunkel/Kepert 2018, § 33 SGB VIII Rn. 4; Schellhorn et al./Fischer 2017, § 33 SGB VIII Rn. 13; Hauck/Noftz/Stähr 2014, § 33 SGB VIII Rn. 9.

³¹ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 33 SGB VIII Rn. 21

³² Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 34 SGB VIII Rn. 23 ff.; Hauck/Noftz/Stähr 2007, § 34 SGB VIII Rn. 19 ff.

³³ Schellhorn et al./Fischer 2017, § 34 SGB VIII Rn. 15.

³⁴ Mündler et al./Struck/Trenczek 2018, § 34 SGB VIII Rn. 8.

und Qualitätsentwicklungsvereinbarung nach § 78b Abs. 2 SGB VIII abgeschlossen ist (§ 36 Abs. 1 S. 5, § 5 Abs. 2 S. 2 SGB VIII). Nur so kann das leistungsverpflichtete Jugendamt in der Regel sicherstellen, dass für die Förderung des Kindes oder des/der Jugendlichen ein fachlich ausreichend qualifiziertes Konzept vorliegt. Aber auch im konkreten Einzelfall ist die Eignung zu prüfen. Sie kommt bspw. dann nicht in Betracht, wenn die Fachkräfte in der Einrichtung das Wohl in der Einrichtung nicht ausreichend fördern bzw. sichern können oder wenn der Wechsel des Lebensumfelds (z.B. Schule, Freundeskreis, vertraute Umgebung) das Kind mehr belastet als es durch die gemeinsame Unterbringung entlastet wird. Dass bei gemeinsamer Unterbringung die Chancen auf einen Behandlungserfolg bei den Eltern erhöht sind, darf insoweit nicht handlungsleitend sein und nur mittelbar in die Entscheidung einfließen, wenn der Beitrag zur Genesung des Elternteils in einer Gesamtschau der Entwicklungsaufgaben und Perspektiven für ein entwicklungsförderliches Aufwachsen des Kindes oder Jugendlichen auch dessen Wohl zu gewährleisten vermag. Dabei gilt insbesondere zu berücksichtigen, dass während einer stationären Therapie die Erziehungsfähigkeit der Eltern (zusätzlich) reduziert sein kann (z.B. beim Entzug).

Wenn aus der Praxis insoweit die Forderung nach „Hilfen aus einer Hand“ aufkommt,³⁵ ist offensichtlich gemeint, dass die Förderung und Betreuung des Kindes oder Jugendlichen in der Klinik bzw. Therapieeinrichtung vollumfänglich vom Jugendamt übernommen werden solle. Aus der Vogelperspektive erscheint zunächst überraschend, dass sich die Forderung nicht auf die „Hand“ der Hauptleistung bezieht, also die stationäre Unterbringung des Elternteils, sondern auf die Folge- bzw. Nebenleistung, die Mitunterbringung des Kindes oder Jugendlichen. In der Konsequenz scheint hier eine binäre Sichtweise zugrunde zu liegen, in der für den Erwachsenen das eine System und für das Kind oder den Jugendlichen das andere System zuständig ist. Es fehlt die Wahrnehmung des psychisch kranken Erwachsenen als Elternteil³⁶ und bleibt zumindest unklar, wer für die Fragen der Eltern-Kind-Beziehung zuständig sein soll. Es dürfte sich lohnen, bei einer Diskussion über die Abgrenzung der Leistungsverantwortung die Begrifflichkeit „aus einer Hand“³⁷ aufzugreifen und hierbei nicht nur die Individuen (Erwachsener und Kind/Jugendlicher) in den Blick zu nehmen, sondern auch die familiensystemische Perspektive mit Erwachsenen als Eltern und mituntergebrachten Jungen und Mädchen als Kinder ihrer Eltern (s. hierzu auch unten 5.1.1.1, 5.1.1.5).

³⁵ Siehe Fallvignette 5.

³⁶ Siehe Fallvignette 2.

³⁷ Hierzu auch Der PARITÄTISCHE Berlin/Blankmann 2018, 10 ff.

2.2.2 Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen bis zum Alter von sechs Jahren

Für die gemeinsame Unterbringung von einem Elternteil mit seinem Kind in einer Einrichtung³⁸ enthält § 19 SGB VIII einen eigenen Leistungstatbestand. Anspruchsvoraussetzung ist zum einen, dass die Mutter oder der Vater aufgrund ihrer/seiner „Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung“ bedürfen. Die Anspruchsberechtigung ist folglich so offen gestaltet, dass die Voraussetzungen erfüllt sind, wenn ein entsprechender Bedarf besteht. Der Hilfebedarf kann hierbei insbesondere auch auf eine seelische, geistige oder körperliche Behinderung der Mutter oder des Vaters zurückgehen,³⁹ wenn sich hieraus kein chronischer Bedarf, sondern eine Notsituation ergibt.⁴⁰ Zum anderen ist die Leistungsberechtigung durch das Alter des Kindes auf sechs Jahre beschränkt.⁴¹ Die Literatur geht davon aus, dass hierbei auf den Zeitpunkt der Unterbringung und bei Geschwistern auf das jüngste Kind abzustellen ist.⁴²

61

Ob auch für psychisch kranke Eltern mit älteren Kindern eine gemeinsame stationäre Unterbringung als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe eine geeignete Hilfe sein kann,⁴³ ist fachlich zu beantworten. Aktuellere wissenschaftliche oder praxisbezogene Diskurse hierüber sind in der deutschen Literatur, soweit ersichtlich, nicht auszumachen. Entsprechende Angebote gibt es allerdings. Sie zählen zu den sog. „unbeschriebenen Hilfen zur Erziehung“ nach § 27 Abs. 2 SGB VIII.⁴⁴

62

2.2.3 Hilfen zum Verbleib im familiären Haushalt

Das SGB VIII sieht in § 20 SGB VIII eine explizite Leistung zur Ermöglichung eines Verbleibs im familiären Haushalt vor, wenn der haupterziehungsverantwortliche Elternteil aus gesundheitlichen Gründen bspw. stationär untergebracht wird und damit für die Betreuung ausfällt.⁴⁵ Ziel ist, dem Kind oder Jugendlichen seinen familialen bzw. sozialen Lebensraum zu erhalten,

63

³⁸ Zur gemeinsamen Unterbringung in einer Pflegefamilie s. unten 2.2.4.

³⁹ Wiesner/Struck 2015, § 19 SGB VIII Rn. 9a.

⁴⁰ VGH Kassel 20.12.2016 – 10 A 1895/15, JAmt 2017, 264.

⁴¹ Zum Problem älterer Begleitkinder siehe Fallvignette 7.

⁴² Münder et al./Struck 2018, § 19 SGB VIII Rn. 6; jurisPK-SGB VIII/Telscher 2018, § 19 SGB VIII Rn. 33; Kunkel et al./Kunkel/Kepert 2018, § 19 SGB VIII Rn. 2, 10; Möller/Möller 2017, § 19 SGB VIII Rn. 2; MünchKommBGB/Tillmanns 2017, § 19 SGB VIII Rn. 2; Schellhorn et al./Fischer 2017, § 19 SGB VIII Rn. 15; Wiesner/Struck 2015, § 19 SGB VIII Rn. 7 f.

⁴³ Siehe insoweit auch Fallvignette 9.

⁴⁴ DIJuF 2017; DIJuF 2002.

⁴⁵ Zu einer Aufzählung möglicher weiterer Leistungsanlässe Zerfaß 2009, 11 ff.

weshalb die Leistung systematisch den familienunterstützenden Hilfen zugeordnet ist.⁴⁶ Da es sich um keine erzieherische Hilfe handelt, geht es darum, eine außerfamiliäre Unterbringung zu vermeiden, wenn keine erzieherischen Gründe hierfür vorliegen.⁴⁷ Leistungsinhalt ist eine Haushaltshilfe,⁴⁸ zu deren Bestandteilen die Pflege von Säuglingen und Kleinkindern, Hausaufgabenbetreuung, gesundheitliche sowie hygienische Versorgung von und Spielen mit dem Kind sowie Wahrnehmung von Haushaltsaufgaben, wie die Zubereitung von Mahlzeiten, Einkauf und Reinigung, zählen.⁴⁹ Bei Unterbringung des Elternteils zur medizinischen Behandlung sind allerdings Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V regelmäßig vorrangig (s. hierzu eingehend unten 5.1.1.4, 6.3). Erzieherische Bedarfe sind nicht umfasst, sodass die Leistung gemäß § 38 SGB V in der Praxis zusätzlich auf Fälle beschränkt sein dürfte, in denen die emotionale und erzieherische Versorgung während des stationären Aufenthalts eines psychisch kranken Elternteils durch andere Familienmitglieder in einer dem Wohl des Kindes entsprechenden Weise sichergestellt ist.⁵⁰

2.2.4 Kontinuierliche Diskontinuität bei wiederkehrenden stationären Unterbringungen

Der teiloffene Leistungskatalog des SGB VIII führt in der Praxis zu einer gewissen „Versäulung“ zwischen den gesetzlich beschriebenen Leistungsarten,⁵¹ mitunter ist sogar von „Versteinerung“ die Rede.⁵² Die Beschreibung einzelner Leistungsarten soll einerseits die Sicherung eines Grundbestands an ausdifferenziertem Angebot sichern, die Öffnung („insbesondere“, § 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII) verfolgt die Intention, genau die Starrheit zu vermeiden und Flexibilität zu ermöglichen.⁵³ Haben Eltern eine psychische Erkrankung mit schubhaften Verläufen oder Rückfällen bei einer Suchterkrankung, erleben die Kinder eine unterschiedliche Verlässlichkeit in ihrer Bedürfnisbefriedigung, entsprechend schwanken die Hilfebedarfe in der Familie.⁵⁴ Werden die unterschiedlichen Intensitäten der Autonomie bzw. der Unterstützungsnotwendigkeiten in jeweils passenden Hilfearten abgebildet, kommt es jedoch zu konsekutiver Gewährung unterschiedlicher Einzelleistungen. Verbunden damit sind Diskontinuitä-

64

⁴⁶ Münder et al./Struck 2018, § 20 SGB VIII Rn. 1.

⁴⁷ Wiesner/Struck 2015, § 20 SGB VIII Rn. 1.

⁴⁸ Kunkel et al./Kunkel/Kepert 2018, § 20 SGB VIII Rn. 10; siehe hierzu auch Fallvignette 4.

⁴⁹ Schellhorn et al./Fischer 2017, § 20 SGB VIII Rn. 4; Wiesner/Struck 2015, § 20 SGB VIII Rn. 15.

⁵⁰ Zu Großeltern als Ressource siehe Fallvignetten 1, 3 und 28.

⁵¹ Münder et al./Tammen/Trenczek 2018, Vor §§ 27-41 SGB VIII Rn. 19 f.; Münder et al./Tammen 2011, Kap. 3.5 Rn. 18.

⁵² Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 27 SGB VIII Rn. 27.

⁵³ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 27 SGB VIII Rn. 27.

⁵⁴ Siehe Fallvignette 28; Lenz, 2017; Rolles, 2017; Pillhofer et al., 2016.

ten sowohl in der Versorgung, Beratung und Unterstützung als auch in den Bezugspersonen für Kind oder den/die Jugendlichen sowie der Eltern.⁵⁵ Das Problem ist der Kinder- und Jugendhilfe seit den 1980er Jahren bewusst und wurden unter der Überschrift „Flexibilisierung statt Bürokratisierung“⁵⁶ bzw. „Flexible Erziehungshilfen“ Antworten entwickelt.⁵⁷

Die Herstellung einzelfallbezogener Flexibilität,⁵⁸ das Aufbrechen von Spezialisierung und Separierung entsprechend den sich sowohl diversen als auch wandelnden Hilfebedarfen im Rahmen ein und derselben Leistung⁵⁹ für Kinder psychisch kranker Eltern, finden ihre gesetzliche Heimat in § 27 Abs. 2 SGB VIII. Durch die Einschränkung des Verweises auf den Katalog der Leistungsarten in §§ 28 bis 35 SGB VIII mit dem Wort „insbesondere“ ist die Praxis aufgefördert, Leistungen bedarfs- und nicht angebotsorientiert zu gewähren.⁶⁰ Dies hat die Rechtsprechung bspw. anerkannt in einem Fall, in dem ein Kleinstkind nach der Drogenentziehung seiner Eltern zusammen mit diesen in eine Nachsorge-Einrichtung aufgenommen werden sollte.⁶¹ Die Praxis hat Angebote der gemeinsamen Unterbringung von Kindern mit ihren psychisch kranken Müttern oder Vätern bei Pflegefamilien geschaffen, in denen die Kinder verbleiben, auch wenn die Eltern in stationäre Behandlung gehen.⁶² Weshalb in der Praxis eine Erhöhung der Flexibilität jedoch anhaltend schwer fällt, dürfte weniger an einer fehlenden expliziten Anforderung im Leistungskatalog der §§ 27 ff. SGB VIII liegen, sondern weit stärker in den Finanzierungsregelungen⁶³ (s. hierzu unten 7.2) und den Schwierigkeiten bei der Gestaltung von Arbeitsverhältnissen bei stark wechselndem Bedarf.

Ein weiterer Ansatz für eine Überbrückung der Diskontinuitäten ist die Bestimmung von Lots*innen im Hilfeprozess⁶⁴ oder die Einrichtung – von Fachkräften begleiteten – Patenschaften.⁶⁵ Damit wird einerseits wegen der strukturellen Besonderheit des Einsatzes einer Vielzahl wechselnder Professioneller das Bedürfnis nach Kontinuität anerkannt und anderer-

⁵⁵ Siehe Fallvignetten 15, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 28 und 29; hierzu auch Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 27 SGB VIII Rn. 36.

⁵⁶ BMJFFG, 1990.

⁵⁷ Klateztki, 1995; Boomgaarden, 2001.

⁵⁸ Siehe insoweit auch Fallvignette 23.

⁵⁹ Münder et al./Tammen/Trenczek 2018, Vor §§ 27-41 SGB VIII Rn. 16 ff.; Schellhorn et al./Fischer 2017, § 27 SGB VIII Rn. 36.

⁶⁰ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 27 SGB VIII Rn. 29; Münder et al./Tammen 2011, Kap. 3.5 Rn. 18.

⁶¹ VGH Hessen 12.12.2000 – 1 TG 3964/00 – ZfJ 2002, 71.

⁶² Rems-Murr-Kreis, 2003.

⁶³ Wiesner/Wiesner 2015, Vor § 78a SGB VIII Rn. 18; Hinte, 2002.

⁶⁴ Siehe Fallvignette 15; Lenz 2017, 67; Pillhofer et al. 2016, 12.

⁶⁵ Siehe Fallvignetten 28 und 29; Lenz 2017, 49.

seits eine durchgehende Bezugsperson für die Kinder, Jugendlichen sowie Beteiligten in der Familie benannt und entsprechend mit Ressourcen ausgestattet. Im SGB VIII sind entsprechende Angebote nicht explizit verankert. Die Tätigkeiten können aber in die Leistungsvereinbarungen der Hilfen zur Erziehung als Leistungsbestandteil mit aufgenommen oder über eine allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII) gestaltet werden. Insbesondere beim Einsatz von Ehrenamtlichen bzw. Laien als Pat*innen entstehen Beziehungen zu den Kindern, Jugendlichen und anderen Familienmitgliedern, die gute Reflexion und fachliche Begleitung bedürfen. Insbesondere erscheint eine Verständigung angezeigt, wann die Patenschaft beendet werden soll oder kann, um eine sachliche Basis für die Bearbeitung von Konflikten über die Beendigung und von enttäuschten Erwartungen zu haben.⁶⁶

2.3 Ambulante Hilfen zwischen Erziehung und Alltagsbewältigung

Wenn keine stationäre Unterbringung von Eltern und/oder deren Kindern im Raum steht, kommen aufsuchende Hilfen oder Angebote, die von den Beteiligten aus der Familie aufgesucht werden, in Betracht. Klassische aufsuchende Hilfe zur Erziehung in belasteten Familiensituationen ist die sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII).⁶⁷ Zum 31. Dezember 2016 wurden in Deutschland 116.054 bestehende oder 2016 beendete Hilfen zur Erziehung in Form der sozialpädagogischen Familienhilfe für insgesamt 222.747 Kinder und Jugendliche gezählt.⁶⁸ Sucht und Erkrankung bzw. Behinderung eines Elternteils ist eine der häufiger genannten Ursachen für die Inanspruchnahme.⁶⁹ Als Leistungsinhalte der sozialpädagogischen Familienhilfe beschreibt das Gesetz in § 31 SGB VIII die familiensystemische Unterstützung durch „intensive Betreuung und Begleitung [von] Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen“ sowie die „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die Leistung ist mit einem Rechtsanspruch hinterlegt (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Ob in der Praxis vor Ort die Angebote der sozialpädagogischen Familienhilfe für die inhomogene Zielgruppe der Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern bedarfsgerecht gestaltet sind, wird sicherlich uneinheitlich zu beantworten sein. An unzureichenden rechtlichen Grundlagen könnte dies jedenfalls nicht festgemacht werden.

⁶⁶ Für zwei Beispiele zu nicht gelungener Beendigung siehe Fallvignetten 28 und 29.

⁶⁷ Die Sozialpädagogische Familienhilfe ist in den geschilderten Fallvignetten zahlreich eingesetzt, siehe Fallvignetten 1, 3, 4, 5, 6, 10, 21, 28, 34, 37 und 38.

⁶⁸ akjStat, 2017.

⁶⁹ Helming et al, 2005; siehe die Fallvignetten 1, 3, 5, 6, 10, 21, 27, 28, 33, 34, 37 und 38.

Weitere rechtsanspruchsgestützte Leistung der Hilfe zur Erziehung im Kontext psychischer Erkrankung ist die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII.⁷⁰ Leistungsinhalt ist die Unterstützung „bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung“. Zur Beförderung eines ganzheitlichen Ansatzes sind sowohl die Interdisziplinarität der Fachkräfte als auch die Vielfalt der methodischen Ansätze in Erziehungsberatungsstellen gesetzlich explizit vorgegeben (§ 28 S. 2 SGB VIII).⁷¹ Aufgrund der Möglichkeit einer Inanspruchnahme ohne Kenntnis des Jugendamts bieten Erziehungsberatungsstellen einen anderen Zugang als bei der Gewährung von Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe.⁷² Die Angebote bieten breite Spielräume für eine integrierte Hilfeebringung,⁷³ können Spezialisierung erfahren (z.B. Kinderschutz, sexuelle Gewalt, Migration), mit Suchtberatung oder ambulanten ärztlichen Beratungsstrukturen oder anderen Angeboten im Sozialraum kombiniert werden.⁷⁴ Die Praxis hat hierzu unterschiedliche Modelle entwickelt.⁷⁵ Das Verhältnis zur Psychotherapie ist vielfältig reflektiert.⁷⁶ Das SGB VIII dürfte somit seinen Beitrag zum Aufbau verlässlicher und anschlussfähiger Beratungsstrukturen im Kontext von Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern leisten.

68

Die Gestaltungsoffenheit der Angebotspalette der Leistungen nach SGB VIII ist am deutlichsten gesichert durch das Angebot der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 SGB VIII. Mit den Zielen, zur besseren Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung beizutragen (§ 16 Abs. 1 S. 2 SGB VIII), sowie der Leistungsbeschreibung, Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen (§ 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII) und beim Aufbau elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen anzubieten (§ 16 Abs. 3 SGB VIII), sind alle Optionen für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung eröffnet. Denkbar sind alle Formen informierender, aufklärender, übender und entlastender Angebote.⁷⁷ Der Ausbau und die fachliche Weiterentwicklung der Angebote können insbesondere in den letzten Jahren als ausgesprochen dynamisch bezeichnet werden.⁷⁸ Einen Rechtsanspruch auf die

69

⁷⁰ Siehe Fallvignetten 30, 36 und 38.

⁷¹ Münster et al./Struck 2018, § 28 SGB VIII Rn. 4.

⁷² Ausführlich hierzu unten 2.4.

⁷³ Menne 2017, 86 f.

⁷⁴ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 28 SGB VIII Rn. 22b.

⁷⁵ Kuehn-Veltern, 2017; siehe Fallvignette 36.

⁷⁶ Menne 2017, 98 ff.; bke 2012, 24; bke 2009, 103 ff., 116 ff.

⁷⁷ Wiesner/Struck 2015, § 16 SGB VIII Rn. 1.

⁷⁸ Münster et al./Tammen 2018, § 16 SGB VIII Rn. 13; unter vielen Ziegenhain & Fegert, 2018; Suess et al., 2016; Suess et al., 2010; Gloger-Tippelt, 2008.

betreffenden Leistungen sieht § 16 SGB VIII allerdings nicht vor. Ein solcher wurde im Zuge des Bundeskinderschutzgesetzes zwar lebhaft diskutiert,⁷⁹ aber letztlich nicht eingeführt. Einerseits kann mit Blick auf die Gestaltungsoffenheit und den niedrigschwelligen Zugang ohne vorherige Beantragung von Leistungen beim Jugendamt vermutet werden, dass die Gestaltung als objektiv-rechtliche Verpflichtung zu einer geringeren Wertigkeit in der kommunalen Jugendhilfeplanung führt.⁸⁰ Der Präventionsgedanke des § 16 SGB VIII mit seinem Kernelement des niedrigschwelligen Zugangs, also einer Inanspruchnahme ohne vorher beim Jugendamt eine Leistung beantragen zu müssen, dürfte sich mithilfe eines gerichtlich durchsetzbaren Rechtsanspruchs, der gerade einen solchen Antrag voraussetzt, nicht effektiver umsetzen lassen.⁸¹

Auch wenn die „Bewältigung von Alltagsproblemen“ ausdrücklicher Gegenstand von Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe ist, so ist seit geraumer Zeit in der Diskussion, inwieweit entlastende Unterstützung in Haushalt und Alltag jenseits erzieherischer Hilfe auch eine eigene Leistung im SGB VIII sein soll.⁸² Bei der Auslegung des geltenden Rechts finden sich Stimmen, die für eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der „Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen“ (§ 20 SGB VIII) plädieren⁸³ (s. hierzu auch oben 2.2.3). Es geht in Abgrenzung zu einer Mangelsituation wegen chronischer Erkrankung⁸⁴ um den vorübergehenden Ausfall wegen Abwesenheit des betreuenden Elternteils⁸⁵ oder eine vergleichbaren „Notlage“ bzw. „Zwangslage“.⁸⁶ Hierbei ist etwa an Konstellationen zu denken, in denen der betreuende Elternteil das Bett hüten oder sich pflegend um einen Familienangehörigen kümmern muss.⁸⁷ Der Ausfall aufgrund psychischer Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Familien- und Lebenskrisen führt zu Minderungen der Handlungskompetenzen, weshalb der Elternteil „vorübergehend (oder auch länger) der Aufgabe der Versorgung, Betreuung und Erziehung der eigenen Kinder nicht gewachsen“ sein kann.⁸⁸ Da die Gründe „zwingend“ sein müssen, ist jedenfalls von einer hohen Schwelle auszugehen und reicht nicht aus, wenn eine Entlastung (sehr) hilfreich wäre. Die Gewährung von Leistungen zur Entlastung

70

⁷⁹ Meysen & Eschelbach 2012, Kap. 2 Rn. 75.

⁸⁰ Meysen, 2011.

⁸¹ Thyen et al., 2011.

⁸² Siehe auch die Fallvignette 3.

⁸³ Zerfaß 2009, 10 ff.

⁸⁴ VGH Kassel 20.12.2016 – 10 A 1895/15, JAmt 2017, 264.

⁸⁵ Schellhorn et al./Fischer 2017, § 20 SGB VIII Rn. 11 f.

⁸⁶ Kunkel et al./Kunkel/Kepert 2018, § 20 SGB VIII Rn. 4; jurisPK-SGB VIII/Telscher 2018, § 20 SGB VIII Rn. 51 ff.

⁸⁷ Wiesner/Struck 2015, § 20 SGB VIII Rn. 8.

⁸⁸ Münster et al./Struck 2018, § 20 SGB VIII Rn. 5.

bei der Alltagsbewältigung ist somit im SGB VIII derzeit auf zwingende Notsituationen (§ 20 SGB VIII) oder auf die integrierte Verknüpfung mit erzieherischen Hilfen (§ 31 SGB VIII) beschränkt.

In einem Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen vom 7. Juni 2016 war die Schaffung eines Leistungstatbestands zur „alltagspraktischen Begleitung“ angedacht, der Unterstützung bei „allgemeinen Erledigungen des Alltags, bei der Haushaltsführung sowie bei der Betreuung und Versorgung des im Haushalt lebenden Kindes“ vorsah.⁸⁹ Die Überlegungen wurden in weiteren Entwürfen und im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) nicht wieder aufgegriffen. Im Falle einer Erweiterung des Leistungskatalogs, etwa um das Angebot eines „Haushaltsorganisationstrainings“,⁹⁰ dürften widersprüchliche Erwartungen zu den Effekten zu reflektieren sein. Einerseits könnte es zu einer Leistungsausweitung mit höherem Kostenaufwand kommen. Andererseits könnte die sozialpädagogische Familienhilfe eine Dequalifizierung zur kostengünstigeren Haushaltshilfe erfahren, mit der Folge einer Unterversorgung bedürftiger Kinder und Familien.

71

2.4 Erleichterter Zugang zu den Hilfen⁹¹

Im Kontext von psychischer Erkrankung und Sucht hat Vertrauen in helfenden Beziehungen eine besonders herausgehobene Bedeutung für die Ergebnisse der Behandlung, Beratung und Unterstützung.⁹² Die Frage, wie die Beteiligten aus der Familie Zugang zu Hilfen finden, bzw. umgekehrt wie Fachkräfte den Zugang zu ihren Adressat*innen gestalten, kann daher von zentraler Bedeutung für den Behandlungs- und Hilfeerfolg sein.⁹³ Angst vor dem Jugendamt oder Probleme bei der Aktivierung von Unterstützung aus eigenem Antrieb können Zugänge erschweren⁹⁴ und sind sinnvollerweise in der Gestaltung der Angebote zu reflektieren.⁹⁵ In der Kinder- und Jugendhilfe gibt es Leistungen, über deren Gewährung das Jugendamt vorab in der Regel auf der Grundlage einer Antragstellung und Hilfeplanung entscheidet (§ 36 Abs. 2 SGB VIII), und Angebote, die direkt, ohne vorherige Befassung sowie Entscheidung des Ju-

72

⁸⁹ Siehe www.kijup-sgbviii-reform.de (Aufruf: 28.9.2018).

⁹⁰ Zerfaß, 2009.

⁹¹ Abschnitt 2.4 befasst sich mit den Fragen A., A.8-9, A.11, A.21 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

⁹² Siehe etwa die Meta-Analyse bei Marsh et al., 2012.

⁹³ Siehe zu den Problemen bei einem Zugang über einen unangemeldeten Hausbesuch in Fallvignette 19.

⁹⁴ Siehe Fallvignetten 17, 18 und 19; Gutmann, 2018.

⁹⁵ SFK 1 des DJJuF, 2003.

gendamts und ohne Kostenbelastung der Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können (sog. „niedrigschwellige Angebote“, § 36a Abs. 2 SGB VIII).⁹⁶

Die Gesamtverantwortung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Planung und Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote (§§ 79, 80 SGB VIII) umfasst auch den wichtigen Aspekt des bedarfsgerechten Zugangs.⁹⁷ Angebote der Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 SGB VIII ermöglichen aufgrund ihres präventiven Charakters regelmäßig direkte Inanspruchnahme.⁹⁸ Auch Beratung von Kindern und Jugendlichen bedarf niedrigschwelliger Zugänge, um Inanspruchnahme überhaupt erst zu ermöglichen.⁹⁹ Leistungen zur Betreuung und Versorgung in Notsituationen (§ 20 SGB VIII) werden indes in der Regel nur nach vorheriger Entscheidung des Jugendamts gewährt – nicht zuletzt deshalb, um prüfen zu können, ob die Vorrangigkeit anderer Leistungen (z.B. § 38 SGB V) greift. Bislang unausgeschöpftes Gestaltungspotenzial dürfte sich jedoch im Bereich der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII bieten.¹⁰⁰

§ 36a Abs. 2 S. 1 SGB VIII bestimmt für ein Leistungssegment der Hilfen zur Erziehung eine grundsätzliche Pflicht, die niedrigschwellige unmittelbare Inanspruchnahme zu ermöglichen: die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII. Die Soll-Verpflichtung des § 36a Abs. 2 S. 1 SGB VIII ist nur exemplarisch auf Erziehungsberatung bezogen („insbesondere“) und erstreckt sich daher auch auf andere Leistungen mit vergleichbarer Interventionsintensität und einer Abhängigkeit von Hilfeerfolg sowie Inanspruchnahme vom niedrigschwelligen Zugang (z.B. Streetwork).¹⁰¹ Davon dürfte in etlichen Konstellationen von Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern auszugehen sein. Das geltende Recht fordert daher, in der Jugendhilfeplanung ausreichend niedrigschwellige Angebote zu planen, und § 36a Abs. 2 SGB VIII verpflichtet, den entsprechenden Zugang zu ermöglichen. Allerdings lässt sich die Pflicht zur Schaffung entsprechender Angebote kaum auf konkrete Angebote verengen. Dies steht einer Durchsetzung der Niedrigschwelligkeit entgegen. Ohne weitere gesetzliche Anreize und Verbindlichkeiten ist daher im geltenden Recht kaum mit einer offensiveren Umsetzung zu rechnen.¹⁰²

⁹⁶ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 28 SGB VIII Rn. 20; bke/DIJuF 2012.

⁹⁷ Kunkel et al./Kunkel/Pattar 2018, § 36a SGB VIII Rn. 13.

⁹⁸ Hierzu Meysen et al. 2014, Rn. 122.

⁹⁹ Münder et al./Meysen 2018, § 8 SGB VIII Rn. 8.

¹⁰⁰ Eingehend Meysen et al., 2014.

¹⁰¹ Schönecker et al. 2015, 88 f.; Meysen et al. 2014, Rn. 91.

¹⁰² Siehe etwa Fallvignette 17.

Grenzen direkter Inanspruchnahme zieht das SGB VIII dort, wo der fachliche Standard einer Hilfeplanung einzuhalten ist. Dies ist der Fall, wenn die Hilfe „voraussichtlich für längere Zeit“ zu leisten ist (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Wegen der unterschiedlichen Intensität der Hilfen, der Gestalt des Hilfebedarfs und der unterschiedlichen Relevanz von Zeit im Lichte des Alters des Kindes, sind dem Gesetz keine starren Zeitgrenzen zu entnehmen, sondern sind diese hilfesspezifisch zu bestimmen.¹⁰³

- Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) als aufsuchende und damit möglicherweise am intensivsten in die Privatsphäre der Familien eindringende ambulante Hilfe zur Erziehung bedarf häufig einer Überprüfung des Hilfeprozesses, kann aber zumindest dann in einer Anfangsphase auf die Hilfeplanung verzichten, wenn dadurch der Zugang zur Hilfe erst ermöglicht oder andernfalls der Hilfeerfolg in Frage gestellt wäre.¹⁰⁴ Ähnliches gilt für die Erziehungsbeistandschaft oder soziale Gruppenarbeit.¹⁰⁵
- Flexible Hilfen nach § 27 Abs. 2 SGB VIII bieten breite Spielräume für die Gestaltung niedrigschwelliger Zugänge, um maßgeschneiderte Bedarfsgerechtigkeit der Angebote zu ermöglichen.¹⁰⁶
- Bei der Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII) als teilstationäres Angebot ist von einer geringeren Intensität der Intervention in das Familienleben auszugehen,¹⁰⁷ sodass die Ermöglichung eines niedrigschwelligen Zugangs im Sozialraum zu dieser „als weniger stigmatisierend und eingreifend erlebten“ Leistung¹⁰⁸ für eine Übergangszeit auch ohne vorherige Befassung des Jugendamts ermöglicht werden kann.¹⁰⁹
- Ist das Kind oder der Jugendliche (potenziell) seelisch behindert oder von Behinderung bedroht, kann ebenfalls der vorherige Aufbau eines Vertrauensverhältnisses vor einer Einbeziehung des Jugendamts erforderlich sein. Da bei der Gewährung von Leistungen nach § 35a SGB VIII jenseits der Hilfeplanung aber die strengen Verfahrensvorschriften der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) und ggf. zum Teilhabeplan (§§ 19 ff. SGB IX),¹¹⁰ erscheint die Gestaltung niedrigschwelliger Angebote ausgeschlossen.

¹⁰³ Schmid 2004, 44 ff.; Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 36 SGB VIII Rn. 39.

¹⁰⁴ Meysen et al. 2014, Rn. 110 ff.

¹⁰⁵ Wiesner/Meysen et al. 2014, Rn. 117, 119.

¹⁰⁶ Meysen et al. 2014, Rn. 120.

¹⁰⁷ Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 32 SGB VIII Rn. 7 f.

¹⁰⁸ Münder et al./Struck 2018, § 32 SGB VIII Rn. 13.

¹⁰⁹ Meysen et al. 2014, Rn. 123 ff.

¹¹⁰ Hierzu eingehend Schönecker, 2018.

Stationäre Leistungen (§§ 19, 33, 34 SGB VIII) gehen grundsätzlich mit potenziell gravierenden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und des Familienlebens einher. Das SGB VIII schreibt daher eine eingehende und vorherige Beratung der Personensorgeberechtigten und des Kindes oder Jugendlichen über die möglichen Folgen vor (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB VIII). Wenn also bspw. ein Träger im Sozialraum in Krisen eine gemeinsame Unterbringung von Mutter/Vater und Kind ermöglicht, ohne dass das zuständige Jugendamt die Unterbringung durch die Gewährung auf seine Geeignetheit und Erforderlichkeit geprüft hat, so dürfte dies zulässig sein, wenn einerseits eine klare Vereinbarung zwischen dem Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe über die zulässigen Umstände der Unterbringung sowie die Anforderungen an die Fachlichkeit der Arbeit besteht und andererseits die Dauer auf wenige Tage beschränkt ist.¹¹¹

80

Der Gesetzgeber hat in einem – an dieser Stelle im Gesetzgebungsverfahren nicht weiterverfolgten – Arbeitsentwurf vom 3. Februar 2017 die Ausweitung der Pflicht zur Ermöglichung niedrigschwelliger Inanspruchnahme in § 36a Abs. 2 SGB VIII auf die sozialpädagogische Familienhilfe vorgesehen; gleichzeitig sollte die Jugendhilfeplanung „Maßnahmen zur Qualitätsgewährleistung der Leistungserbringung“ umfassen.¹¹² Ob an dieser Stelle ein Mehr an gesetzlicher Verbindlichkeit geschaffen werden sollte und wie die Absicherung der Qualität gesetzlich unterstützt werden könnte, dürfte Gegenstand der Diskussionen insbesondere auch bei der Verbesserung des Angebots für Familien mit Kinder psychisch kranker Eltern sein. Hierbei werden die Erfahrungswerte der wissenschaftlichen Evaluation einzubeziehen sein, die bei einem Projekt zur Stärkung von Infrastruktur und Sozialraumorientierung in einem Stadtteil der Freien und Hansestadt Bremen gemacht wurden.¹¹³ Insbesondere ist die grundsätzlich andere Rolle des Allgemeinen Sozialen Dienstes bei niedrigschwelligen Angeboten zu reflektieren, inklusive möglicher Konzepte, wie er als Entwickler und Gestalter der Schnittstellen zwischen den Akteuren und Institutionen im Sozialraum sowie als Akteur der Netzwerkarbeit fortgebildet und aktiviert werden kann.¹¹⁴

81

¹¹¹ Meysen et al. 2014, Rn. 130 f.

¹¹² Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen vom 3.2.2017, www.kijup-sgbviii-reform.de (Aufruf: 28.9.2018).

¹¹³ Olk & Wiesner, 2015.

¹¹⁴ Hierzu eingehend Schubert, 2015.

2.5 Altersgruppenspezifische Differenzierung und Übergänge

Die Gestaltung eines „Versorgungspfades für Kinder“ bzw. einer „Präventionskette“¹¹⁵ für die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und der Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) erfordert altersangemessene Hilfen. Das SGB VIII ist bei der Differenzierung insoweit sehr zurückhaltend. Die „jungen Menschen“ sind qua Legaldefinition in § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB VIII unterteilt in

- Kinder: wer noch nicht 14 Jahre alt ist,
- Jugendliche: wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist,
- junge Volljährige: wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist.

Leistungen zur allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie und Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) werden altersgruppenübergreifend bis zur Volljährigkeit gewährt. Anschließend stehen die Angebote als Hilfen für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) weiterhin zur Verfügung: eine Ausnahme stellen die flexiblen Hilfen nach § 27 Abs. 2 SGB VIII dar, auf die bei den Hilfen für junge Volljährige bewusst nicht verwiesen wird (§ 41 Abs. 2 SGB VIII).¹¹⁶ Die Unterbringung in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung (§ 19 SGB VIII) ist auf das Alter des (jüngsten Geschwister-)Kindes von sechs Jahren bei Beginn der Leistung beschränkt.¹¹⁷ Angebote der Förderung in Tageseinrichtungen (§§ 22 ff. SGB VIII) stehen Kindern offen, die Kindertagespflege ist vor allem für Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs und ergänzend bis zur Einschulung vorgesehen (§ 24 Abs. 1 bis 3 SGB VIII). Die Betreuung und Versorgung in Notsituationen ist ebenfalls auf Kinder beschränkt, also bis auf den Tag vor dem 14. Geburtstag (vgl. § 20 i.V.m § 7 Nr. 1 SGB VIII); auch die zwischenzeitliche gesetzgeberische Überlegung zu einer Leistung der „alltagpraktischen Begleitung“ war auf die Altersgruppe der Kinder beschränkt.¹¹⁸ Da sich die zunehmende Institutionalisierung des Aufwachsens¹¹⁹ ab dem vollendeten ersten Lebensjahr nahtlos von der Betreuung in Kindertagespflege, Tageseinrichtungen für Kinder fortsetzt in der Schule, drängt sich eine gesetzliche Spezifizierung von Angeboten bspw. während der Schulzeit nicht auf.

¹¹⁵ Lohse et al., 2017.

¹¹⁶ Eine entsprechende Anregung des Bundesrates wurde vom Bundestag seinerzeit nicht aufgegriffen, siehe BT-Drucks. 11/5948, 134; hierzu DIJuF JAmt 2005, 296.

¹¹⁷ Näher siehe Text und Nachweise oben zu Fn. **Fehler! Textmarke nicht definiert..**

¹¹⁸ Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen vom 7. Juni 2016, www.kijup-sgbviii-reform.de (Aufruf: 28.9.2018).

¹¹⁹ Nentwig-Gesemann et al., 2016.

Was die Leistungsberechtigung von Kindern und Jugendlichen angeht, wenn Eltern mit psychischer Erkrankung ihnen den Zugang nicht eröffnen,¹²⁰ so ergeben sich Fragestellungen, die über das hier behandelte, spezifische Thema hinaus seit längerer Zeit diskutiert werden. So haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf Beratung, im Not- und Konfliktfall auch ohne Kenntnis der Eltern (§ 8 Abs. 3 SGB VIII). Die Beschränkung auf Not- und Konfliktfälle wird im Lichte von Art. 12 UN-KRK (Berücksichtigung des Kindeswillens) und der Rechtswirklichkeit telefonischer und Online-Beratung als anachronistisch kritisiert.¹²¹ Die Forderung nach einer eigenständigen, vertraulichen und verlässlich gesicherten Beratung auch ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten hat der Gesetzgeber bislang noch nicht erfolgreich umgesetzt.¹²² Eigene Handlungsfähigkeit wird Jugendlichen ab Vollendung des 15. Lebensjahrs zuerkannt; allerdings steht diese unter dem Vorbehalt, dass die Personensorgeberechtigten nicht explizit widersprechen (§ 36 Abs. 2 SGB I). Im Bereich der Hilfen zur Erziehung sind die Personenberechtigten Anspruchsinhaber. Auch die Forderung, nach einer „spiegelbildlichen Ausgestaltung des Rechtsanspruchs“¹²³ mit den Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite und den Personen- und Erziehungsberechtigten auf der anderen Seite als Anspruchsinhaber*innen, hat bislang nicht Eingang ins Gesetz gefunden.

84

3 Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)

3.1 Zur Systematik

Eingliederungshilfe bezieht sich stets auf Leistungen für einen Menschen mit Behinderung, sodass in diesem Kapitel allein die Bedarfslagen des Elternteils mit psychischer Erkrankung im Fokus stehen können – seien es Hilfebedarfe mit Blick auf die eigene Person, seien es die Bedarfslagen, die mit der Pflege- und Erziehungsaufgabe als Mutter oder Vater verbunden sind. Eigene kindliche Hilfebedarfe sind indes hier – sofern dieses nicht selbst eine Behinderung aufweist – nach der Systemlogik der Eingliederungshilfe von vornherein ausgenommen.

85

Sofern Eltern mit psychischer Erkrankung als Menschen mit Behinderungen gelten, stehen ihnen Ansprüche auf sog. Teilhabeleistungen zu. Diese zielen darauf, die Selbstbestimmung sowie volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Men-

86

¹²⁰ Siehe Fallvignette 20.

¹²¹ Meysen 2013/14; UBSKM 2012, 3; Münder 2011, 498.

¹²² Siehe zuletzt den Vorstoß im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG), BT-Drucks. 18/12330, 42.

¹²³ AGJ, 2016; AGJ, 2016a.

schen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen zu fördern, etwaige Benachteiligungen zu vermeiden oder diesen entgegenzuwirken (§ 1 S. 1 i.V.m. § 4 SGB IX). Insbesondere auch vor dem Hintergrund der notwendigen Anpassung des deutschen Rechts an die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)¹²⁴ hat der Gesetzgeber das für Menschen mit Behinderungen geltende Rehabilitations- bzw. Teilhaberecht im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – dem sog. Bundesteilhabegesetz (BTHG) – grundlegend reformiert und neu gefasst. Ende 2016 wurde dieses mit 26 Artikeln, die jeweils Änderungen bereits bestehender Gesetze betreffen, verabschiedet (sog. Artikelgesetz).¹²⁵ Die Änderungen treten seit 2017 bis 2023 in mehreren Reformschritten sukzessiv in Kraft.¹²⁶ Wegen der Vielschichtigkeit und des zeitlichen Auseinanderfallens der Zeitpunkte des Inkrafttretens relevanter Rechtsgrundlagen und der neuen Systematik, sollen die Grundzüge kurz skizziert werden:

Sehr wesentliche Reforminhalte sind zum 1.1.2018 in Kraft getreten, insbesondere die Neufassung des SGB IX Teil 1, der – bereits seit Inkrafttreten des SGB IX 2001 – die grundsätzlich für alle Rehabilitationsträger geltenden Verfahrens- und Leistungsregelungen enthält (Art. 1 Teil 1 BTHG). Seitdem untergliedern sich die Teilhabeleistungen in fünf Leistungsgruppen (§ 5 Nr. 1 bis 5 SGB IX), für die jeweils verschiedene sog. Rehabilitationsträger zuständig sind (vgl. § 6 Nr. 1 bis 7 SGB IX). Nach der Gesetzeslogik hält das SGB IX somit grundsätzlich am gegliederten Hilfesystem für Menschen mit Behinderung fest und stellt lediglich den für alle Rehabilitationsträger verbindlich zu beachtenden Rahmen her. Für jeden Rehabilitations-träger gelten somit grundsätzlich die in seinem eigenen Leistungsgesetz geregelten Vorgaben, jeweils ergänzt um die nach dem SGB IX zu beachtenden Regelungen.

Zum Verhältnis zwischen beiden Regelungssystemen – dem für alle geltenden SGB IX und dem jeweils speziellen Leistungsgesetz – bestimmt § 7 SGB IX die zu beachtende Rangfolge: Grundsätzlich gelten die Regelungen aus SGB IX Teil 1, es sei denn, aus dem jeweiligen Leistungsgesetz ergibt sich etwas Abweichendes. Zuständigkeit und Voraussetzungen richten sich dabei grundsätzlich nach dem für den zuständigen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetz (§ 7 Abs. 1 SGB IX). Allerdings sind die Vorschriften aus den Kap. 2 bis 4 des SGB IX Teil 1 (= §§ 9 bis 24 SGB IX, insbesondere Verfahrensvorschriften) stets vorrangig zu beachten – d.h. auch im Verhältnis zu evtl. abweichenden Regelungen im eigenen Leistungsgesetz (§ 7 Abs. 2 SGB IX). Hinsichtlich dieser allgemeinverbindlichen (Verfahrens-)Vorschriften hat der

¹²⁴ Vgl. UN-Ausschuss, 2015.

¹²⁵ BGBl. I 2016, 3234.

¹²⁶ Grundlegend dazu z.B. v. Boetticher, 2018.

Gesetzgeber die Rehabilitationsträger zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen verpflichtet (§ 26 SGB IX), für deren Erarbeitung und Koordination die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) verantwortlich ist (§ 26 Abs. 7 SGB IX). Für die Träger der Eingliederungshilfe gelten diese zwar nicht unmittelbar, sie haben sich gemäß § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX jedoch bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe an den vereinbarten Empfehlungen zu orientieren oder können diesen beitreten. Der seit dem 12.1.2018 vorliegende Arbeitsentwurf „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ befindet sich derzeit noch im Abstimmungsprozess.¹²⁷ Soweit vorliegend entsprechende Verfahrensfragen von Bedeutung sind (z.B. Bedarfsermittlung oder Teilhabeplanung), wird jedoch bereits auf die Empfehlungen als Orientierungsgrundlage Bezug genommen (zit. als AE „Gemeinsame Empfehlung“).

Werden Teilhabeleistungen von den Trägern der Eingliederungshilfe erbracht (vgl. § 6 Nr. 7 SGB IX), werden sie allgemein und synonym auch als Eingliederungshilfen bezeichnet. Diese können – wie § 6 Nr. 7 SGB IX verdeutlicht – grundsätzlich vier der fünf Leistungsgruppen umfassen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung sowie Leistungen zur sozialen Teilhabe. Die Rechtsgrundlagen für die Leistungsgewährung finden sich spezialgesetzlich – noch bis zum 31.12.2019 – in §§ 53 ff. SGB XII. Zwar erfolgten zum 1.1.2018 auch wichtige Änderungen des SGB XII (z.B. die Einführung des Gesamtplanverfahrens, §§ 141 ff SGB XII; Art. 12 BTHG). Hinsichtlich der Leistungsinhalte der Eingliederungshilfe verweist jedoch § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII noch auf die Regelungen des SGB IX „in der am 31.12.2017 [!] geltenden Fassung“, sodass im SGB IX neugefasste Leistungen (z.B. Assistenzleistungen, § 78 SGB IX) erst ab 2020 Gültigkeit beanspruchen, wenn die Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII ins SGB IX als dessen 2. Teil überführt wird (Art. 1 Teil 2 i.V.m. Art. 13 BTHG). In der Folge kommen auch die Leistungsformen und -inhalte des SGB IX Teil 1 zur Anwendung. Ab diesem Zeitpunkt findet sich das Eingliederungshilferecht in §§ 90 ff SGB IX.

89

3.2 Elterneigenschaft als relevanter Teilhabeaspekt

Mit der 2008 erfolgten Ratifizierung der UN-BRK hat sich Deutschland auch zur Umsetzung von „Art. 23 – Achtung der Wohnung und der Familie“ verpflichtet:

90

¹²⁷ Vgl. www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/.

„(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass

- a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses [...] eine Familie zu gründen, anerkannt wird;
- b) das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände [...] und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt werden;
- c) Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.

(2) [...] Die Vertragsstaaten unterstützen Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung.

[...]

(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden.“

Als Vertragsstaat der UN-BRK ist Deutschland somit seitdem verpflichtet, die geforderten Rahmenbedingungen für eine gleichberechtigte Teilhabe von Eltern mit Behinderung zu schaffen und zu gewährleisten, dass diese ihr Recht auf eine selbstbestimmte Elternschaft wahrnehmen können.¹²⁸ Bis zur Verabschiedung des BTHG wurden Teilhabebedarfe von Eltern mit Behinderung gesetzlich nur sehr begrenzt anerkannt. In den Regelungen des Leistungsanspruchs auf Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII spiegelte sich dieses nicht ausdrücklich wider. Es fand bislang lediglich in der allgemeinen Normierung des SGB IX zum Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 Abs. 1 S. 3 SGB IX-2001: „Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages [...] wird Rechnung getragen.“) seine Andeutung.

91

Allerdings hat – bereits weit vor dem BTHG – die Rechtsprechung deutlich gemacht, dass Bedarfe von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung in ihrer Elternrolle ein wesentlicher Teilhabeaspekt sind, der auch einen entsprechenden Anspruch auf (Eingliederungs-) Hilfeleistungen auslösen kann. So hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in seinem Ur-

92

¹²⁸ DV 2014, 3.

teil vom 22.10.2009¹²⁹ – in dem es sich u.a. auch auf den kurz zuvor ergangenen, bemerkenswerten Beschluss des VG Minden¹³⁰ beruft – grundlegend ausgeführt:

„[15] [...] der Zweck einer sozialhilferechtlichen Eingliederungsmaßnahme kann auch sein, einem behinderten Elternteil die von diesem erwünschte angemessene Pflege und Betreuung seines Kindes zu ermöglichen und ihn dabei zu unterstützen. Dies überdehnt nicht die Zielsetzung der Eingliederungshilfe [...]. Ziel und Funktion der Eingliederungshilfe [...] umfassen vielmehr auch und gerade das Leben in der familiären Gemeinschaft mit dem eigenen Kind und damit auch die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz.

[16] Die Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung [...] nimmt weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinn der Regelungen die Situation der Elternschaft behinderter Menschen aus. [...] Von dem Ziel [...] ist es auch umfasst, ihm die Fähigkeiten zu vermitteln und die Hilfen zu gewähren, die zur sachgerechten Wahrnehmung der Elternverantwortung erforderlich sind. Die Wahrnehmung der Elternrolle ist eine gemeinschaftsbezogene Entfaltungsform des Menschen [...]. Die Pflege und Erziehung eines Kindes durch die Eltern ist dabei verfassungsrechtlich als Grundbedürfnis aller Eltern, auch von Eltern mit Behinderung, vorausgesetzt. Da die Eltern-Kind-Beziehung existenziell und eine soziale Bindung von herausragender Bedeutung ist, bildet die Verantwortungsübernahme der Eltern (mit Behinderung) für ihr Kind eine zentrale Frage der Teilhabe der Eltern am Leben in der Gemeinschaft [...].“

Eine eigene, inhaltliche Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) gab es zwar nicht. Nach einer längeren Phase der Rechtsunsicherheit aufgrund unterschiedlicher Rechtsauffassungen zwischen BVerwG und BSG – die sich allerdings primär auf die Problematik der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Jugend- und Sozialhilfeträger bezog (hierzu näher siehe unten 6.2) – hat sich das BSG jedoch in einer Erklärung des 8. Senats vom 22.3.2012 der Rechtsauffassung des BVerwG angeschlossen.¹³¹ Daraus ließ sich in der Folge ableiten, dass spätestens vor dem Hintergrund dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung für Eltern mit Behinderungen, die einen entsprechenden Bedarf an Unterstützung in ihrer Elternrolle geltend machten, ein Eingliederungshilfeanspruch nach §§ 53 f SGB XII zu prüfen war.¹³²

Unsicherheiten bestanden jedoch weiterhin hinsichtlich der Reichweite dieses Anspruchs auf sog. Elternassistenz. Die den Entscheidungen von BVerwG und BSG zugrunde liegenden Fallkonstellationen bezogen sich allein auf die stationäre Hilfe in Form der gemeinsamen Unterbringung des behinderten Elternteils mit seinem Kind. Rechtsprechung zu Konstellationen einbezogener ambulanter Hilfen für Eltern erging jedoch nur sehr wenig und wenn, bezog diese sich – soweit veröffentlicht – allein auf Elternteile mit einer körperlichen Behinderung,

¹²⁹ 5 C 19.08 – FamRZ 2010, 464.

¹³⁰ 31.7.2009 – 6 L 382/09 – JAMt 2009, 513.

¹³¹ Näheres siehe DIJuF JAMt 2012, 208.

¹³² Ausführlich zur Rechtsentwicklung DIJuF JAMt 2011, 582 und JAMt 2012, 208.

die in erster Linie eine physische Assistenz benötigen.¹³³ Ob dieser Anspruch auf Elternassistenz im Rahmen von Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII jedoch auch – für Eltern mit geistiger oder seelischer Behinderung besonders relevante – ambulante Hilfen in Richtung erzieherischer Anleitung und Unterstützung mitumfasste, blieb indes bis zuletzt unklar.¹³⁴

Inzwischen scheint sich jedenfalls als Oberbegriff für Teilhabeleistungen an Eltern mit Behinderung der Terminus „**Unterstützte Elternschaft**“ durchgesetzt zu haben.¹³⁵ Als weitere Unterdifferenzierungen wird – orientiert an der jeweiligen Behinderung bzw. Unterstützungsbedarfs – zwischen den Leistungen der „Elternassistenz“ auf der einen und der „begleiteten Elternschaft“ auf der anderen Seite unterschieden und zwar, entsprechend der Begriffsbestimmungen des BMAS,¹³⁶ folgendermaßen:

„Unter dem Begriff *Elternassistenz* werden in der Regel Unterstützungsleistungen für Eltern mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen verstanden, die diese selbstbestimmt planen und steuern, aber nur mit Unterstützung, besonderen Dienstleistungen oder geeigneten Hilfsmitteln durchführen können. Zu den Leistungen gehören auch Mobilitätshilfen.

Der Begriff *begleitete Elternschaft* wird eher bei Eltern mit einer psychischen oder geistigen Beeinträchtigung verwendet, wenn sie Förderung benötigen, um die Grundbedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen, zu verstehen und ihnen nachkommen zu können. Eltern können dann pädagogische Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung ihrer Elternrolle erhalten.“

Auch im Zuge des BTHG wurden die besonderen Bedarfe von Eltern mit Behinderung im neugefassten SGB IX 1. Teil an verschiedenen Stellen ausdrücklich gesetzlich aufgegriffen:

- In der allgemeinen **Zielbestimmung** von Leistungen zur Teilhabe in § 4 Abs. 4 SGB IX-2018 heißt es nunmehr: „Leistungen für Mütter und Väter mit Behinderungen werden gewährt, um diese bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen“. Somit ist die Elternrolle – über die spezielle Leistungsnorm des § 78 Abs. 3 SGB IX hinaus (dazu sogleich) – von allen Rehabilitationsträgern auch in der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe sowie bei der Ausübung pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der Leistungsgewährung mit zu berücksichtigen.¹³⁷ Ob sich aus § 4 Abs. 4 SGB IX – ergänzend zu den speziellen Leitungsnormen – ein eigenständiger Teilhabeanspruch herleiten lässt, ist noch nicht höchstrichterlich nicht geklärt;¹³⁸ derzeit ist dies jedenfalls keine realistische Option.

¹³³ Z.B. LSG NW 23.2.2012 – L 9 SO 26/11; VG Minden 31.7.2009 – 6 L 382/09 – JAmt 2009, 513.

¹³⁴ Vgl. DIJuF JAmt 2015, 27; DIJuF JAmt 2015, 612.

¹³⁵ So auch DV 2014, 5.

¹³⁶ BMAS 2018, 42 (Frage V.).

¹³⁷ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 19.

¹³⁸ Neumann et al./Jabben 2018, § 4 SGB IX Rn. 5a – Gegen einen eigenständigen Leistungsanspruch spricht nicht zuletzt, dass der Gesetzgeber mit der Vorschrift nur eine Klarstellung, nicht aber eine sachliche Neuregelung beabsichtigt hat,

- Wie bisher, wird auch in der nunmehr geltenden Regelung zum **Wunsch- und Wahlrecht** des § 8 Abs. 1 S. 3 SGB IX vorgegeben: „Den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages [...] wird Rechnung getragen“. 98
- Beantragen Eltern mit Behinderungen die Durchführung einer **Teilhabeplankonferenz** (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX) bzw. gegenüber den Eingliederungshilfeträgern die Durchführung einer **Gesamtplankonferenz** (§ 143 Abs. 4 S. 1 SGB XII-2018 bzw. § 119 Abs. 4 S. 1 SGB IX-2020), muss diesem Wunsch seitens des zuständigen Rehabilitations- bzw. Eingliederungshilfeträgers zwingend entsprochen werden. Damit wurde die – vor dem Hintergrund der häufig komplexen Bedarfssituation und Beteiligung verschiedener Leistungsträger aufgestellte – Forderung nach einem individuellen Rechtsanspruch „auf ein trägerübergreifendes Verfahren zur Bedarfsermittlung, -feststellung und Hilfeplanung unter Beteiligung aller einschlägigen Leistungsträger“ umgesetzt (genauer zu diesen Verfahren auch 8.2.2).¹³⁹ 99
- Im Rahmen der neuen Regelungen, die die Leistungen der Sozialen Teilhabe beschreiben (SGB IX Kap. 13, §§ 76 ff.), findet sich in der Normierung der sog. „**Assistenzleistungen**“ des § 78 SGB IX in Absatz 3 nunmehr folgende ausdrückliche Klarstellung: „Die Leistungen für Assistenz nach Absatz 1 umfassen auch Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder“ (zum genaueren Inhalt und Umfang siehe ebenso unten 3.5.1). Wie bereits dargelegt, greift diese für die Eingliederungshilfeträger aufgrund der in § 54 Abs. 1 SGB XII enthaltenen Verweisung auf die bis zum 31.12.2017 geltenden SGB IX-Regelungen allerdings leider erst zum 1.1.2020 (vgl. oben 3.1). Bis dahin bleibt Eltern(teilen) mit Behinderung im Falle von Unterstützungsbedarfen in ihrer Elternrolle, die sie im Rahmen der Eingliederungshilfe geltend machen wollen, weiterhin nur der Verweis auf den grundsätzlich offenen Leistungskatalog der Eingliederungshilfe und die richterrechtliche Anerkennung. 100
- Leider ist mit dem BTHG die bislang in § 19 Abs. 2 SGB IX enthaltene Erwähnung der **familienentlastenden und -unterstützenden Dienste** ersatzlos entfallen, was angesichts ihrer im 2. Teilhabebericht der Bundesregierung hervorgehobenen „zentralen Rolle“¹⁴⁰ wohl nur 101

vgl. die Begründung zu § 4 Abs. 4 SGB IX i.d.F. des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vom 23.12.2016 (BGBl I, 3234), BT-Drucks. 18/9522, 228.

¹³⁹ Siehe Deutscher Verein 2014, 8 f., 11 f.

¹⁴⁰ BMAS 2016, 72.

als gesetzgeberisches Versehen gewertet werden kann. Im Kontext der Leistungen der – in diesem Kapitel in erster Linie interessierenden – sozialen Teilhabe, wird diese Lücke durch die eben erwähnte Assistenzleistung nach § 78 Abs. 3 SGB IX aufgefangen.¹⁴¹ Im Rahmen anderer Leistungsgruppen (z.B. der beruflichen Teilhabeleistungen) führt die Begründung eines entsprechenden Leistungsanspruchs ggf. nur über die erwähnte Auslegungsnorm des § 4 Abs. 4 SGB IX.¹⁴²

3.3 Voraussetzung: Vorliegen einer wesentlichen Behinderung

Damit Eltern mit psychischer Erkrankung Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 f. SGB XII (bzw. §§ 99 ff. SGB IX-2020) beanspruchen können, bedarf es nicht nur der Voraussetzung, dass es sich bei der psychischen Erkrankung um eine Behinderung i.S.v. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX handelt (dazu 3.1.3.1), sondern dass diese zudem den Elternteil „wesentlich“ in seiner Fähigkeit einschränkt, an der Gesellschaft teilzuhaben (dazu 3.1.3.2). 102

3.3.1 Vorliegen einer Behinderung

Der Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX wurde im Rahmen des BTHG neu gefasst und sprachlich an Art. 1 S. 2 UN-BRK bzw. die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO angepasst.¹⁴³ Folglich liegt diesem nunmehr das sog. bio-psychosoziale Modell zugrunde, wenn es seit dem 1.1.2018 in § 2 Abs. 1 SGB IX heißt: 103

„¹Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie **in Wechselwirkungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren** an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. ²Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. ³Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Behinderung wird damit nicht mehr allein auf das Vorliegen einer individuellen Beeinträchtigung reduziert. Es werden nicht nur die biomedizinischen Aspekte (**Körperfunktion und -strukturen**) um die Ebenen als handelndes Subjekt (**Aktivitäten**) sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (**Partizipation/Teilhabe**) ergänzt, 104

¹⁴¹ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 187.

¹⁴² Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 187.

¹⁴³ BT-Drucks. 18/9522, 192, 227; jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 60 ff.

sondern diese auch in Wechselwirkungsbeziehung zum jeweiligen gesamten Lebenshintergrund dieser Person gesetzt (sog. Kontextfaktoren). Als derartige Kontextfaktoren kommen – entsprechend der ICF – zum einen **Umweltfaktoren** (z.B. Beziehungen zu Familie/Freunde, Einstellungen der Umwelt), zum anderen **personbezogene Faktoren** (z.B. Alter, Geschlecht, Charakter, sozialer Hintergrund) in Betracht, die sich auf die drei erstgenannten Ebenen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe jeweils förderlich (i.S.v. **Ressourcen**) oder erschwerend (i.S.v. **Barrieren**) auswirken können.¹⁴⁴ Gefordert ist also nunmehr ein zweiseitiges Denken im Sinne von „Menschen sind behindert *und* werden behindert“.

Eine Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 SGB IX liegt folglich vor, wenn die Gesundheitsstörung in Wechselwirkung mit den jeweiligen gesellschaftlichen Lebensbedingungen der betroffenen Person zu einer Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führt. Während in der Kinder- und Jugendhilfe die Orientierung an der ICF derzeit noch in der Diskussion ist, gibt § 142 Abs. 1 SGB XII (bzw. § 118 Abs. 1 S. 2 SGB IX-2020) dies für die Eingliederungshilfeträger verbindlich vor. Doch auch wenn das Gesetz die ICF-Orientierung einfordert und sie ganz offenbar auch Grundlage ist für den AE „Gemeinsame Empfehlung“ der BAR (vgl. z.B. in § 36 Abs. 3),¹⁴⁵ scheint inzwischen weitgehend anerkannt, dass es hierbei nicht um die Anwendung der ICF in ihrer Funktion als Kodierungs- und Klassifizierungssystem geht, sondern vielmehr das ihr zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell als geeignetes Konzept für eine strukturierte, dialogische Bedarfsermittlung angesehen wird.¹⁴⁶

Ausgangspunkt für die Prüfung, ob eine Behinderung i.S.d. § 2 SGB IX vorliegt, ist demnach zunächst die Feststellung der **Beeinträchtigung der Körperfunktion bzw. -struktur**, wobei unter „Körperfunktion“ die physiologischen Funktionen des Körpersystems mit seinen geistigen und seelischen Bereichen, d.h. auch die psychische Gesundheit, gezählt werden.¹⁴⁷ Die hierfür notwendige Diagnostik erfolgt entweder anhand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO in ihrer jeweiligen Gültigkeit (derzeit: ICD-10)¹⁴⁸ oder des von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft herausgegebenen Diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen (Diag-

¹⁴⁴ Rentsch/Bucher 2006, 24; LPK-SGB XII/Bieritz-Harder 2018, § 53 SGB XII Rn. 4 ff.; jurisPK SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 62 f.

¹⁴⁵ www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/.

¹⁴⁶ DVfR 2017.

¹⁴⁷ BT-Drucks. 18/9522, 276; jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 60 ff.

¹⁴⁸ Vgl. ICD-10-GM-2018 (www.dimdi.de, Aufruf: 29.9.2018); die psychischen Erkrankungen finden sich im dortigen Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); in Bezug auf Suchterkrankungen im Abschnitt F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen).

nostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V). Da die Diagnostik auch Faktoren wie Chronizität, Pervasivität und Beeinträchtigungen im Alltag berücksichtigt, beinhaltet eine entsprechend diagnostizierte Störung immanently auch die Klassifizierung als Krankheit.¹⁴⁹ Die Diagnostik ist anerkannte medizinische Aufgabe.

Liegt die ärztliche Diagnostik einer entsprechenden psychischen Störung vor, bedarf es im Weiteren der Feststellung einer **Teilhabebeeinträchtigung**, deren Feststellung grundsätzlich der zuständigen Fachkraft des Trägers der Eingliederungshilfe obliegt. Diese hat somit zu prüfen, ob die psychische Störung des Elternteils in Zusammenspiel mit seinen konkreten Lebensbedingungen ihn in seiner gleichberechtigten Teilhabe hinsichtlich der in § 142 Abs. 1 S. 3 SGB XII (bzw. § 118 Abs. 1 S. 3 SGB IX-2020) benannten **Lebensbereiche** – ebenfalls entnommen aus der ICF – hindert:¹⁵⁰

- *Lernen und Wissensanwendung* (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen)
- *Allgemeine Aufgaben und Anforderungen* (z.B. Aufgaben übernehmen, tägliche Routinen durchführen, mit Stress und anderen Anforderungen umgehen)
- *Kommunikation* (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -technik)
- *Mobilität* (z.B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
- *Selbstversorgung* (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
- *Häusliches Leben* (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen, Anderen helfen)
- *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen* (z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
- *Bedeutende Lebensbereiche* (Erziehung/Bildung, Arbeit/Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
- *Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben* (z.B. Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität).

¹⁴⁹ Wiesner/Fegert 2015, § 35a SGB VIII Rn. 45.

¹⁵⁰ Mit Beispielen zit. nach Walhalla Fachredaktion, 26.

Ob der berufliche oder der Freizeitbereich, die Bewältigung des familiären Haushalts ebenso wie die Notwendigkeit von Arztbesuchen oder Elternabenden in der Kita/Schule – die prüfende Fachkraft der Eingliederungshilfe hat somit sämtliche Lebensbereiche des betroffenen Elternteils in ihre Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung einzubeziehen.

108

Noch etwas unklar erscheint indes, wie und mit welchen Kriterien hierbei die nunmehr neu eingefügte Berücksichtigung der **Wechselwirkung** mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu erfolgen hat. Auch dem AE „Gemeinsame Empfehlungen“ der BAR ist hierzu nichts Konkretes zu entnehmen. Die ICF unterteilt diese jedenfalls in – jeweils hinderliche (Barrieren) oder förderliche (Ressourcen) – umwelt- und personbezogene Faktoren, benennt selbst jedoch nur die **Umweltfaktoren**, und zwar:

109

- *Produkte und Technologien* (z.B. Lebensmittel, Sport- und Spielprodukte, Transportmittel, Kommunikationsmittel)
- *Natürliche und vom Mensch veränderte Umwelt* (z.B. Bevölkerungsdichte, Laut-/Geräuschintensität, Luftqualität)
- *Unterstützung und Beziehungen* (z.B. Familienkreis, Freunde, Nachbarn, Kollegen, Haustier, Fachleute)
- *Einstellungen* (z.B. von Familie, Freunden, Nachbarn, Kollegen, Fachleuten, gesellschaftliche Einstellungen)
- *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze* (z.B. des Wohnungswesens, des Transportwesens, der Justiz, des Gesundheitswesens, der sozialen Unterstützung, des Bildungswesens, der Wirtschaft)

Vor diesem Hintergrund ist somit bspw. die beengte Wohnsituation eines Elternteils, die dessen geordnete Haushaltsführung beeinträchtigt, genauso als „Teilhabebarriere“ zu berücksichtigen wie z.B. das fehlende Handy der Mutter, die in der Konsequenz nicht in an der WhatsApp-Gruppe zur Kommunikation mit den Eltern in der 2. Klasse ihrer Tochter teilnehmen kann. Gleichzeitig wäre jedoch die Nachbarin, die das Kind regelmäßig morgens mit dem Auto zur etwas entfernter liegenden Schule mitnimmt, ebenso als Ressource zur Überwindung von Teilhabebeeinträchtigungen in die Prüfung einzubeziehen wie z.B. der Klassenlehrer, der für die besondere Lebenssituation der Familie aufgrund der psychischen Erkrankung und den Rückwirkungen auf die Anwesenheit des Kindes in der Schule Verständnis hat und sich auch für entsprechende Akzeptanz bei seinen Kolleg*innen und der Schulleitung einsetzt.

110

Neben diesen Umweltfaktoren sind zudem die sog. **personbezogenen Faktoren** einzubeziehen. Aufgrund der großen soziokulturellen Unterschiedlichkeiten sind diese in der ICF bewusst nicht klassifiziert, werden dort aber beispielhaft aufgelistet. Dazu können gehören z.B. *Geschlecht, ethische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung*,

111

Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige *Erfahrungen bzw. Ereignisse*, allgemeine *Verhaltensmuster* und *Charakter*, individuelles *psychisches Leistungsvermögen*.¹⁵¹ Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat 2006 einen Entwurf für eine entsprechende Systematisierung relevanter personbezogener Faktoren für den deutschsprachigen Raum vorgelegt, der jedoch z.T. methodisch-formale sowie ethisch-moralische Widersprüche ausgelöst hat.¹⁵² Derzeit scheint die fachliche Diskussion darüber noch nicht abgeschlossen – von der Frage, ob derart individualisierte Faktoren überhaupt erschöpfend zu klassifizieren sind, bis hin zur Problematik, dass und wie viel intrinsische Aspekte, also subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen, überhaupt zu objektivierbaren Prüfkriterien gemacht werden können. Einigkeit besteht jedoch offenbar gleichwohl hinsichtlich ihrer Relevanz, z.B. für die Feststellungen der Teilhabebeeinträchtigung, die Bedarfsermittlung oder auch Hilfe- und Teilhabeplanung¹⁵³ und eine entsprechend systematische Prüfgrundlage, insbesondere auch zur Stärkung der Hilfeberechtigten, daher angebracht.¹⁵⁴

Bis sich Weiteres hierzu konkretisieren wird, gibt es für die Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren im Rahmen der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung jedenfalls keine verbindliche Bezugsgrundlage. Grundsätzlich dürfte von der jeweils zuständigen Fachkraft jedoch eine sehr breite, systemisch orientierte Perspektive auf die Gesamtlebenssituation des behinderten Elternteils zu fordern sein. Allein mit Blick auf die oben genannten exemplarischen Merkmale dürften daher nunmehr auch Aspekte in der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen sein wie z.B.

- die Trennungsabsichten des Ehepartners,
- eine herausfordernde Berufssituation,
- der Freundeskreis, der dem gelebten Patchwork-Modell der Familie kritisch gegenübersteht,
- die Sensibilität und Dünnhäutigkeit als Persönlichkeitseigenschaften,
- grundsätzliche Prüfungsängste oder
- die bislang nur unzureichend gelungene Abnabelung von den eigenen Eltern.

Die Liste ließe sich beliebig lang fortführen, verdeutlicht jedoch gleichzeitig die Problematik, wie der jeweilige Aspekt noch von allgemeinen Lebenssituationen, -krisen und -lasten eines jeden Menschen unterschieden werden kann. *Luthe* bezieht daher für diese Merkmale

¹⁵¹ BAR 2015, 17.

¹⁵² Ausführlich hierzu Cibis 2015.

¹⁵³ BAR 2015, 17.

¹⁵⁴ Cibis 2015, 5.

einen sog. Schweregrad hinsichtlich dieser zusätzlich zu berücksichtigenden Wechselwirkungen mit ein und bildet hierzu drei mögliche Fallkonstellationen, wann diese eine Behinderung i.S.d. § 2 SGB IX (mit)begründen können oder nicht:¹⁵⁵

- Von einer Behinderung sei danach zunächst immer dann unproblematisch auszugehen, wenn die festgestellte Teilhabebeeinträchtigung auf medizinisch objektivierbare Beeinträchtigungen im Bereich des Körpers oder der seelischen bzw. geistigen Gesundheit zurückgeführt werden könne. In diesem Fall seien die Kontextfaktoren somit – für die Feststellung der Behinderung (!) – ohne Bedeutung. 114
- Umgekehrt sei dann eine Behinderung i.S.d. § 2 SGB IX auszuschließen, wenn keinerlei Kausalität zwischen Teilhabebeeinträchtigung und Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege, da letztere gesetzlich zumindest als mitursächlich definiert ist („Abweichung vom für das Lebensalter typischen Zustand“). Auch in diesem Fall seien die Kontextfaktoren somit irrelevant. 115
- In den – verbleibenden – Fällen, in denen erst im Zusammenspiel von Gesundheitsbeeinträchtigung und Wechselwirkungen von einer Teilhabebeeinträchtigung auszugehen sei, käme den einstellungs- und umweltbedingten Barrieren im Rahmen der Gesamtbetrachtung umso weniger Gewicht zu, je mehr sich diese als Ergebnis subjektiver Wahrnehmungen und Bewertungen darstellten, wobei gerade bei psychischen Beeinträchtigungen die individuellen Bewältigungsstrategien durchaus beachtlich seien. 116

Nach dem Wortlaut des neuen § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX besteht zudem die Voraussetzung, dass die Teilhabebeeinträchtigung – und nicht mehr wie nach alter Formulierung die psychische Störung selbst – **mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate** vorliegen wird. Diese Voraussetzung kann im vorliegenden Kontext psychisch beeinträchtigter Eltern immer dann relevant werden, wenn es sich um psychische Störungen handelt, die in ihren Symptomen nicht permanent, sondern schub- bzw. periodenhaft auftreten (z.B. Depression, Schizophrenie) und damit auch das Vorliegen der Teilhabebeeinträchtigungen entsprechenden Schwankungen unterliegt. 117

Trotz anderslautender Normierung wollte der Gesetzgeber offenbar an der Bezugnahme der Zeitprognose hinsichtlich des Vorliegens der gesundheitlichen Störung festhalten, denn dort heißt es: 118

¹⁵⁵ Vgl. jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 83 ff., 86.

„Die Zweistufigkeit des Behinderungsbegriffs wird weiterhin aufrecht gehalten, nach der eine mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauernde Abweichung vom alterstypischen Zustand vorliegen muss, aus der eine Beeinträchtigung der Teilhabe resultiert. Offensichtlich vorübergehende Störungen werden damit ausgeschlossen.“¹⁵⁶

Wie die Praxis mit dieser Diskrepanz von Wortlaut und Gesetzesintention zukünftig umgehen sollte, wird sich in Literatur und Rechtsprechung erst noch herauskristallisieren müssen. Derzeit fehlt es jedenfalls an Orientierung bei der Auslegung. So verweist zwar Bieritz-Harder¹⁵⁷ diesbezüglich auf den neuen Wortlaut („voraussichtlich mind. sechsmonatige Teilhabebeeinträchtigung“), und aus der Kommentierung von Luthe¹⁵⁸ lässt sich erkennen, dass er auch der neuen Rechtslage seine alte Begründung zugrunde legt („Dauerhaftigkeit der gesundheitlichen Störung“). Die Widersprüchlichkeit thematisieren indes beide nicht, sodass sich rechtliche Hinweise zum Umgang mit gerade dieser Diskrepanz von Wortlaut und Zweck ebenfalls nicht ableiten lassen.

Folgt man der Auffassung von Luthe, besteht der Sinn und Zweck der Sechs-Monats-Grenze insbesondere darin, Störungen von geringer Schwere auszuschließen, die ihrerseits von der Krankenbehandlung (SGB V) zumeist ausreichend erfasst werden. Kann die gesundheitliche Beeinträchtigung „mit den Mitteln der Krankenbehandlung innerhalb dieses Zeitraums mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vollständig und nachhaltig behoben werden“, läge in diesem Sinne keine Behinderung vor.¹⁵⁹ Legt man diese Überlegungen im Kontext psychisch kranker Eltern zugrunde, dürfte das Merkmal einer in diesem Sinne mindestens sechsmonatigen Gesundheitsbeeinträchtigung auch bei lediglich schubhaft auftretenden Symptomen selten zu verneinen sein, da diese mit den Mitteln der Krankenbehandlung vielleicht zeitweise stabilisierbar, aber in aller Regel nicht nachhaltig behoben werden können.

Doch selbst, wenn die zeitliche Prognose seit dem 1.1.2018 auf die Teilhabebeeinträchtigung zu beziehen ist, dürfte diese in den vorliegenden Fallkonstellationen wohl ebenfalls regelmäßig zu bejahen sein. Wenn es sich um eine nur periodenhaft auftretende psychische Beeinträchtigung handelt, wird es zwar zu Schwankungen in der Teilhabebeeinträchtigung hinsichtlich Umfang und Intensität kommen. Doch auch in den symptomfreien Zeiten (z.B. infolge von Therapie/medikamentöser Stabilisierung) werden diese – quasi als Nachwirkungen des Schubs oder infolge der gleichwohl dauerhaft vorliegenden Erkrankung und des ent-

¹⁵⁶ BT-Drucks. 18/9522, 227.

¹⁵⁷ Bieritz-Harder et al./Bieritz-Harder 2018, § 53 SGB XII Rn. 8.

¹⁵⁸ jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 67 ff.

¹⁵⁹ jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 Rn. SGB IX 68.

sprechenden Bewusstseins dafür – noch fortbestehen. So lässt sich z.B. der Jobverlust infolge einer depressiven Phase auch dann nicht so schnell kompensieren, wenn im Rahmen einer medikamentösen und therapeutischen Behandlung eine Stabilisierung und symptomfreie Zeit folgt. Ebenso kann bereits die Angst und Scham vor der (ziemlich sicher eintretenden) nächsten Erkrankungsperiode z.B. dazu führen, dass die Suche und Wahrnehmung gesellschaftlicher Kontakte zu Freunden und Familie auch in einer gesunden Phase nicht erheblich beeinträchtigt ist.

Nach all dem dürfte bei Eltern mit psychischer Erkrankung die Grundvoraussetzung des Vorliegens einer Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX in der Regel zu bejahen sein. 122

3.3.2 Wesentlichkeit der Behinderung

Damit der Elternteil mit psychischer Erkrankung einen Leistungsanspruch auf Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (bzw. § 99 SGB IX-2020) geltend machen kann, bedarf es darüber hinaus der Feststellung, dass bei ihm nicht nur eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, sondern diese zudem als „**wesentlich**“ anzusehen ist. Anders als im Rahmen der Diskussion um den mit § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX nicht kompatiblen Behinderungsbegriff des § 35a SGB VIII,¹⁶⁰ erscheint der – vorerst – beibehaltene spezifische Behinderungsbegriff in § 53 Abs. 1 SGB XII (bzw. § 99 SGB IX-2020) grundsätzlich weniger problematisch. Er koppelt den Leistungsanspruch zwar an eine noch restriktivere Voraussetzung (es reicht nicht nur eine „einfache“, sondern bedarf einer „wesentlichen“ Teilhabebeeinträchtigung“), legt jedoch den bewusst in Umsetzung der UN-BRK für alle Rehabilitationsträger neu gefassten Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX – insbesondere mit seiner Wechselwirkungsdimension des bio-psycho-sozialen Modells – zugrunde. 123

Gleichwohl ist im Rahmen des BTHG insbesondere auch um die Beibehaltung bzw. Modifizierung dieses Wesentlichkeitsmerkmals besonders gerungen worden. Ziel des Gesetzgebers war, dass der leistungsberechtigte Personenkreis mit der Neuregelung „nicht ausgeweitet und nicht eingeschränkt“, die Schwelle für die Leistungsberechtigung jedoch im Hinblick auf die ICF-Systematik neu definiert wird.¹⁶¹ Die ursprünglich im Entwurf enthaltene Regelung des § 99 SGB IX wurde heftig kritisiert, sodass in der Folge lediglich ein Konzept für die Neudefini- 124

¹⁶⁰ Vgl. Schönecker 2018, Rn. 3; a.A. offenbar jurisPK-SGB IX/Luthe 2018, § 2 SGB IX Rn. 15, 21 f.; Walhalla Fachredaktion 2018, 20.

¹⁶¹ BT-Drucks. 18/9522, 276.

tion des künftigen leistungsberechtigten Personenkreises verabschiedet wurde, wonach von einer leistungsbegründenden Teilhabeeinschränkung dann auszugehen ist, wenn die Ausführung von Aktivitäten – jeweils in Bezug auf die ICF-Lebensbereiche – entweder in einer größeren Anzahl nicht ohne persönliche oder technische Unterstützung oder hinsichtlich einer geringeren Anzahl der Bereiche selbst mit entsprechender Unterstützung nicht möglich ist (§ 99 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 SGB IX-2023). Diese Regelung soll jedoch zunächst modellhaft erprobt und bis zum 31.12.2021 evaluiert werden (vgl. Art. 25a Abs. 3 und 5 BTHG). Inzwischen liegt aus der Evaluation seit dem 13.9.2018 der „Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des BTHG (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe“¹⁶² vor. Danach wird deutlich, dass auch bei Anwendung verschiedener Varianten der Quantifizierung und Verrechnung der Lebensbereiche immer eine Restgruppe verbleibt, die ihre bisherige Leistungsberechtigung verlieren würde, wozu überdurchschnittlich häufig auch Menschen mit seelischer Behinderung oder Suchterkrankung zählen würden.¹⁶³ Zugleich zählen „Menschen mit Suchterkrankung“ zu den Personenkreisen, aus dem bisher Nicht-Leistungsberechtigte eine Leistungsberechtigung erhalten würden.¹⁶⁴ Die Weiterentwicklung dieser Diskussion und mögliche gesetzliche Folgeänderungen sollten daher insbesondere auch für den vorliegenden Kontext gut im Blick behalten werden.

Aktuell und bis Ende 2022 ist jedoch noch die derzeitige Rechtslage maßgeblich (vgl. § 99 SGB IX-2020). Hiernach ist für die Beurteilung der Wesentlichkeit zunächst auf die Regelungen der – ebenfalls noch bis 31.12.2022 fortbestehenden bzw. -wirkenden – Eingliederungshilfeverordnung (EinglhVO) zurückzugreifen. Dort findet sich in § 3 EinglhVO mit Blick auf „seelisch wesentlich behinderte Menschen“ folgende Definition:

„Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge haben können, sind

1. körperlich nicht begründbare Psychosen
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
3. Suchtkrankheiten
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“

Diese Liste relevanter seelischer Erkrankungen gilt grundsätzlich als abschließender Katalog,¹⁶⁵ beinhaltet jedoch eine „nahezu umfassende Aufzählung“ der psychiatrischen Krankheitsgrup-

¹⁶² BT-Drucks. 19/4500.

¹⁶³ BT-Drucks. 19/4500, 78, 81.

¹⁶⁴ BT-Drucks. 19/4500, 64 f., 80.

¹⁶⁵ Bieritz-Harder et al./Bieritz Harder 2018, § 53 SGB XII Rn. 15.

pen,¹⁶⁶ sodass eine nach ICD-10 bzw. DSM-V diagnostizierte psychische Störung regelmäßig auch eine i.S.d. § 3 Nr. 1 bis 4 EinglHVO relevante sein dürfte.

Allerdings gilt im Weiteren zu beachten, dass für die Bejahung der Wesentlichkeit auch dann noch eine individuelle Prüfung vorzunehmen ist, inwiefern die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erheblich eingeschränkt ist. Entscheidend ist somit nicht die Stärke der Beeinträchtigung als solche bzw. der Umfang eines Funktionsdefizits, sondern die Auswirkung der Beeinträchtigung auf die Teilhabemöglichkeit. Dies richtet sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls und hängt deshalb von sehr unterschiedlichen, durch die individuelle Behinderung geprägten Umständen ab.¹⁶⁷

Im Rahmen des erwähnten Abschlussberichts zur Evaluation¹⁶⁸ wurde eine Rechtsprechungsanalyse (seit 1975) zur Anwendung und Beurteilung des Merkmals der Wesentlichkeit durchgeführt. In der zusammenfassenden Auswertung wird zunächst darauf hingewiesen, dass sich überhaupt nur wenige Gerichtsentscheidungen finden ließen, die das Merkmal der Wesentlichkeit problematisierten. Von diesen wenigen betrafen allerdings auffällig viele die Leistungsberechtigung suchtkranker und seelisch behinderter Erwachsener. Insgesamt waren jedoch offenbar nur wenige Orientierungspunkte zu erkennen. So könne aus der Entscheidung des BSG,¹⁶⁹ das für die Bejahung der Wesentlichkeit im Falle einer Alkoholerkrankung des Klägers bereits im Falle erheblicher Einschränkungen im Teilhabebereich „interpersonale Interaktionen und soziale Beziehungen“ genügen ließ, abgeleitet werden, dass auch ein vergleichsweise geringer Hilfebedarf in wenigen Lebensbereichen als ausreichend angesehen werden kann.¹⁷⁰ Im Übrigen sei zu konstatieren, dass bei den Leistungen für Suchtkranke und andere seelisch behinderte Menschen in den Entscheidungen durchaus auf „umfassende Schwierigkeiten der Alltagsbewältigung eingegangen“ wird, die allerdings nicht immer differenziert auf die einzelnen Lebensbereiche bezogen werden.¹⁷¹

¹⁶⁶ So ausdrücklich und mit näherer Listung und jeweiliger Zuordnung der einzelnen psychischen Störungen BAGÜS 2009, Rn. 5.3.

¹⁶⁷ BSG 30.6.2016 – B 8 SO 7/15 R; BSG 22.3.2013 – B 8 SO 30/10 R; BSG 15.11.2012 – B 8 SO 10/11 R; LSG BW 29.6.2017 – L 7 SO 1680/15.

¹⁶⁸ BT-Drucks. 19/4500.

¹⁶⁹ 13.7.2017 – B 8 SO 1/16 R.

¹⁷⁰ BT-Drucks. 19/4500, 72.

¹⁷¹ BT-Drucks. 19/4500, 72.

In der „Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SG XII i.V.m. EinglVO“ der BAGÜS¹⁷² finden sich zur Feststellung der Wesentlichkeit seelischer Behinderungen u.a. folgende Hinweise: 128

„Zur Klärung der Teilhabefähigkeit kann [...] auch die Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) der DSM IV Hinweise zur Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit geben [Die GAF-Skala wird von den gesetzlichen Krankenkassen bei der Indikationsstellung für die Sozialtherapie verwendet]. Auf einer Skala von 0-100 werden Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau eingeschätzt. Ein GAF-Wert ≤ 50 ist ein deutlicher Hinweis für eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Die ausschließliche Bewertung auf der Grundlage der GAF-Skala ist aber nicht ausreichend.

Hinweise für die Beurteilung der Einschränkung der Teilhabefähigkeit können auch Brüche im Lebenslauf geben (Leistungsknick, kein Erreichen eines Schulabschlusses trotz entsprechender Begabung, misslungene berufliche Integration, Verlust sozialer Bezüge in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis, Frühverrentung, viele und lange stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie).

Bei den unter Rn. 5.3.1 bis 5.3.4 genannten Erkrankungen [= Schizophrenien, schizotype und wahnhaft Störungen einschließl. schizoaffektive Störungen; Anhaltende affektive Störungen] sind Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheitsepisoden sowie der Effekt von psychiatrischer Behandlung zu berücksichtigen.“

Wenngleich diese Hinweise vor dem Hintergrund der hier fehlenden Wechselwirkungsdimension des neuen § 2 SGB IX überarbeitungsbedürftig erscheinen, dürften sie insbesondere mit ihren Empfehlungen zur Bezugnahme auf die GAF-Skala der Krankenkassen und der Beurteilung von periodenhaft auftretenden psychischen Erkrankungen (Häufigkeit, Dauer, Schwere der Episoden und Effekt psychiatrischer Behandlung) doch noch wichtige Orientierungspunkte für die fallverantwortlichen Fachkräfte in der Eingliederungshilfe darstellen. 129

3.3.3 Schlussfolgerungen zur Leistungsberechtigung nach SGB XII/SGB IX psychisch kranker Eltern

Die Begründung der Berechtigung zum Erhalt von Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 f. SGB XII erfordert den Nachweis, dass über das – regelmäßig unschwer zu bejahende – Vorliegen einer Behinderung gemäß § 2 SGB IX hinaus, die festgestellte Teilhabebeeinträchtigung als „wesentlich“ einzuschätzen ist. Während diesem Merkmal offenbar grundsätzlich wenig relevante Bedeutung beigemessen wird, kann es für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. Suchterkrankung indes häufiger dazu kommen, dass die „Wesentlichkeit“ und damit die Leistungsberechtigung verneint wird. Besonders betroffen dürften hiervon Personen 130

¹⁷² BAGÜS, 2009.

mit einer psychischen Erkrankung sein, die periodenhaft auftritt und bei denen in den symptomlosen Phasen das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung ganz oder zumindest hinsichtlich ihrer Wesentlichkeit verneint wird. Handelt es sich jedoch um eine Erkrankung, die regelmäßig wiederkehrend, über einzelne Tage hinaus und in ihren Ausprägungen so beträchtlich ist, dass ein Lebensbereich massiv (z.B. misslingende berufliche Integration) oder mehrere Lebensbereiche zumindest erheblich betroffen sind, wäre eine Ablehnung des Wesentlichkeitsmerkmals rechtlich fragwürdig.

3.4 Folge: Anspruch auf Gewährung von Teilhabeleistungen

Liegen die Leistungsvoraussetzungen des § 53 SGB XII (bzw. § 99 SGB IX) vor, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Gewährung entsprechender Eingliederungshilfen. Bis zur Überführung derselben in den 2. Teil des SGB IX am 1.1.2020, werden diese inhaltlich noch durch die Regelungen der §§ 54 ff SGB XII i.V.m. §§ 26, 55 SGB IX-2017 [!] bestimmt. Danach können diese grundsätzlich beinhalten:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z.B. Psychotherapie (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX-2017), wobei hierfür aufgrund der Vorrangigkeit der Kranken- und Rentenversicherung für die Eingliederungshilfeträger wenig Anwendungsraum verbleiben dürfte (zu den Leistungen der Kranken-/Rentenversicherung unten 5.1);
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 140 SGB XII-2018; § 111 SGB IX-2020), wobei hier vorrangig die Bundesagentur für Arbeit verpflichtet ist und daher die Leistungsverantwortung der Eingliederungshilfeträger selten zum Tragen kommt;
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe, z.B. Verselbstständigungshilfen im Bereich Wohnen (§ 54 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX-2017).

Dabei ist zu beachten, dass es sich – mit Ausnahme der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 140 SGB XII-2019; § 111 SGB IX-2020) – jeweils um offene Leistungskataloge handelt („insbesondere“), sodass grundsätzlich auch andere, nicht ausdrücklich benannte Leistungen in Betracht kommen, sofern sie als notwendig und geeignet anzusehen sind, die Aufgabe der Eingliederungshilfe zu erfüllen. Entsprechend § 53 Abs. 3 SGB XII beinhaltet dies, dem behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Ab dem 1.1.2020 sind die entsprechenden Leistungsgruppen der Eingliederungshilfe dann im SGB IX Teil 2 ausdrücklich kapitelweise aufgeführt (Kap. 3: Medizinische Rehabilitation,

Kap. 4: Teilhabe am Arbeitsleben; Kap. 5: Teilhabe an Bildung; Kap. 6: Soziale Teilhabe) und verweisen ihrerseits wiederum in einzelne Vorschriften des SGB IX Teil1, in denen die Leistungsgruppen rehabilitationsträgerübergreifend ausgestaltet sind.

3.5 Besondere (ambulante) Teilhabeleistung: „Unterstützte Elternschaft“ (§ 78 SGB IX)

3.5.1 Einfache Assistenz (Elternassistenz) und qualifizierte Assistenz (begleitete Elternschaft)

Der BTHG-Gesetzgeber hat, wie dargelegt (s. oben 3.2), an mehreren Stellen deutlich gemacht, dass er Bedarfslagen von Eltern mit Behinderung als relevante Teilhabeaspekte anerkennt. Die explizite Regelung zur Unterstützung von Eltern mit Behinderung nach § 78 Abs. 3 SGB IX greift zwar für die Eingliederungshilfe ausdrücklich erst zum 1.1.2020. Aufgrund der Tatsache, dass es sich – insbesondere auch nach dem Verständnis des Gesetzgebers selbst¹⁷³ – um eine klarstellende, lediglich rechtssichernde Regelung handelt, sind jedoch die Eingliederungshilfeträger bereits jetzt gehalten, diese im Rahmen ihrer Gewährungspraxis mit einzubeziehen.

Auch wenn es sich in der Sache nicht um neue Leistungen handelt, so dürften die Assistenzleistungen allein durch ihre Fassung in dem eigenen Leistungstatbestand des § 78 SGB IX – sowohl bei den Leistungsträgern als auch insbesondere bei den Hilfeberechtigten – zukünftig eine neue, gesteigerte Aufmerksamkeit erfahren.¹⁷⁴ Danach sollen Assistenzleistungen der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung dienen (§ 78 Abs. 1 S. 1 SGB IX) und umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Dabei kann die inhaltliche Ausgestaltung der konkreten Assistenz zum einen die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie Begleitung der Leistungsberechtigten beinhalten (§ 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB IX, sog. „einfache“ Assistenz¹⁷⁵), zum anderen aber auch die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung (§ 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB IX, sog. „qualifizierte“ Assistenz). Bei letzteren spricht

¹⁷³ BT-Drucks. 18/9522, 262.

¹⁷⁴ Zum Bedarf nach Entlastung durch Elternassistenz siehe etwa Fallvignette 3.

¹⁷⁵ Von Boetticher 2018, Rn. 277.

die Gesetzesbegründung insofern auch von pädagogischen und psychosozialen Leistungen,¹⁷⁶ die – so die ausdrückliche gesetzliche Vorgabe in § 78 Abs. 2 S. 3 SGB IX – von Fachkräften zu erbringen sind.

Hinsichtlich der hier interessierenden Unterstützung von Eltern mit Behinderung heißt es indes in § 78 Abs. 3 SGB IX schlicht: 139

„Die Leistungen für Assistenz nach Absatz 1 umfassen auch Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder.“

Nähergehende Differenzierungen lassen sich jedoch der Gesetzesbegründung entnehmen. Auch diese nimmt Bezug auf die inzwischen wohl recht gängige Unterscheidung zwischen Elternassistenz und begleitete Elternschaft (vgl. oben 3.2):¹⁷⁷ 140

- *Elternassistenz* als „einfache“ Assistenzleistungen im Sinne von „rein physischer Unterstützung“¹⁷⁸ für Eltern mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen (gemäß § 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB IX) und
- die Leistungen der *begleiteten Elternschaft* als „qualifizierte“ Assistenz im Sinne von „pädagogischer Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle“¹⁷⁹ (gemäß § 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB IX).

Auch wenn die Vermutung nahe liegt, den Schwerpunkt des Hilfebedarfs von Eltern mit psychischer Erkrankung eher bei den Leistungen der begleiteten Elternschaft, d.h. der „qualifizierten“ Assistenz, zu verorten, dürfte die Grenzlinie zwischen beiden Assistenzarten gerade auch hier verschwimmen,¹⁸⁰ häufig dürften wohl auch Kombinationen beider Hilfeformen notwendig sein. So kann bspw. die depressive Mutter nicht nur einen Hilfebedarf nach psychosozialer Begleitung in ihrer Elternrolle haben (z.B. bei der Unterstützung, soziale Bezüge für die Familie nicht zu verlieren), sondern vor allem auch einen ganz „handfesten“ Bedarf an alltagspraktischer Unterstützung im Haushalt und bei der Alltagsbewältigung als Eltern(teil) (z.B. Assistenz beim Kochen, Wäschewaschen, Putzen, aber auch Begleitung des Kindes zu Arzt- oder Freizeitterminen). Andere Eltern bedürfen wiederum vielleicht „nur“ der Unterstützung im Sinne der begleiteten Elternschaft, weil sie ihren Alltag soweit ganz gut bewältigen, aber doch der pädagogischen Unterstützung in ihrer Elternrolle benötigen (z.B. hinsicht- 141

¹⁷⁶ BT-Drucks. 18/9522, 262.

¹⁷⁷ BT-Drucks. 18/9522, 262; vgl. auch Michel et al. 2017, 36.

¹⁷⁸ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 281.

¹⁷⁹ BT-Drucks. 18/9522, 262.

¹⁸⁰ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 282.

lich ihrer Aufmerksamkeit für die kindlichen Bedürfnisse). Wiederum andere Eltern sind trotz ihrer psychischen Erkrankung sehr kompetent in der Wahrnehmung ihrer erzieherischen Verantwortung gegenüber ihrem Kind, vielleicht durch „qualifizierte“ Assistenz auch zunächst entsprechend gestärkt worden, benötigen aber zur Entlastung bzw. Stabilisierung zumindest (noch) der „einfachen“ Assistenz im Haushalt.

Nach den gesetzlichen Regelungen sowie ihrer Begründungen erscheint eine entsprechende Gewährung von Eingliederungshilfen im Sinne solcher individuell benötigter Assistenzhilfen somit grundsätzlich unproblematisch. Aufgrund der in der Eingliederungshilfe grundsätzlich nur einkommens- und vermögensabhängigen Gewährung dieser Leistungen dürfte es jedoch nur selten zur Realisierung dieses Anspruchs kommen (zu dieser Problematik unten 3.6.2).

142

3.5.2 Problem: Verbot von Dritt-Leistungen

Der Verwirklichung des gesetzlich normierten Rechtsanspruchs auf die ambulante Leistung der Elternassistenz stand in der Vergangenheit in der Eingliederungshilfe ein grundsätzliches Problem entgegen. Nachdrücklich gestützt von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)¹⁸¹ gilt in der Eingliederungshilfe der Grundsatz, dass es sich bei der Eingliederungshilfeleistung nicht um eine sog. „Dritt-Leistung“ handeln darf, es sei denn, es ist ausdrücklich etwas Anderes im Gesetz geregelt. Die jeweilige Hilfe darf somit grundsätzlich nur auf die Eingliederung des behinderten Menschen selbst und seine behinderungsbedingten Einschränkungen zielen, nicht aber auf dritte Personen und deren Hilfebedarfe. Besonders eindrücklich wurde dieser Grundsatz vom LSG Baden-Württemberg in seiner Entscheidung vom 18.7.2013¹⁸² auf die Spitze getrieben. Dieses hatte die Übernahme der Kosten für einen Gebärdensprachkurs für die Eltern eines hörbehinderten Kindes abgelehnt, da dieser eine Leistung für die (nicht-behinderten) Eltern beinhalte; das Gericht verkennt hierbei, dass die Möglichkeit einer Verständigung mit seinen Eltern mit zu den zentralsten Teilhabebedarfen eines Kindes überhaupt zählt und es sich daher gerade hier nicht um eine echte Dritt-Leistung handelt, sondern eine Teilhabeleistung für das Kind selbst.¹⁸³

143

¹⁸¹ BSG 24.3.2009 – B 8 SO 29/07 R, JAmt 2009, 623.

¹⁸² LSG BW 18.7.2013 – L 7 SO 4642/12,

¹⁸³ Mit ausführlicher, kritischer Auseinandersetzung DIJuF JAmt 2015, 87.

Vor dem Hintergrund des mit dem BTHG nunmehr neu eingeführten Behinderungsbegriffs mit seiner Wechselwirkungsdimension, im Rahmen derer vor allem auch die Kontextfaktoren des betroffenen Menschen mit seiner Beeinträchtigung für die Prüfung seiner Teilhabebeeinträchtigung in den Blick genommen werden (vgl. oben 3.3.1), ist mit Spannung zu beobachten, ob dieser Grundsatz der strikten Hilfefokussierung allein auf den behinderten Menschen auch zukünftig aufrechterhalten wird. Nach hier vertretener Auffassung legt eine konsequente Umsetzung des bio-psychozialen Modells von Behinderung jedenfalls etwas Anderes nahe. Im Zuge des gewandelten, auch an den konkreten Lebensbedingungen des jeweiligen Menschen ansetzenden Verständnisses von Behinderung wäre eine systemische Weitung nicht nur im Rahmen der Bedarfsermittlung, sondern in der Folge auch bezüglich des Hilfespektrums konsequent.

144

Demgegenüber hat der Gesetzgeber mehrfach und auch im Kontext der Leistungen der unterstützten Elternschaft betont, dass mit der Reform der Eingliederungshilfe grundsätzlich keine Leistungsausweitungen verbunden sein sollten.¹⁸⁴ Ob die Rechtsprechung vor dem Hintergrund des erweiterten Begriffsverständnisses an dem von ihr aufgestellten Grundsatz des Verbots der sog. „Dritt-Leistung“ auch weiterhin festhalten wird, bleibt abzuwarten. Mit der ausdrücklichen gesetzgeberischen Erklärung nicht intendierter Leistungsausweitungen müssten sich die Gerichte im Rahmen ihrer Auslegung jedenfalls dezidiert auseinandersetzen. Mit der ausdrücklichen Regelung der „unterstützten Elternschaft“ in § 78 Abs. 3 SGB IX dürfte jedenfalls nach hier vertretener Auffassung nunmehr eine ausdrückliche anderweitige gesetzliche Regelung vorhanden sein, aufgrund derer – so die Argumentation des BSG¹⁸⁵ (s. oben) – eine Ausnahme vom Verbot der Dritteleistung zulässig ist. Über die Bezugnahme auf Elternschaft erhält die Leistung eine familiensystemische Komponente. Die Wahrnehmung der Elternrolle beinhaltet immanent die Betreuung, Fürsorge, Erziehung des Kindes, also das Sich-Kümmern um einen Dritten. Entsprechenden Assistenzleistungen zur Unterstützung in dieser Elternrolle gemäß § 78 Abs. 3 SGB IX sind somit konstitutiv durch Tätigkeiten im Eltern-Kind-Verhältnis geprägt. Die Leistung ist explizit und unmittelbar auf die Interaktion zwischen Elternteil und Kind gerichtet. Somit werden entsprechende Unterstützungsleistungen auch gegenüber dem Kind erbracht und sind in diesem Sinne Dritt-Leistungen als Bestandteil des Hilfeanspruchs für den Elternteil mit Behinderung. Durch die ausdrückliche gesetzliche Normierung als mögliche Leistungsinhalte der Eingliederungshilfe, wären sie daher – spätestens ab ihrer Geltung für die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 – von diesem Grundsatz des Verbots

145

¹⁸⁴ BT-Drucks. 18/9522, 263.

¹⁸⁵ BSG 24.3.2009 – B 8 SO 29/07 R, JAmt 2009, 623.

von sog. „Dritt-Leistungen“ ausgenommen (zum Problem der einkommens- und vermögens-abhängigen Gewährung s. unten 3.6.2).

3.5.3 Bedeutung des Fachkraftefordernisses

Für die „qualifizierte“ Assistenz – im hiesigen Kontext also für die Leistungen der „begleiteten Elternschaft“ – macht § 78 Abs. 2 S. 2 SGB IX die Vorgabe, dass diese nur von einer „Fachkraft“ erbracht werden darf. Nähere Konkretisierungen hierzu enthält das Gesetz an dieser Stelle zwar nicht. In der Gesetzesbegründung zu § 124 SGB IX, welche Anforderungen an die Eignung von Leistungserbringer*innen bestehen, sind jedoch wichtige Orientierungspunkte enthalten.¹⁸⁶

146

„Die Regelung zur Anforderung an das Personal berücksichtigt, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe von unterschiedlicher Zielrichtung und damit einhergehend auch unterschiedlich in der konkreten Ausführung sein können. Dies kommt insbesondere bei den Leistungen zur Assistenz zum Ausdruck, bei denen differenziert wird zwischen einer Assistenz, die sich auf die stellvertretende Übernahme von Handlungen und die Begleitung des Leistungsberechtigten beschränkt und der qualifizierten Assistenz, die auf die Befähigung des Leistungsberechtigten zur eigenständigen Alltagsbewältigung gerichtet ist. Leistungen zur Übernahme von Handlungen und der Begleitung können von einem **(angelernten) Mitarbeiter ohne berufsspezifische Ausbildung** erbracht werden. Um das Ziel der Eingliederungshilfe zu erreichen, muss er jedoch auf Grund seiner Persönlichkeit zur Leistungserbringung geeignet sein und über die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten verfügen. (...) Die Fachkräfte müssen zusätzlich eine **berufsspezifische Ausbildung** abgeschlossen und **gegebenenfalls Zusatzqualifikationen** haben. Im Hinblick auf die Heterogenität der Leistungsangebote der einzelnen Leistungserbringer wird jeweils im Einzelfall zu beurteilen sein, über welche berufsspezifische Ausbildung und Zusatzqualifikationen die Fachkraft verfügen muss. Für die Durchführung der qualifizierten Assistenz ist in der Regel eine einschlägige Ausbildung im pädagogischen, psychosozialen, psychiatrischen oder therapeutischen Bereich erforderlich.“

In der Konsequenz bedeutet dies, dass im Falle eines Hilfebedarfs auf Leistungen der begleiteten Elternschaft diese nur von einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft erbracht werden dürfen, ggf. sogar eine entsprechende Zusatzqualifikation erforderlich ist (z.B. Stärkung von Elternkompetenzen bei suchtkranken Eltern). Ist eine solche Fachkraft für die Leistungen der begleiteten Elternschaft eingesetzt, darf sie grundsätzlich auch Leistungen der „einfachen“ Elternassistenz i.S.d. alltagspraktischen Unterstützung erbringen, wenngleich sich bei einer solchen Kombination häufig die Problematik der fachkraftgerechten Vergütung für „einfache“ unterstützende Tätigkeiten (Einkauf, Putzen, Waschen, etc.) ergeben dürfte. Assis-

147

¹⁸⁶ BT-Drucks. 18/9522, 295.

tenzkräfte ohne spezifische Ausbildung können hingegen nur für Hilfebedarfe „einfacher“ Elternassistenz eingesetzt werden.

Relevant erscheinen diese rechtlichen Vorgaben auch für die immer mal wieder praktizierten Patenschaften zur Begleitung von Familien mit psychisch kranken Eltern(teilen).¹⁸⁷ Zielen diese allein auf die Begleitung und Stärkung des Kindes, fallen sie mangels Leistung für den behinderten Elternteil von vornherein aus dem möglichen Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe. Beinhaltet das jeweilige Unterstützungsmodell jedoch (auch) die Perspektive der Unterstützung/Entlastung des Elternteils, können die Tätigkeiten der Pat*innen dann als mögliche Leistungen nach § 78 Abs. 3 SGB IX eingeordnet werden, sofern diese sich allein auf „einfache“ Assistenz-Bedarfe erstrecken. Diese sind grundsätzlich sehr vielfältig vorstellbar, wie z.B. die Unterstützung im Haushalt, Hausaufgabenhilfe, Einkaufen, Begleitung des Kindes zu Terminen, etc. Aufgaben im Sinne von psycho-sozialer Begleitung, Anleitungen und pädagogischer Unterstützung der Eltern in ihrer Elternrolle dürfen Pat*innen – sofern sie nicht ausnahmsweise über eine entsprechende Fachkraft-Ausbildung verfügen – jedoch nicht übernehmen.

148

3.6 Zugang zu Leistungen¹⁸⁸

3.6.1 Standardisierte Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)

Mit dem Ziel der Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit gibt § 13 SGB IX seit dem 1.1.2018 für alle Rehabilitationsträger verbindlich vor, dass die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach möglichst einheitlichen Maßstäben stattfinden soll.¹⁸⁹ Dies soll nicht nur der Sicherung der Anschlussfähigkeit zur Förderung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit dienen. Die Gewährleistung einer individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung sowie die Sicherung der Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung (vgl. § 13 Abs. 2 S. 1 SGB IX) verbessern auch die Rechtssicherheit für die Leistungsberechtigten, in vergleichbaren Bedarfssituationen vergleichbare Leistungen zu erhalten. Die bis dato unregelmäßige Leistungsgewährungspraxis wurde von den Hilfeberechtigten der Eingliederungshilfe jedenfalls nicht selten als stark willkürlich und unnachvollziehbar erlebt und kritisiert.

149

150

¹⁸⁷ Siehe die Fallvignetten 15, 28 und 29.

¹⁸⁸ Der Abschnitt 2.3 befasst sich mit den Fragen A., A.8-9, A.11, A.21 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

¹⁸⁹ BT-Drucks. 18/9522, 232.

Auch wenn grundsätzlich das für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltende Leistungsgesetz weitergehende oder speziellere Vorgaben treffen kann, gibt § 13 SGB IX somit die trägerübergreifenden Mindestanforderungen an die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs vor; dieser ist anhand „systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel“ (beides übergeordnet vom Gesetz als „Instrumente“ bezeichnet) vorzunehmen.¹⁹⁰ Hierfür sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen zu den „Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung“ einen entsprechenden Rahmen zu erarbeiten (§ 13 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX). Mit dem seitens der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgelegten Arbeitsentwurf „Gemeinsame Reha-Prozess“ (vgl. oben 3.1) liegen bereits recht konkrete Orientierungspunkte hierfür vor. So heißt es z.B. in § 36 – Anforderungen an die Bedarfsermittlung:

„(2) **Individuelle** Bedarfsermittlung und -feststellung bedeutet insbesondere, dass die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen den Ausgangspunkt der Ermittlung darstellen. Im weiteren Verlauf hängen die Entscheidungen, in welchen Bereichen in welcher Abfolge wie weitgehend ermittelt wird, ebenfalls von der individuellen Situation ab. Dabei sind die Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Ziele des Leistungsberechtigten zu ermitteln und einzubeziehen.

(3) **Funktionsbezogen** ist die Bedarfsermittlung und -feststellung, wenn sie unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO erfolgt und sich dabei an der ICF orientiert. Dies beinhaltet die Erhebung aller erforderlichen Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, Beeinträchtigungen Aktivitäten und Teilhabe) in verschiedenen Lebensbereichen sowie die im Einzelfall bedeutsamen Kontextfaktoren und die Beachtung der Wechselwirkungen untereinander.

Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger **Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen** zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z.B. in Beratungs- und Befundgesprächen an [...]“

Für die Träger der Eingliederungshilfe ist allerdings zu beachten, dass der Gesetzgeber in § 142 Abs. 1 SGB XII (bzw. ab 1.1.2020 in § 118 Abs. 1 SGB IX) ausdrücklich eine Muss-Verpflichtung aufgenommen hat, die Ermittlung des individuellen Bedarfs durch ein ICF-orientiertes Instrument vorzunehmen und darüber hinaus die jeweiligen Landesregierungen ermächtigt sind, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen (§ 142 Abs. 2 SGB XII-2018; § 118 Abs. 2 SGB IX).¹⁵¹

Im Übrigen ist zu beachten, dass der BTHG-Gesetzgeber unter die Bedarfsermittlung offenbar nicht nur die Feststellungen zum Vorliegen einer Behinderung und deren Auswirkungen auf die Teilhabe fasst. § 13 Abs. 2 SGB IX, der die Mindestinhalte der Dokumentation¹⁵²

¹⁹⁰ Ausführlich hierzu Fuchs 2018.

vorgibt, verdeutlicht vielmehr, dass für ihn auch die Erfassung der Teilhabeziele sowie die prognostisch erfolgreichen Leistungen dazu gehören; d.h. im Rahmen dieser „Bedarfsermittlung“ finden bereits wesentliche Planungsprozesse statt. Umgekehrt gesprochen: Die Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX ist notwendiger Bestandteil der Gesamtplanung (§§ 141 ff. SGB XII-2018 bzw. §§ 117 ff. SGB IX) und ggf. der Teilhabeplanung nach §§ 19 f. SGB IX (zu beidem noch genauer unter 8.2.2).¹⁹¹

Für den hier relevanten Hilfekontext Eingliederungshilfen für psychisch kranke Eltern lassen sich aus diesen Vorgaben insbesondere drei Schlüsse ziehen: 153

- Die betroffenen Eltern und ihre Begleiter*innen müssen sich zunächst auf ein umfangreicheres Verfahren – Diagnostik, Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung, Planung von Zielen und Leistungen – einstellen. Hierfür bestehen zwar restriktive Fristvorgaben für Prüfung, Planung und Entscheidung (§§ 14, 15 SGB IX), die den Leistungsberechtigten zu schnellen Leistungsgewährungen verhelfen sollen. Gleichwohl kann dies – gerade auch in einer akuten psychischen Krise – die Hilfeberechtigten zusätzlich belasten. 154
- Mit der Verpflichtung der Eingliederungshilfeträger zur ICF-Orientierung erscheint vorstellbar, dass sowohl in die Bedarfsermittlung als auch die Planung der Teilhabeziele und -leistungen perspektivisch auch eine familiensystemische Perspektive mit einfließt und auch eingefordert werden kann. Aufgrund der bislang weitgehend ungeübten Praxis und den vielen Neuansforderungen, denen sich die Fachkräfte der Eingliederungshilfe aufgrund der BTHG-Neuregelungen gegenübersehen, dürfte jedoch eine schnelle Umsetzung kaum zu erwarten sein. 155
- Zwar ist in § 120 Abs. 4 SGB IX die Möglichkeit eröffnet, im Eilfall Leistungen auch vor Beginn der Gesamtplankonferenz vorläufig zu erbringen oder ggf. vom grundsätzlich bestehenden Antragserfordernis abzusehen (§ 108 Abs. 2 SGB IX). Die gesetzliche Vorgabe und Erwartung, dass einer Leistungsgewährung jedoch grundsätzlich eine standardisierte Bedarfsermittlung vorauszugehen hat, dürfte in der Praxis einer Eröffnung und Gestaltung niedrigschwelliger Zugänge nach geltender Rechtslage ohne ausdrückliche Erwähnung einer Alternative zum Verfahren nach §§ 13 ff. SGB IX häufig entgegenstehen. 156

¹⁹¹ Fuchs 2018, 5.

3.6.2 Problem: Kostenbeteiligung für ambulante Leistungen

Auf dem Weg zur Inanspruchnahme von ambulanten Eingliederungshilfen – hier insbesondere von Leistungen der unterstützten Elternschaft (§ 78 Abs. 3 SGB IX) – müssen die Leistungsberechtigten nicht selten eine massive Hürde überwinden. Anders als im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) werden im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht nur teil- und vollstationäre, sondern auch ambulante Leistungen grundsätzlich nur einkommens- und vermögensabhängig gewährt (§ 19 Abs. 3 SGB XII), d.h. abhängig von der jeweiligen finanziellen Situation der leistungsberechtigten Person.¹⁹² Dieser Grundsatz wird sich auch durch die ab 1.1.2020 geltenden Neuregelungen des BTHG nicht ändern (vgl. §§ 135 ff. SGB IX-2020). Hier- von sind in § 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 1-8 SGB XII zwar einige Leistungen ausdrücklich ausgenommen (sog. privilegierte Leistungen). Für sie wird ein Einsatz von Vermögen gar nicht und der Einsatz von Einkommen lediglich mit Blick auf die Kosten des Lebensunterhalts beschränkt gefordert (§ 92 Abs. 2 S. 1 und S. 2 SGB XII). Zu diesen privilegierten Leistungen gehören z.B. solche der Frühförderung und der Teilhabe an Bildung, Leistungen zur medizinischen oder auch zur beruflichen Rehabilitation, letztlich solche, die der Gesetzgeber als so zentral gewertet hat, dass er der staatlichen Gemeinschaft hierfür – im Verhältnis zur sonst auch in der Eingliederungshilfe geltenden Selbsthilfe – eine höhere finanzielle Verantwortung auferlegt.¹⁹³ Auch die Neuregelungen des BTHG haben diese Ausnahmetatbestände zwar – sprachlich und verweisungstechnisch angepasst – übernommen, aber nicht ausgeweitet.

Grundsätzlich kann es zwar sein, dass sich auch Eltern mit psychischen Behinderungen auf einen Privilegierungstatbestand berufen können (z.B. im Kontext einer medizinischen oder beruflichen Teilhabeleistung), jedoch kommt das von vornherein nicht für die hier im Fokus stehenden Leistungen der unterstützten Elternschaft in Frage. Vielmehr unterfallen sämtliche Leistungen der sozialen Teilhabe für erwachsene Menschen dem o.g. Grundsatz, d.h. der einkommens- und vermögensabhängigen Leistungsgewährung. Hierfür gilt noch bis zum 31.12.2019, dass grundsätzlich das gesamte verwertbare Vermögen einzusetzen ist (§ 90 SGB XII) und sich die Heranziehung aus dem Einkommen nach der Zumutbarkeit richtet (§§ 85 ff. SGB XII). Dafür wird zunächst das berücksichtigungsfähige Einkommen der einsatzpflichtigen Personen ermittelt und berechnet (§§ 82 ff. SGB XII), welches anschließend bis zur Zumutbarkeitsgrenze (§ 85 SGB XII) in „angemessenem Umfang“ herangezogen wird (§ 87

¹⁹² Ausführlich hierzu, insbesondere auch im Vergleich zu den SGB VIII-Regelungen: Schindler 2011.

¹⁹³ Schindler 2011, 19.

SGB XII).¹⁹⁴ Zur genauen Bestimmung der Höhe hat der Gesetzgeber den Eingliederungshilfeträgern somit einen Beurteilungsspielraum eröffnet, der letztlich von 50 bis 100%iger Heranziehung des Einkommens zu den Kosten der Leistung reichen kann.¹⁹⁵

Ab 1.1.2020 gilt dann zwar eine neue Eigenbeitrags-Systematik, im Rahmen derer insbesondere erzielt Einkommen in der Regel zu einem geringeren Teil als jetzt eingesetzt werden muss und vor allem auch ggf. vorhandenes Partnereinkommen weitgehend unberücksichtigt bleibt.¹⁹⁶ Es bleibt jedoch zu konstatieren, dass die Kostenbeitragspflicht derzeit wie zukünftig eine erhebliche Hürde für die Inanspruchnahme von Assistenzleistungen zur unterstützten Elternschaft darstellt.

3.7 Früherkennung von Bedarfen

Mit dem BTHG wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen der Information und Aufklärung auch jenseits des konkreten Einzelfalls sicherzustellen, dass sie Teilhabebedarfe frühzeitig erkennen und in der Folge auf eine entsprechende Antragstellung der Leistungsberechtigten hinwirken (§ 12 SGB IX).¹⁹⁷ Wichtig ist, dass hierbei der Bedarf in seiner Gesamtheit gemeint ist und nicht nur begrenzt auf die jeweils geltenden Leistungsgesetze. Dementsprechend sind Verfahren, Abläufe und Auskünfte als rechts- und pflichtwidrig anzusehen, die dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise widersprechen (z.B. Antragsformular, in dem der Eindruck eines Ausschlusses für eine bestimmte Teilhabeleistung erweckt wird, da dieser Leistungsträger hierfür nicht zuständig ist).¹⁹⁸ Gemäß § 12 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB IX sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, den Leistungsberechtigten entsprechende Informationsangebote bereitzustellen bzw. über solche zu informieren (z.B. über die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, § 32 Abs. 2 S. 2 SGB IX).

Die Träger der Eingliederungshilfe trifft zudem die besondere Verpflichtung zur Beratung und Unterstützung der Leistungsberechtigten gem. § 106 SGB IX, auf deren Wunsch auch im Beisein einer Person ihres Vertrauens. Dabei beinhalten die Beratungsaufgaben ausdrücklich nicht nur die Leistungen der Eingliederungshilfe sowie die anderer Leistungsträger, sondern

¹⁹⁴ Auch mit Beispielen und konkreten Berechnungen – wenn auch mit Blick auf Leistungen für Kinder mit Behinderungen – ausführlich Schindler 2011, 16 ff.

¹⁹⁵ Bieritz-Harder et al./Schoch 2018 § 87 Rn. 29, der eine häufig vorkommende Pauschalierung (z.B. 80 %) ohne Berücksichtigung der Einzelfallumstände moniert.

¹⁹⁶ Genauer hierzu von Boetticher 2018, § 4 Rn. 154 ff.

¹⁹⁷ BT-Drucks. 18/9522, 231; von Boetticher, § 3 Rn. 46 ff.

¹⁹⁸ So das ausdrückliche Beispiel in der Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 18/9522, 232.

auch die Verwaltungsabläufe, Hinweise auf Leistungsanbieter und andere Hilfemöglichkeiten im Sozialraum und auf Möglichkeiten zur Leistungserbringung sowie auf andere Beratungsangebote im Sozialraum (§ 106 Abs. 2 SGB IX). Die Unterstützung soll z.B. Hilfe bei der Antragstellung, bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten, der Inanspruchnahme von Leistungen oder auch die Vorbereitung von Kontakten und Begleitung zu Leistungsanbietern und anderen Hilfemöglichkeiten umfassen (§ 106 Abs. 3 SGB IX).

Im Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung 2016 war mit Blick auf Unterstützungsleistungen für Eltern mit Behinderung Folgendes zu lesen:¹⁹⁹ 162

„Die Ergebnisse einer Online-Umfrage zur Elternassistenz zeigen, dass Eltern mit Beeinträchtigungen mit den verfügbaren Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten unzufrieden sind und sich insbesondere von Ämtern und Behörden nicht gut beraten fühlen [Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern, 2015]. Die Bedeutung von Unterstützungsleistungen für Eltern mit Beeinträchtigungen ist hoch, und im Beziehungsgeflecht von Familien werden die notwendigen Unterstützungsleistungen vorwiegend durch ihr privates und soziales Umfeld erbracht.“

Die Einforderung einer gestärkten spezifischen Aufklärungs-, Informations- und Beratungsverpflichtung der Leistungsträger könnte daher auch im Kontext psychisch kranker Eltern von besonderer Bedeutung für die Inanspruchnahme notwendiger Hilfen sein. Gerade wenn die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe beim kommunalen Träger liegt, dürfte diesen auch eine besondere Zusammenarbeitsverpflichtung mit dem örtlichen Jugendamt treffen (z.B. Bitte um Auslage entsprechender Informationsflyer der Eingliederungshilfe). Da Jugendämter im Rahmen von Leistungen für Eltern mit Behinderungen nicht selbst als Rehabilitationsträger agieren, steht nach geltender Rechtslage nicht unbedingt zu erwarten, dass sie sich dieser ganzheitlichen Informations- und Beratungsaufgabe offensiv annehmen. 163

4 Integration in den Arbeitsmarkt²⁰⁰

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist für erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung nicht barrierefrei und erfordert häufiger Unterstützung bei der Beschäftigung sowie gezielter Maßnahmen der Arbeitsförderung und -vermittlung. Das Thema kann sicherlich als einer der Dauerbrenner im Kontext von Hilfen für psychisch Kranke bezeichnet werden.²⁰¹ Konzepte für 164

¹⁹⁹ BMAS 2016, 70.

²⁰⁰ Abschnitt 4 widmet sich Frage A.19 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

²⁰¹ Hierzu IAB, 2017; Holke & Zedlick, 2012.

Verbesserungen bei der Beschäftigung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind zahlreich.²⁰² Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat Gemeinsame Empfehlungen zur unterstützten Beschäftigung verabschiedet.²⁰³ Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat 2017 einen Forschungsbericht zu Situation und Betreuung psychisch Kranker im SGB II vorgelegt.²⁰⁴ Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde ein eigener Leistungstatbestand mit abschließendem Leistungskatalog für – gegenüber den Leistungen nach SGB III nachrangiger – Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeführt (§ 140 SGB XII-2018; § 111 SGB IX-2020). Örtliche „Leuchtturmpraxis“, etwa mit dem Einsatz von Fallmanager*innen für spezifische Beratung und Begleitung bei der Arbeitsvermittlung, existieren.²⁰⁵ Im Folgenden sollen – nach einem kurzen Überblick über die Instrumentenreform – aus dem weiten Feld nur einzelne Maßnahmen herausgegriffen werden, die spezifische Relevanz für psychisch Kranke in ihrer Elternrolle haben können. Leistungen der Renten- und Unfallversicherungsträger bleiben hierbei außen vor.

Seit der sog. Instrumentenreform²⁰⁶ sind Arbeitslose mit schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen besonders im Blick.²⁰⁷ Es können spezielle Maßnahmen eingerichtet werden, die bei Bedarf längerfristig ausgerichtet sind und tagesstrukturierende Elemente umfassen (§ 45 SGB III [i.V.m. § 16 Abs. 1 SGB II]) und die der psychischen und sozialen Stabilisierung des Betroffenen dienen.²⁰⁸ Zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Beschäftigungsfähigkeit von Bezieher*innen von Arbeitslosengeld II ist die Förderung von Arbeitsgelegenheiten gestärkt worden (§ 16d SGB II). Hiervon können auch psychisch kranke Menschen im Rechtskreis SGB II profitieren. Für die notwendige Flexibilität bei der Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung im Rechtskreis des SGB II kann auch die freie Förderung dienen (§ 16f SGB II). Bei den psychisch erkrankten Eltern, die langzeitarbeitslos sind oder die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren berufliche Eingliederung auf Grund von schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen besonders erschwert ist,²⁰⁹ können über die freie Förderung Eingliederungsleistungen erbracht werden, die von den gesetzlich geregelten Eingliederungsleistungen abweichen (§ 16f Abs. 2 Satz 4 SGB II), wenn die Leistungen den Zielen

165

²⁰² Bungart, 2012.

²⁰³ BAR, 2010.

²⁰⁴ IAB, 2017.

²⁰⁵ Haacke, 2012.

²⁰⁶ Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20.12.2011, BGBl I, 2854; BT-Drucks. 17/6277.

²⁰⁷ Zu einem Überblick siehe Krampe, 107.

²⁰⁸ Eicher/Luik/Stölting 2017, § 16a SGB II Rn. 18.

²⁰⁹ Hierzu Münder/Thie 2017, § 16f SGB II Rn. 3 f.

und Grundsätzen des SGB II entsprechen. Das ansonsten für die Leistungen der Freien Förderung geltende Aufstockungs- und Umgehungsverbot (§ 16f Absatz 2 Satz 3 SGB II) gilt für diese Personenkreise nicht. Die Fortsetzung der Förderung bietet auch in den Fällen, in denen zum Beispiel wegen einer Arbeitsaufnahme Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende entfällt, Möglichkeiten, bei chronisch psychischen Erkrankungen für einen gewissen Zeitraum weiterhin bestimmte Unterstützungsleistungen zur nachhaltigen Eingliederung in Arbeit zu leisten (§ 16g SGB II). Die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II bei der Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern können bei entsprechender Ausgestaltung vor Ort große Bedeutung erlangen. Hierzu zählt etwa die „psychosoziale Betreuung“ nach § 16a Nr. 3 SGB II.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 112 ff. SGB III stehen weitgehend auch im Leistungsbezug nach SGB II zur Verfügung (§ 16 Abs. 1 S. 3, Abs. 2 SGB II).²¹⁰ Spezifika mit Blick auf die vorliegende Personengruppe der psychisch kranken Eltern ergeben sich nur insoweit, dass hier eine weitere potenzielle Erschwernis für die Eingliederung in Arbeit aufgrund von Betreuungsaufgaben für Kinder hinzukommt. Dem wird im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 112 SGB III dadurch Rechnung getragen, dass wahlweise Haushaltshilfe, Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes von der Leistung mit umfasst sind (§ 74 Abs. 1 u. 2 SGB IX); die Haushaltshilfe kommt auch bei ambulanten Maßnahmen in Betracht.²¹¹ Im Übrigen wird die Elternschaft mit der Übernahme von Betreuungskosten bis zur Höhe von 160 EUR monatlich im Rahmen von Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 74 Abs. 3 SGB IX i.V.m. § 112 SGB III) bzw. im Übrigen bis zu 130 EUR monatlich (§ 64 Abs. 3, § 83 Abs. 1 Nr. 4, § 87 SGB III) aufgegriffen. Die Kosten für Verpflegung sind insoweit nicht erfasst und von den Eltern selbst zu tragen.²¹²

166

5 Sozialversicherungsrecht²¹³

5.1 Leistungen

Im Fokus der Ausführungen zum gesundheitsbezogenen Sozialversicherungsrecht stehen zunächst die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die in erster Linie im

167

²¹⁰ Zur Evaluation der Arbeitsmarktpolitik für die Instrumentenreform s. Heyer et al., 2011.

²¹¹ jurisPK-SGB IX/Schlette 2018, § 74 SGB IX Rn. 3.

²¹² jurisPK-SGB IX/Schlette 2018, § 74 SGB IX Rn. 39.

²¹³ Abschnitt 5 geht auf die Fragen A. 1-4, A. 6-7, A. 9, A. 11, B., B. 1, B. 2, B.3-5 aus dem Fragenkatalog ein, siehe Anhang 1.

Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt sind (nachfolgend 5.1). Im Anschluss sind insbesondere die Leistungen der Primärprävention zu betrachten, die zwar vor allem im SGB V geregelt sind, aber vielfältige Bezüge zu anderen Zweigen der (auch: gesundheitsbezogenen) Sozialversicherung aufweisen (nachfolgend 5.1.2). Sodann ist der Blick auf die soziale Pflegeversicherung zu richten (nachfolgend 5.1.3), wobei schon hier zu betonen ist, dass dies nur cursorisch geschieht, denn die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bieten bei realistischer Betrachtung wenig Anknüpfungspunkte für die hier interessierenden Fragestellungen. Anschließend wird der Blick auf die Thematik des „Zugangs zu Leistungen“ gerichtet (nachfolgend 5.2).

5.1.1 Leistungen und Leistungsvoraussetzungen nach SGB V, insb. Krankenbehandlung

5.1.1.1 Generelles Problem: Unsichtbarkeit der Perspektive von Kind und Familie

Die Leistungsansprüche des SGB V fokussieren in erster Linie auf das Individuum, das gesundheitlich beeinträchtigt ist, kaum jedoch auf den Kontext, in dem das Individuum lebt. Das bedeutet auch, dass der Kontext der Familie in den Leistungsansprüchen des SGB V explizit keine Rolle spielt und allenfalls im Wege der Interpretation in die Leistungsansprüche eingebracht werden kann. Das hat zur Konsequenz, dass die Leistungsansprüche, die hier erläutert werden, einerseits so beschrieben werden, dass das konkrete Individuum, um das es geht – Kind, Eltern(teile) – genannt wird, andererseits ist zu klären, ob bzw. inwieweit die auf das Familiensystem abstellende Perspektive in die Leistungsansprüche durch Interpretationsmöglichkeiten, die ggf. derzeit noch nicht genutzt werden, eingebracht werden kann.

168

Ausgangspunkt für die Betrachtung ist § 11 Abs. 1 SGB V, der die unterschiedlichen Leistungen im Überblick zusammenfasst, die in der GKV Versicherte, also gut 90 % der Wohnbevölkerung beanspruchen können (privat versicherte Kinder und/oder Elternteile oder solche Personen, für die kraft eines Beamtenverhältnisses die Regeln des jeweiligen Beihilferechts gelten, werden demnach von der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften nicht erfasst).

169

Aus den in § 11 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen sind in erster Linie die zur Krankenbehandlung, zur Krankheitsverhütung (Prävention) und zur Krankheitsfrüherkennung relevant (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V). Das SGB V kennt – weder in § 11 noch in einer anderen Norm – allgemeine Bestimmungen, die dazu anhalten würden, die Besonderheiten des Sys-

170

tems „Familie“ bei der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.²¹⁴ Für andere Fragestellungen gibt es Vorschriften, die etwa dazu verpflichten, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (§ 2 SGB V) oder auch geschlechtsspezifische Aspekte (§ 2a SGB V) zu beachten. Allgemein muss bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung getragen werden (§ 27 Abs. 1 S. 4; s. auch § 92 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V), was aber nur pauschal angeordnet wird und insbesondere nicht die spezifische Lage von Kindern psychisch kranker Eltern hervorhebt. Die Perspektive der Kinder kommt zumindest explizit nur selten vor,²¹⁵ etwa in der Regelung zur Palliativversorgung, wo die besonderen Belange von Kindern akzentuiert werden (§ 37b Abs. 1 S. 6 SGB V). Eine Vorschrift, die generell für alle Aspekte der im SGB V geregelten Gesundheitsversorgung die Beachtung der speziellen Bedürfnisse von – psychisch kranken oder von psychischen Beeinträchtigungen bedrohten – Kindern gebieten würde, fehlt ebenso wie eine Bestimmung, die die systemische Perspektive der Familie in dieser Weise als beachtenswert vorgegeben würde.

Zu den GKV-Leistungen, für die die Unsichtbarkeit einer relationalen Kindes- bzw. Familienperspektive ebenfalls charakteristisch ist, gehören auch die Leistungen der ambulanten und der stationären Rehabilitation (§ 40 Abs. 1, Abs. 2 SGB V). Zur medizinischen Rehabilitation gehören insbesondere Maßnahmen, die dazu beitragen, im Anschluss an eine Akutbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, die Verschlimmerung einer Krankheit zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Folgen der Krankheit zu mildern.²¹⁶ Sofern die GKV-versicherte Person behindert oder von Behinderung bedroht ist, folglich das SGB IX anwendbar ist, gilt ergänzend § 42 SGB IX, insbesondere dessen Abs. 2, der konkretisiert, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören.²¹⁷ Es handelt sich um eine nicht abschließende (vgl. § 42 Abs. 2 SGB IX: „insbesondere“), bei-

171

²¹⁴ Anklänge bei § 23 SGB V (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter) und § 41 SGB V (Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter), § 111a SGB V.

²¹⁵ Vgl. § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. a SGB V, § 24d S. 2 SGB V (Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe) sowie § 29 SGB V (Kieferorthopädische Behandlung).

²¹⁶ In Anlehnung an den für die stationäre Reha geltenden § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V, s. ferner Jabben, in: Neumann et al./Jabben 2018, § 42 SGB IX Rn. 9. Soweit in § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V auch von der Krankheitsheilung die Rede ist, geht es im Wesentlichen um sog. interkurrente Krankheiten (vgl. § 13 Abs. 3 SGB VI), die während der stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation zu behandeln sind, dazu Igl/Welti/Welti 2018, 136.

²¹⁷ S. auch § 11 Abs. 2 S. 1 SGB V, der in der Sache u.a. auch auf das SGB IX verweist, s. dazu die Begründung zum SGB IX 2001, BT-Drucks. 14/5074, 117.

spielhafte Aufzählung, die in der Summe verdeutlicht, dass es sich immer um medizinische Leistungen handeln muss.²¹⁸

5.1.1.2 Fehlende Konkretisierung des Behandlungsprozesses insb. durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Unsichtbarkeit der für die hier interessierenden Fragestellungen relevanten kindlichen Situation (einschließlich seines familialen Kontextes und der Lage der psychisch kranken Eltern) ist bereits im Begriff der „Krankheit“ angelegt. § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V verweist auf die Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 ff. SGB V). Danach haben GKV-Versicherte je für sich Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 S. 2 SGB V). Zur Krankenbehandlung gehören insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen, die Krankenhausbehandlung oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1, Nr. 5, Nr. 6 SGB V). „Krankheit“ ist nach dem vom Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung zugrunde gelegten Verständnis („juristischer Krankheitsbegriff“)²¹⁹ ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit von Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.²²⁰ Kurz gefasst geht es um einen nach ärztlicher Expertise behandlungsbedürftigen und gerade durch ärztliche Intervention²²¹ (der nicht-ärztliche Interventionen folgen können) behandlungsfähigen Zustand. Andere Aspekte fließen in den Begriff der Krankheit nicht ein. Er wird gewissermaßen bewusst entkontextualisiert. Oder anders formuliert: Für den Begriff der Krankheit ist nur ein gesundheitsspezifischer Kontext interessant. Die Diagnose und die Therapie werden damit im Wesentlichen auf die ärztliche Expert*innensicht gestützt (vgl. § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V: „Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst“). Sie bildet – ungeachtet der Möglichkeit, insoweit steuernde durch Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. §§ 91, § 92 SGB V) zu erlassen – die Basis für die Behandlung auch psychischer

172

²¹⁸ Vgl. Neumann et al./Jabben 2018, § 42 SGB IX Rn. 7; vgl. ferner (für ähnliche Vorschriften) BSG 6.5.1998 – B 13 RJ 11/97 R, BSGE 82, 143 (juris Rn. 30): „lediglich beispielhafte Auflistung von typischerweise in Betracht kommenden medizinischen Leistungen“. Schon deswegen fällt die Haushaltshilfe nicht unter § 42 Abs. 2 SGB IX (s. vielmehr § 74 SGB IX).

²¹⁹ Becker/Kingreen/Becker/Kingreen 2018, § 11 SGB V Rn. 13.

²²⁰ Hierzu Becker/Kingreen/Lang 2018, § 27 SGB V Rn. 14 ff.

²²¹ Die Steuerung der Gesundungsprozesse durch ärztliche Interventionen ist ein zentrales Merkmal der GKV, vgl. § 15 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGB V: „Ärztliche [...] Behandlung wird von Ärzten [...] erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt [...] angeordnet und von ihm verantwortet werden.“

Krankheiten im niedergelassenen (ambulanten) und im stationären Bereich (Krankenhaus bzw. stationäre Reha-Einrichtung, vgl. § 107 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V). Was der Inhalt der von Versicherten einforderbaren Leistungen ist, hängt somit wesentlich von der gesundheitsberuflichen, insb. ärztlichen Expertise – also von den (wie es in der Sprache der GKV heißt) sog. Leistungserbringern – ab, sodass das Leistungsrecht im Ergebnis durch das *Leistungserbringerrecht* geprägt wird.²²²

Unterschieden nach ambulantem und stationären Bereich (hinzu kommen besondere sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, dazu unten 5.1.1.8), bestimmen die Normen, die das Verhältnis zwischen Krankenkassen(verbänden) und Leistungserbringern betreffen, indirekt den Inhalt der Leistungsansprüche. Der parlamentsgesetzliche Leistungsanspruch markiert hierbei nur einen normativen Rahmen, der – abgesehen von untergesetzlichen Normen – wesentlich durch die ärztliche Expertise, etwa durch (kinder- und jugend)psychiatrische bzw. (kinder- und jugendlichen)psychotherapeutische Expertise, ausgefüllt wird.²²³ Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder (Kinder-Richtlinie) beinhaltet eine Sozialanamnese als obligatorischen Bestandteil aller Untersuchungen. Dabei sind die Betreuungssituation und besonderen Belastungen in der Familie zu erfassen. Die Richtlinie befasst sich aber nicht spezifisch mit psychischen Belastungen bzw. Beeinträchtigungen von Kindern, die Folge ihres Zusammenlebens mit psychisch belasteten Eltern sind. Solche spezifischen Richtlinien schließt das SGB V nicht aus,²²⁴ aber die Option wird bislang nicht genutzt, weil das Bewusstsein für das Problem nicht hinreichend ausgeprägt ist (dazu unten 5.1.2.2). Die Behandlungsprozesse könnten auch durch die Nutzung schon jetzt bestehender Optionen optimiert werden, die Angebote der ambulanten und der stationären Versorgung verbinden (dazu unten 5.1.1.8).

Der im Detail zwar vage, aber auf der Basis medizinischer Expertise relativ gut zu handhabende Begriff der „Krankheit“ bildet eine Schwelle, die überschritten werden muss, bevor die Versorgungsangebote der GKV greifen. Damit nimmt das GKV-Recht (von den punktuellen Zugriffsmöglichkeiten der Prävention und der Krankheitsverhütung abgesehen, dazu unten 5.1.2) die Dynamik der schrittweisen Entwicklung von Belastungen für das Kind, die sich hin psychischen Auffälligkeiten und ggf. auch Erkrankungen weiterentwickeln können, zu wenig in den Blick. Das heißt nicht, dass die Gesundheitsberufe hierfür nicht sensibel wären – dass sie

²²² Hierzu Rixen 2005, 119 ff.

²²³ Vgl. Becker/Kingreen/Becker/Kingreen 2018, § 11 SGB V Rn. 16 ff.

²²⁴ Vgl. den nicht abschließenden Katalog in § 92 Abs. 1 S. 2 SGB V: „Er [der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...]“

173

174

das sind, steht außer Streit –, das Problem sind aber sozusagen die gesetzlichen „Aufmerksamkeitsraster“, die durch das SGB V definiert werden. Die an das Merkmal der Krankheit gekoppelten Versorgungsangebote führen zu einer Untergewichtung der erst zu einer Krankheit hinführenden Aspekte. Das kann zum Teil, aber eben nur zum Teil insbesondere im Rahmen der Prävention kompensiert werden (dazu unten 5.1.2).

5.1.1.3 Die elterliche Einwilligung als Bedingung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Fokussierung auf die ärztliche Expertise bedeutet auch, dass die Gesundheitsversorgung der GKV auf den allgemeinen arztrechtlichen Bestimmungen, die etwa in den Berufsordnungen der Ärztekammern in den Bundesländern geregelt sind, aufbaut.²²⁵ D.h., dass die ärztliche Behandlung nach dem Modell des *informed consent* verläuft, was bei minderjährigen Kindern bedeutet, dass die ggf. psychisch belasteten Eltern, solange das Sorgerecht insofern nicht entzogen ist, auch über die Einwilligung in gesundheitssichernde Maßnahmen befinden, die dem Kind zugutekommen sollen. Es liegt auf der Hand, dass Eltern, deren psychische Erkrankung möglicherweise mit einer fehlenden Krankheitseinsicht verbunden ist, den Bedarf ihrer Kinder nach ärztlicher Unterstützung ggf. anders einschätzen als Eltern, die nicht in dieser Weise belastet sind.

Das bedeutet, dass das GKV-Recht als gesundheitsbezogenes Sozialversicherungsrecht mit rechtlichen Problemen konfrontiert wird, die auf einer vorgelagerten rechtlichen Ebene (insbesondere im allgemeinen zivilrechtlich geprägten Medizinrecht sowie im Familienrecht) determiniert sind.²²⁶ Nur dort, wo es um eilbedürftige Maßnahmen geht und die Eltern, die über ein uneingeschränktes Sorgerecht verfügen, sich in einer Weise verhalten, die dem Kind evident und akut schadet, sind vorläufige Maßnahmen möglich, die auf das Konstrukt der mutmaßlichen Einwilligung gestützt werden können.²²⁷ Allerdings ist dies mit einiger Rechtsunsicherheit verbunden. Die mutmaßliche Einwilligung fragt im Ergebnis danach, wie Eltern, die ohne psychische Belastungen handeln können, Kindeswohlgerecht handeln würden. Allerdings gestattet das keine regelhaften Abweichungen vom elterlichen Willen. Solange die (psychisch kranken) Eltern das Sorgerecht ausüben dürfen, sind sie im Hinblick auf die Einwilligung

²²⁵ Vgl. insbesondere § 8 der „(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2018)“ (abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de). Die Musterberufsordnung ist nur eine Vorlage, die von jeder Ärztekammer, ggfs. modifiziert, erst noch förmlich zu erlassen ist.

²²⁶ Mit dieser Problematik befassen sich auch Fallvignetten 20 und 31.

²²⁷ Zum Problemkontext Lohse et al., 2018; Valerius, 2018.

in Maßnahmen, die ihren Kindern zugutekommen, kommunikativ einzubinden und müssen von der Sinnhaftigkeit einer therapeutischen Maßnahme überzeugt werden.

Hier stellen sich bislang, soweit ersichtlich, in der Versorgungspraxis noch nicht gelöste Probleme, denn es stellt sich die Frage, wer – in der Kinder- und Jugendhilfe? im Rahmen der GKV? – dafür sorgt, dass die Eltern im Hinblick auf die adäquate kindeswohlgerechte Entscheidung sensibilisiert werden. Die allgemein arztrechtliche Problematik beeinflusst die Optionen, die im Rahmen der GKV genutzt werden können. Solange hier nicht gesetzliche Klarstellungen erfolgen, die Verantwortlichkeiten für den Klärungsprozess mit den Personensorgeberechtigten regeln und das Handeln im Interesse des Kindes bzw. des/der Jugendlichen schneller als bislang möglich gestatten, werden sich viele Versorgungsprobleme jedenfalls nicht zügiger als bislang lösen lassen. Die kind-, jugendlichen- und vor allem elterngerechte Kommunikation bildet hier den faktischen Türöffner, der Behandlungsprozesse zugunsten des Kindes bzw. des/der Jugendlichen erst ermöglicht. Dieser bedarf der Ressourcen, die im Bereich der GKV derzeit nicht hinterlegt ist (siehe ausführlicher unten 8.2.3).²²⁸

177

5.1.1.4 Bewältigung praktischer Alltagsaufgaben, insb. die Haushaltshilfe

Da, wie bereits angesprochen, die Krankheitsbehandlung gemäß §§ 27 ff. SGB V in der GKV im Vordergrund steht, kommt die Bewältigung von praktischen Alltagsaufgaben nur ergänzend ins Spiel.²²⁹ Das SGB V²³⁰ kennt als krankheitsbegleitenden Anspruch das Recht darauf, dass die Krankenkasse die Haushaltshilfe stellt bzw. finanziert (im Einzelnen § 38 SGB V).²³¹

178

Die Vorschrift knüpft im Wesentlichen an die längere Abwesenheit des GKV-Versicherten an, die z.B. durch eine Krankenhausbehandlung, eine andere stationäre Behandlungssituationen (etwa in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, § 40 Abs. 2 SGB V), aber auch durch eine Maßnahme der ambulanten Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V) bedingt sein

179

²²⁸ Hierzu zählt sicherlich auch die Frage der Klärung, wie die Kinder und Jugendlichen bei der Suiziddrohung eines Elternteils begleitet werden können, Fallvignetten 11, 12.

²²⁹ Siehe aber die Fallvignette 4.

²³⁰ Ähnlich §§ 9 bis 11 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte v. 20.12.1988 – KVLG 1989 – (BGBl I, 2477/2557), zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 6 des Gesetzes v. 23. 5. 2017 (BGBl I, 1228).

²³¹ Im Einzelnen Becker/Kingreen/Rixen 2018, § 38 SGB V Rn. 1 ff.

kann.²³² Es muss zunächst etwa ein psychiatrischer Behandlungsbedarf vorliegen, der – dies ist der von der Vorschrift zuerst genannte Fall – zu einer Krankenhausbehandlung führt. Der Begriff der Krankenhausbehandlung erstreckt sich gemäß § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V auf die vollstationär, die stationsäquivalente, die teilstationär, die vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachte, von einem Krankenhaus organisierte Gesundheitsversorgung. Die stationsäquivalente Versorgung (dazu unten 5.1.1.8) stellt eine vom Krankenhaus organisierte Versorgung auch von psychisch kranken Menschen dar (sog. „Krankenhausbehandlung ohne Bett“),²³³ die gerade keinen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus bedingt. Ein anderer Fall kann, wie erwähnt, die (ambulante oder stationäre) medizinische Rehabilitation sein (vgl. § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V).

Eine Haushaltshilfekraft wird nur dann im Haushalt auftauchen, wenn keine andere Person (etwa der andere Elternteil) im Haushalt lebt, die den Haushalt führen kann (§ 38 Abs. 3 SGB V); das kann ausnahmsweise auch ein*e im Haushalt lebende*r Jugendliche (z.B. 16 Jahre alt) sein, wenn er/sie dies wünscht, in seinen/ihren Entwicklungsaufgaben und selbst nicht gesundheitlich beeinträchtigt ist oder die Aufgabe ihm aufgrund besonderer Umstände nicht zuzumuten ist.²³⁴ Weitere Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind unter zwölf Jahren lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (§ 38 Abs. 1 S. 2 SGB V); dahinter steht die Vorstellung, dass Kinder dieses Alters bzw. mit den genannten Beeinträchtigungen sich nicht selbst versorgen können. Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen und übernehmen bestimmte nahe Verwandte der GKV-versicherten Person die Haushaltsführung zeitweilig, erhalten diese keine Vergütung, ggf. werden Fahrtkosten und Verdienstausschlag erstattet (§ 38 Abs. 4 SGB V). Außerdem müssen Versicherte ab dem 18. Lebensjahr Zuzahlungen zahlen (§ 38 Abs. 5 SGB V), sofern nicht die Belastungsgrenze erreicht ist (§ 62 SGB V). Dass ggf. Kinder *ohne* Beeinträchtigungen ab dem Alter von zwölf Jahren in einem Haushalt leben, ggf. zusammen mit einem Elternteil, der psychisch beeinträchtigt ist und den Haushalt nicht zu führen in der Lage ist, aber nicht im Krankenhaus bzw. stationsäquivalent, teilstationär etc. behandelt wird, ist aus Sicht des § 38 SGB V irrelevant. Für den Fall, dass für die GKV-Versicherte Person wegen einer (drohenden) Behinderung das SGB IX gilt, ist zusätzlich § 74 SGB IX zu

180

²³² Denkbar ist auch die Verknüpfung der Haushaltshilfe mit der häuslichen Krankenpflege (§ 38 Abs. 1 i.V.m. § 37 SGB V), die aber voraussetzt, dass mit ihr Krankenhausbehandlung vermieden wird; auch hier setzt die Anspruchsgewährung also den Blick auf die (nicht ausführbare bzw. vermiedene) Krankenhausbehandlung voraus.

²³³ So (zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung) die Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) v. 19.12.2016 (BGBl I, 2986), BT-Drucks. 18/9528, 24, 47.

²³⁴ Becker/Kingreen/Rixen 2018, § 38 SGB V Rn. 3.

anzuwenden. Er entspricht (in Abs. 1) im Wesentlichen § 38 SGB V, allerdings ist auch § 74 Abs. 2 SGB IX zu beachten. Danach werden auf Antrag des Leistungsempfängers anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist (zur Kostenberechnung Abs. 3). § 74 Abs. 2 SGB IX substituiert damit die Haushaltshilfe, ohne an den Voraussetzungen für die Gewährung der Haushaltshilfe in der Sache etwas zu ändern, wie § 74 Abs. 1 SGB IX zeigt, der im Wesentlichen § 38 SGB V entspricht.

Im Hinblick auf § 38 SGB V ist festzuhalten, dass nicht alle Konstellationen, die für die hier interessierende Gesamthematik bedeutsam sind, erfasst werden. Ein Nachteil dieser Bestimmung ist, dass sie zu sehr von der vor allem durch stationäre Behandlung bedingten Abwesenheit der GKV-Versicherten Person her denkt und hierbei das fragile Familiensystem zu stark ausblendet. Kinder und Jugendliche können auch in den Situationen Hilfe im Haushalt benötigen, die § 38 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht erfasst, etwa dann, wenn die Eltern sich dauerhaft in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinden und „offiziell“ zwar präsent sind, aber faktisch die Haushaltsführung nicht gewährleisten können, weil sie im Alltag immer wieder an Belastungsgrenzen geraten. Allerdings dürfen die Krankenkassen in ihrer Satzung die Fälle, für die Haushaltshilfe beansprucht werden kann, über die im Gesetz genannten Konstellationen hinaus erweitern (§ 38 Abs. 2 S. 1 SGB V i.V.m. § 11 Abs. 6 SGB V).²³⁵ Soweit ersichtlich, wird davon aber, wenn überhaupt, nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. 181

Die Praxis sucht hier häufig den Ausweg über das Kinder- und Jugendhilferecht im SGB VIII, wonach Jugendämter wegen ausbleibender Leistungen nach SGB V in ihrer nachrangigen Leistungspflicht als „Ausfallbürge“ aktiviert sind.²³⁶ Zwar kennt das Kinder- und Jugendhilferecht eine über § 38 SGB V hinausgehende Vorschrift, die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen nach § 20 SGB VIII (dazu 2.2.3 und 2.5), die allerdings erst zur Anwendung kommen kann, wenn § 38 SGB V nicht anwendbar ist (vgl. § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII; hierzu unten 6.3).²³⁷ „Wegen des häufig langen Zeitraums bis zur Bewilligung der Leistung [gemäß § 38 SGB V] müssen (nachrangige) Leistungen nach § 20 gewährt [...]. Der Nachrang ist dann über die Kostenerstattung nach § 104 SGB X herzustellen.“²³⁸ 182

²³⁵ Becker/Kingreen/Rixen 2018, § 38 SGB V Rn. 7.

²³⁶ Trenczek et al. 2017, 246.

²³⁷ Zum Nachrang Wiesner/Wiesner 2015, § 10 SGB VIII Rn. 21b.

²³⁸ Wiesner/Wiesner 2015, § 10 SGB VIII Rn. 21b.

In § 20 Abs. 1 SGB VIII wird allerdings vorausgesetzt, dass der eine Elternteil aus gesundheitlichen Gründen ausfällt, ein anderer Elternteil aber verfügbar ist und dieser nur unterstützt wird. § 20 Abs. 2 SGB VIII sieht zudem Haushaltshilfe für den Fall vor, dass der alleinerziehende Elternteil oder beide Elternteile ausfallen, aber dies steht einerseits unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit (was etwa bedeutet, dass z.B. auch private Lösungen z.B. im erweiterten Familien- und Freundeskreis zu prüfen sind).²³⁹ Außerdem sind die Angebote der Kindertagespflege und von Kindertageseinrichtungen zu nutzen. Letztlich geht das Gesetz davon aus, dass es sich um relativ kurzzeitige „Notsituationen“ (so der Begriff in der amtlichen Überschrift zu § 20 SGB VIII) handelt. Diese Blickrichtung passt nicht zu der Dauerproblematik, mit der Kinder psychisch kranker Eltern auch bei der Haushaltsführung konfrontiert werden. Vor allem bleibt offen, wer – wenn möglicherweise der alleinerziehende oder beide Elternteil(e) krankheitsbedingt abwesend sind – für das Kind bzw. die Kinder und Jugendlichen die Haushaltshilfe organisiert.

183

Der bereits erwähnte § 74 SGB IX gilt nicht für § 20 SGB VIII, weil die Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (zu denen die Leistungen nach § 74 SGB IX gehören) zuständig sind (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 5 SGB IX).

184

5.1.1.5 Begleitpersonen und Familienzentrierung im Kontext der Kinder-Reha (SGB V, VI)

Die Grenzen einer familiensystemisch sensiblen Betrachtung lassen sich exemplarisch mit Blick auf den Umgang mit Begleitpersonen veranschaulichen. Gemäß § 11 Abs. 3 SGB V gilt u.a., dass „bei stationärer Behandlung die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten“ umfassen.²⁴⁰ Das spielt insbesondere bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder bei einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation eine Rolle.

185

Entscheidend kommt es auf die gesundheitliche Situation der GKV-versicherten Person. Das kann ein Kind oder das kann ein Elternteil bzw. können die Eltern sein. Ist die versicherte Person krank und ist es für den Therapieerfolg (nach ärztlich vertretbarer Einschätzung) notwendig, dass eine Person aus der Familie ebenfalls in der Einrichtung anwesend ist, dann

186

²³⁹ Wiesner/Struck 2015, § 20 SGB VIII Rn. 13a. – Die Gesetzesbegründung spricht davon, die Vorschrift greife nur, wenn andere „Ersatzlösungen“ nicht in Betracht kämen, so BT-Drucks. 11/5948, 59 (zu § 19 des Gesetzentwurfs, der dann § 20 SGB VIII wurde).

²⁴⁰ Zum Begriff „stationär“ Becker/Kingreen/Becker 2018, § 39 SGB V Rn. 8 ff.

muss die Krankenkasse die Kosten übernehmen. In der Literatur wird hierbei in erster Linie an Kinder gedacht, die für die Zeit eines Krankenhausaufenthaltes auf die Präsenz eines Elternteils in der Einrichtung, in der sie untergebracht sind, angewiesen sind, damit der Genesungsprozess gefördert wird.²⁴¹ Das Gesetz ebenso wie die Gesetzesbegründung ist allerdings weiter gefasst,²⁴² sodass es auch sein kann, dass (minderjährige) Kinder oder Jugendliche einen Elternteil oder beide Eltern begleiten.

Beim Thema „Begleitpersonen“ ist insbesondere auch die medizinische Reha in den Blick zu nehmen, die im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung geregelt ist (vgl. § 15 und insbesondere § 15a SGB VI).²⁴³ § 15a SGB VI, der sich mit der sog. Kinder-Reha beschäftigt, hat dazu geführt, dass einerseits die Perspektive der (ggf. psychisch erst beeinträchtigten und noch nicht manifest erkrankten) Kindes gestärkt und andererseits die Familienperspektive Anerkennung findet. Hierbei geht es um die Kinder von gesetzlich rentenversicherten Personen (vgl. § 15a Abs. 1 S. 1 SGB VI). Nach § 15a ist eine regelmäßig mindestens vierwöchige (§ 15a Abs. 4 S. 1 SGB VI) stationäre „familienorientierte Rehabilitation“²⁴⁴ möglich (vgl. insbesondere § 15a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB VI). Sie gestattet generell auch die Begleitung durch „Familienangehörige“ (§ 15a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VI), wozu neben Eltern auch Geschwister gehören.²⁴⁵ Die auf das Kind bezogenen Leistungen gemäß § 15a SGB VI können gemäß § 15 SGB VI (der allgemeinen Norm für die medizinische Rehabilitation) in der Praxis mit Reha-Leistungen für den (gesetzlich rentenversicherten) Elternteil bzw. die (gesetzlich rentenversicherten) Eltern kombiniert werden.

Wichtig aus Sicht der Kinder ist, dass es auf eine Krankheit nicht zwingend ankommt, sondern im Sinne einer präventiven Reha schon das Ziel, eine „erhebliche Gefährdung der Gesundheit“ zu beseitigen, genügt (§ 15a Abs. 1 S. 2 SGB VI). Ferner darf auch das Ziel, dass „die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann“ (§ 15a Abs. 1 S. 2 SGB VI), verfolgt werden. Das trägt der Entwicklungsdynamik insbesondere auch psychischer Belastungen adäquat Rech-

²⁴¹ Becker/Kingreen/Becker/Kingreen 2018, § 11 SGB V Rn. 19.

²⁴² Vgl. den Bericht zum Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) v. 20.12.1988 (BGBl. I, 2477), mit dem das SGB V eingeführt wurde, BT-Drucks. 11/3480, 50.

²⁴³ § 15a SGB VI wurde mit Wirkung ab 14.12.2016 eingeführt durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8.12.2016 (BGBl. I, 2838).

²⁴⁴ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 35.

²⁴⁵ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 35: „Eltern und Geschwister“.

nung. Die Gesetzesbegründung zu § 15a SGB VI spricht demgemäß auch von „psychischen Auffälligkeiten“²⁴⁶, nicht nur von (psychischen) Erkrankungen.

Das heißt: *Außerhalb* der GKV gibt es eine Vorschrift, die *einerseits* einen nicht auf den Begriff der Krankheit fixierten Blick auf die Lage psychisch belasteter Kinder favorisiert und hierbei *andererseits* das System Familie berücksichtigt. Das geht über die sonstigen Regelungen zu Begleitpersonen hinaus, weil die Familie (vgl. insbesondere § 15a Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB VI) explizit als relevant für den Genesungsprozess anerkannt wird. Dies soll – wie die Gesetzesbegründung betont – dazu beitragen, „den Kindern passgenaue Hilfen zu geben“.²⁴⁷ Die GKV kennt zwar auch eine familienorientierte Rehabilitation (FOR) bei schwerst chronisch kranken Kinder, was aber im Gesetz nicht explizit erwähnt wird (vgl. § 40 SGB V), aber in der „Begutachtungsanleitung – Richtlinie des GKV -Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Vorsorge und Rehabilitation“ (Stand: 02.07.2018, www.mds-ev.de) erläutert wird. Die FOR kommt in erster Linie bei Kindern in Betracht, die insbesondere an einer Krebserkrankung oder an Mukoviszidose leiden, ferner nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen.

Dass sich eine Regelung wie § 15a SGB VI im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) findet, verwundert, zumal die Begründung hierfür doch etwas bemüht klingt: Es gehe darum, langfristig die Erwerbsfähigkeit der Kinder zu sichern.²⁴⁸ Letztlich steht hinter der Einführung des § 15a SGB VI die Entscheidung, die ohnehin vorhandene Infrastruktur der medizinischen Reha im Rahmen der GRV sowie die diesbezügliche Expertise der medizinischen Einrichtungen der GRV zu nutzen (zu oft wird nämlich übersehen, dass es neben der GKV mit ihren Gesundheitseinrichtungen sozusagen noch parallele Gesundheitsversorgungssysteme im Rahmen der GRV, aber auch der gesetzlichen Unfallversicherung [GUV] insbesondere für die medizinische Reha gibt).

Interessanterweise ist die Vorschrift des § 15a SGB VI keine Vorschrift, die Vorrang vor den Vorschriften des SGB V hat (das ergibt sich aus § 40 Abs. 4 SGB V).²⁴⁹ Vielmehr gilt im Verhältnis von medizinischer Reha nach den Vorschriften der GKV (insbesondere § 40 Abs. 1-3 SGB V) und § 15a SGB VI (nicht: § 15 SGB VI!): Diese Leistung ist „gleichrangig mit zweckgleichen Leistungen der Krankenversicherung, so dass immer der zuerst angegangene Träger

²⁴⁶ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 34.

²⁴⁷ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 35.

²⁴⁸ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 34: „*Insbesondere* bei chronisch erkrankten Kindern ist davon auszugehen, dass früh einsetzende Leistungen zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation [...] einen positiven Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben können.“ (kursive Hervorhebung hinzugefügt).

²⁴⁹ Begründung zum Entwurf des Flexirentengesetzes, BT-Drucks. 18/9787, 35: „Die gleichrangige Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen für die Leistungen zur Kinderrehabilitation bleibt nach § 40 Absatz 4 SGB V unberührt.“

zuständig ist.“²⁵⁰ D.h., dass zwar in der Praxis die Kinder-Reha – gerade in den im Rahmen dieses Gutachtens interessanten Konstellationen –, soweit bekannt, vielfach bzw. überwiegend gemäß § 15a SGB VI erfolgen wird. Das ist aber nur eine überaus sinnvolle Routine, nicht Folge eines – gerade fehlenden – Vorrangs des § 15a SGB VI. Wird indes bedacht, dass Leistungen der Kinder-Reha gemäß § 15a SGB VI – wegen der Familienorientierung – faktisch mit (den Eltern zugutekommenden) Leistungen der medizinischen Reha nach § 15 SGB VI kombiniert werden können und diese elternbezogenen Leistungen Vorrang vor den Leistungen der GKV haben,²⁵¹ bedeutet das faktisch, dass es in dieser Situation keinen Sinn macht, die Kinder-Reha (was nach dem Wortlaut des Gesetzes möglich wäre) im Rahmen der GKV zu realisieren.²⁵² Im Interesse der Familienorientierung wäre sinnvoll, wenn in § 40 Abs. 4 SGB V klargestellt würde, dass auch § 15a SGB VI Vorrang vor den Leistungen der GKV hat.

Die (im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung geregelte) Kinder-Reha zeigt also – auch vorbildhaft für die GKV –, dass sich spezifische familiensystemisch sensible (insbesondere stationäre) Leistungen schaffen lassen, wenn dazu der gesetzgeberische Wille besteht.

192

5.1.1.6 Aufsuchende Behandlungsformen in der GKV: Ansätze und Desiderate

Die obigen Ausführungen zur Haushaltshilfe (insbesondere § 38 SGB V) verweisen auf ein Grundproblem, das bislang in der GKV weithin ungelöst bleibt. Personen, die selbst nicht in der Lage sind, die ihnen formal zustehenden Hilfen zu aktivieren, mögen die auf dem Gesetzblatt stehenden Rechte zwar haben, sie nutzen ihnen praktisch jedoch nichts. So ist das auch bei Kindern und Jugendlichen selbst für den Fall, dass die Voraussetzungen des § 38 SGB V (oder des § 20 SGB VIII) vorliegen sollten (dazu 5.1.1.4). Insbesondere in der Gesundheitsversorgung fehlt (von handgreiflichen Notsituationen wie z.B. einem Verkehrsunfall o.Ä. abgesehen) ein Ansatz, der in die (Not-)Situation hineingeht und die Betroffenen, bildlich gesprochen, in ihrer Situation, die sie überfordert, gleichsam abholt. In der GKV dominiert vielmehr ein Ansatz, der erwartet, dass die Klient*innen die Leistungen aktiv abfragen. Das widerspricht der psychischen Befindlichkeit vieler Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen ebenso widerspricht wie er der Befindlichkeit insbesondere junger Kinder generell, aber erst recht

193

²⁵⁰ Becker/Kingreen/Welti 2018, § 40 SGB V Rn. 21.

²⁵¹ Becker/Kingreen/Welti 2018, § 40 SGB V Rn. 21.

²⁵² Abgesehen davon schließen sich auch § 15 und § 15a SGB VI nicht aus, wenn es um das Kind geht; es kann ebenfalls – neben § 15a – Leistungen nach § 15 beanspruchen, so § 6 Abs. 4 Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 15a Abs. 5 Satz 1 SGB VI zur Kinderrehabilitation (Kinderreha-Richtlinie) vom 28.6.2018 (http://rvliteratur.driv-bund.de/pdf/recht_sv/kinderreha_richtlinie_2018.pdf, Abruf: 29.9.2018).

dann widerspricht, wenn die Kinder und Jugendlichen selbst infolge der Familiensituation psychisch belastet sind.

Dahinter steht ein Verständnis, das die Leistungen der GKV im Zweifel eng, und zwar in medikalisierender Weise, versteht. Alles, was (vorgeblich) nicht gesundheitsspezifisch ist, soll durch andere Systeme sozialer Sicherung (etwa die Kinder- und Jugendhilfe) geleistet werden. Woran es in der GKV mangelt, sind daher Vorkehrungen, die gewährleisten, dass Menschen insbesondere mit psychischen Belastungen und/oder Erkrankungen sich (auch) im Gesundheitssystem, aber auch mit Blick auf dessen Bezüge zu anderen Hilfe- bzw. Unterstützungssystemen zu Recht finden. Das SGB V kennt zwar einen Anspruch auf „Versorgungsmanagement“ (vgl. § 11 Abs. 4 S. 1 SGB V), allerdings geht es hierbei um die Schnittstellen- bzw. Übergangsprobleme im spezifisch gesundheitsbezogenen Bereich der GKV sowie der sozialen Pflegeversicherung, die wiederum Pflegeberater bzw. Pflegeberaterinnen kennt, die zumindest im Ansatz eine gewisse Lotsenfunktion haben (vgl. § 11 Abs. 4 S. 4 Hs. 2 SGB V i.V.m. § 7a SGB XI). Vergleichbare Lots*innen (vgl. auch 2.2.4), die idealerweise eine sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische, jedenfalls nicht zwingend eine gesundheitsberufliche Qualifikation haben sollten, fehlen derzeit in der GKV, mag es auch erste Ansätze geben.²⁵³

Erinnert sei insoweit an die – allerdings nur für den ambulanten Bereich relevante – sog. Soziotherapie (§ 37a SGB V). Danach haben GKV-Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (§ 37a Abs. 1 S. 1 SGB V).²⁵⁴ Wie sich aus weiteren Bestimmungen ergibt, die das Gesetz ergänzen, handelt es sich um eine Therapie, die etwa von speziell qualifizierten Sozialarbeiter*innen oder Sozialpädagog*innen ausgeführt werden kann.²⁵⁵ In der Praxis ist die Leistung nicht so leicht umzusetzen, insbesondere weil die Qualifikationsanforderungen recht hoch erscheinen, aber davon abgesehen macht das Beispiel der „Soziotherapie“ deutlich, dass auch im Rahmen der GKV aufsuchende Dienste denkbar sind. Allerdings ist die Akzeptanz insbesondere bei den Kostenträgern (also den Krankenkassen) nicht besonders hoch, weil das medikalisierende Vorverständnis, es handele sich nicht um etwas wirklich Gesundheitsspezifisches, das zur GKV gehöre, der Akzeptanz auf der Umsetzungsebene im Wege steht. Dennoch zeigt die Soziothe-

²⁵³ Siehe hierzu auch Fallvignette 15.

²⁵⁴ Hierzu und zum Folgenden Becker/Kingreen/Rixen 2018, § 37a SGB V Rn. 1 ff., § 132b SGB V Rn. 1 ff.

²⁵⁵ S. beispielhaft Anlage 3 des Rahmenvertrags nach § 132b SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie u.a. zwischen der AOK Baden-Württemberg und u.a. der AWO Baden vom 15.3.2016 (www.vdek.com, Abruf: 29.9.2018).

rapie, dass aufsuchende Hilfen im Rahmen der GKV denkbar sind, wenn dies gesetzgeberisch gewollt und von den Kostenträgern unterstützt wird.

5.1.1.7 Psychotherapeutische und heilpädagogische Angebote

Für psychotherapeutische Angebote psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bzw. psychisch kranker Eltern gelten die allgemeinen Bestimmungen der GKV (vgl. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 i.V.m. § 28 Abs. 3 SGB V). Für den Inhalt der psychotherapeutischen Behandlung ist die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheidend.²⁵⁶ Die Richtlinie sieht, wie es psychotherapeutischem Selbstverständnis entspricht, vor, dass das soziale Umfeld miteinzubeziehen ist, insbesondere die Familie (§ 9 der Richtlinie). Wie das geschieht, hat mit den sogenannten Anwendungsformen der (in sich ausdifferenzierten) psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen zu tun (§§ 16 ff. der Richtlinie). Die Anwendungsformen (§ 20 der Richtlinie) beziehen sich auf die Form Einzel- oder Gruppentherapie bei Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen. Anwendungsformen können kombiniert werden (§ 21 der Richtlinie), wobei der Text der Richtlinie nicht hinreichend klar zum Ausdruck bringt, dass auch familienorientierte Gruppenangebote – etwa in Kombination verschiedener auf Erwachsene und Kinder/Jugendliche bezogener Gruppentherapie – zulässig sind. In der Praxis mag diese Unschärfe des Richtlinien textes zuweilen durch sinnvolle Gestaltungen überspielt werden, der Richtlinien text als solcher ist aber, was familienzentrierte psychotherapeutische Gruppenangebote angeht, präzisierungsbedürftig.

Sofern ein Bedarf an heilpädagogischen Gruppenangeboten gesehen wird, gehören solche Angebote punktuell zum Angebotsspektrum der Krankenkassen. Die medizinische Rehabilitation, für die sie in erster Linie zuständig sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 5 Nr. 1 SGB IX), umfasst auch Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder (§ 42 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Hierbei ist zu bedenken, dass § 42 Abs. 2 SGB IX einen offenen Leistungskatalog enthält, der durch ähnliche Leistungen erweitert werden kann (dazu 5.1.1.1), was entsprechende heilpädagogische Gruppenangebote nicht vornherein ausschließt. Hierbei ist zu bedenken, dass – anders als etwa in § 15a SGB VI – auf das Vorliegen einer (drohenden) Behinderung beim Kind abgestellt wird (zum neuen Behinderungsbegriff und seinen Auswirkungen ausführlich oben 3.3).

²⁵⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) i.d.F. vom 19.2.2009, zuletzt geändert am 16.6.2016 (www.g-ba.de, Abruf: 29.9.2018).

5.1.1.8 Familiensystemisch sensible Behandlungssettings in der GKV – Perspektive: Versorgungsketten

Nachfolgend sollen einige Versorgungsformen der GKV näher betrachtet werden, die familiensystemisch sensible Behandlungssettings ermöglichen, wobei dies z.T. in der Praxis schon geschehen mag, z.T. scheint es aber so, dass die Optionen noch mehr genutzt werden könnten, was bislang nicht geschieht, weil die besondere Situation von (ggf. psychisch belasteten) Kindern psychisch kranker Eltern im Gesetzestext nicht hinreichend erkennbar wird. Die Grundidee ist hierbei, dass Leistungen aus dem ambulanten und dem stationären Bereich sinnvoll aufeinander abgestimmt angeboten werden, wobei bestimmte schon bestehende organisatorische Strukturen als Plattform zur Bündelung von Angeboten genutzt werden.

198

a) Beispiel „SPZ“ (§ 119 SGB V)

Gemäß § 43a Abs. 1 SGB V haben versicherte Kinder Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; daneben ist § 46 SGB IX anwendbar. Gemäß § 43a Abs. 2 SGB V haben versicherte Kinder ferner Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden. Das leistungserbringerrechtliche Pendant dazu sind (von psychiatrischen Behandlungsangeboten abgesehen) die sog. Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ; vgl. § 119 SGB V). Inhaltlicher Schwerpunkt der SPZ sind Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelische Störungen bzw. psychologische Störungsbilder mit sich bringen (können).²⁵⁷ Nach dem Sinn sozialpädiatrischer Leistungen wird die Zugriffsschwelle in den Bereich vor der manifesten Krankheit vorverlagert, der Verdacht auf das Vorliegen dieser Krankheiten genügt.²⁵⁸ Das Spezifische sozialpädiatrischer Leistungen ist, dass die (drohende) Krankheit mit ihren sozialen und familialen Bezügen betrachtet wird und die „ganzheitliche Behandlung“²⁵⁹ nicht nur ärztlich, sondern multiprofessionell unter Einschluss anderer (etwa

199

²⁵⁷ Rixen 2005, 517 f.

²⁵⁸ Rixen 2005, 517.

²⁵⁹ Begründung zum Entwurf des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) v. 20.12.1988 (BGBl I, 2477), mit dem das SGB V eingeführt wurde BT-Drucks. 11/2237, 202 (Begr. zu § 128 des Entwurfs, der dann zu § 119 SGB V wurde); so z.B. auch Neumann et al./Jabben 2018, § 46 SGB V Rn. 5 (zu SPZ).

heilpädagogischer oder psychologischer) Expertise erfolgt.²⁶⁰ SPZ haben, so gesehen, eine Brückenfunktion zwischen dem Gesundheitssystem und sonstigen nicht in erster Linie medicalisierten Perspektiven auf ein im sozialen Kontext zu verstehendes Problem des Kindes.

Die SPZ könnten noch mehr als bislang auch zur Trägerstruktur der Behandlung von psychisch belasteten Kindern werden, allerdings müsste hierbei im Gesetzestext (insbesondere § 43a und § 119 SGB V) noch klarer zum Ausdruck kommen, dass (drohende) psychische Erkrankungen einschließlich des familialen Entstehungskontextes zum Aufgabenfeld der SPZ gehören. Ob das dem Profil der meisten derzeit arbeitenden SPZ gerecht wird, sei dahingestellt. Das Konzept der SPZ ist ein entwicklungsoffenes Konzept, schon jetzt – jedenfalls nach Maßgabe des SGB V – wäre eine Fokussierung auf psychische Erkrankungen von Kindern nicht ausgeschlossen. Dem tatsächlich gelebten Profil vieler SPZ dürfte eine derartige Fokussierung aber wohl nicht entsprechen. Letztlich ist es eine fachliche Frage, ob die SPZ in dieser Weise ausgebaut bzw. profiliert werden sollen. Ihr interdisziplinärer, multiprofessioneller und kontextsensibler Ansatz, der das Kind in seinen sozialen bzw. familialen Bezügen wahrnimmt, könnte jedenfalls ein vielversprechender ausbaufähiger Ansatz sein.

200

b) Stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (§ 39 Abs. 1 S. 1, § 115d SGB V)

Wie bereits erwähnt (vgl. 5.1.1.1), kennt das SGB V die sog. stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (vgl. § 39 Abs. 1 S. 1 und insbesondere § 115d SGB V). Es geht, formelhaft ausgedrückt, um die „Krankenhausbehandlung ohne Bett“²⁶¹, d.h. psychisch kranke Menschen – etwa ein Elternteil – werden nicht hospitalisiert, sondern sie sollen in ihren Alltagsbezügen verbleiben, werden aber auf dem Versorgungsniveau der Krankenhauspsychiatrie „im häuslichen Umfeld“ (§ 115d Abs. 1 S. 1 SGB V) versorgt.²⁶² Krankenhäuser werden im Rahmen des SGB V weniger als bloß traditionelle, auf stationäre Unterbringung fokussierte Anstalten wahrgenommen, sondern zunehmend als „Gesundheitszentren“, die für unterschiedliche Bedarfe unterschiedliche Leistungen bis hin zur stationären Versorgung anbieten. Entscheidend ist bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung die Einbeziehung des häus-

201

²⁶⁰ Rixen 2005, 518.

²⁶¹ So (zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung) die Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (BGBl I, 2986), BT-Drucks. 18/9528, 24, 47.

²⁶² Dazu die Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (BGBl I, 2986), S. 2, 24, insbesondere S. 46 f.

lichen Umfelds, es muss im Hinblick auf die Behandlungsziel „geeignet“ sein.²⁶³ Das wird – was auf Basis des Gesetzes in einer Vereinbarung geregelt wurde – bei einer drohenden Kindeswohlgefährdung verneint.²⁶⁴ Außerdem müssen alle im Haushalt lebenden volljährigen Personen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zustimmen.²⁶⁵ Außerdem muss geprüft werden, ob eine „Eltern-Kind-Behandlung“, also „eine zusätzliche gemeinsame Behandlung von Eltern und Kind (Mutter/Vater-Kind-Setting) erfolgen muss“ – wenn ja, ist diese Behandlung sicherzustellen.²⁶⁶ „Sicherstellen“ bedeutet allerdings nicht, dass die gemeinsame Behandlung noch während der Phase der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erfolgen muss.²⁶⁷

Diese Voraussetzungen, insbesondere das Zustimmungserfordernis, verdeutlichen, dass es sich bei der stationsadäquaten psychiatrischen Versorgung um ein anspruchsvolles Behandlungskonzept handelt, das alle Beteiligten stark in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann. Ob es für die hier interessierende Problematik eine passende Versorgungsform ist, lässt sich nicht generell beantworten, sondern hängt einerseits sehr von der psychiatrischen Erkrankung des betreffenden Elternteils ab, andererseits vom konkreten häuslichen Umfeld. Entscheidend ist, dass bei § 115d SGB V das häuslich-familiale Umfeld mit in den Blick gerät. Je nach Krankenhaus, das diese Versorgungsangebote vorhält, ist zu prüfen, inwieweit sich die Behandlung des Versicherten mit der Betreuung der übrigen Familie und ihren Bedarfen ggf. verbinden lässt. Die Erfahrungen mit der Umsetzung werden derzeit evaluiert (der Bericht muss Ende 2021 vorliegen, vgl. § 115d Abs. 4 SGB V). Daraus dürften sich Anhaltspunkte zur Tragfähigkeit der geltenden Rechtslage ergeben, insbesondere ob eine Präzisierung des Gesetzestextes oder der auf Basis des Gesetzes ergangenen Vereinbarung bzw. der Umsetzungshinweise angezeigt erscheint.

202

c) Angebote in der Universitätsmedizin: Psychiatrische Institutsambulanzen/Psychosomatische Institutsambulanzen

²⁶³ S. zur „Eignung“ insbesondere § 3 Abs. 1 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁶⁴ § 3 Abs. 3 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁶⁵ § 4 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V.

²⁶⁶ § 6 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V (dort auch die Zitate).

²⁶⁷ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Umsetzungshinweise zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen vom 19.12.2017, (Version 1.0), 13 (Ziff. 3.6), (www.dkgev.de, Aufruf: 29.9.2018).

Zur Palette der denkbaren Versorgungsangebote, die für die hier in Frage stehende Problematik in Frage kommen – insbesondere mit einem Familienfokus – gehören einerseits die Angebote der Hochschulambulanzen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung (§ 117 Abs. 2 SGB V), andererseits die Versorgung mit den Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Ob bzw. inwieweit diese Angebote verfügbar sind, hängt sehr von der jeweiligen lokalen bzw. regionalen Situation ab. Im Fokus des § 117 SGB V stehen „Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“ (§ 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V). „Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“ (§ 118 Abs. 1 SGB V für die psychiatrischen Krankenhäuser). Die Allgemeinkrankenhäuser (vgl. § 118 Abs. 2 SGB V) können vertraglich „die Gruppe psychisch Kranker fest[legen], die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung [...] bedürfen“ (§ 118 Abs. 2 S. 2 SGB V).

203

Diese Regelungen zeigen, dass die beteiligten Krankenhäuser eine relativ breite Spannbreite an Erkrankungen zum Gegenstand ihrer Tätigkeit machen können. Eingrenzungen auf gesetzlicher Ebene bestehen kaum; die gesetzlichen Regelungen überlassen die Feinprogrammierung den Krankenhausträgern und den jeweils aktuell relevanten Entwicklungen insbesondere bei den psychiatrischen Behandlungsbedarfen. Diese Flexibilität ist für die hier relevanten Fragestellungen ein Vorteil. Ein Nachteil ist, dass das Gesetz (§§ 117, 118 SGB V) die besondere Lage von Kindern psychisch kranker Eltern nicht wenigstens – im Sinne eines Erinnerungsposten – erwähnt.

204

d) Beispiel „Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)“

Eine andere Gestaltungsoption für die hier interessierende Gesamtproblematik bildet die „Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)“ (auch: Integrierte Versorgung [IV], vgl. § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V). Hiermit werden „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ (§ 140a Abs. 1 S. 1 SGB V) ermöglicht. Die Idee der sektorenübergreifenden bzw. -verbindenden Versorgung steht im Vordergrund, was zudem mit der – für das geltende Recht generell ungewöhnlichen – Option verbunden wird, bei Bedarf von den ansonsten geltenden Rechtsvorschriften abweichen zu dürfen (§ 140a Abs. 2 S. 1-3 SGB V). Mit anderen Worten: Das Gesetz gewährt Krankenkassen und Leistungserbringern die Möglichkeit, „maßgeschneiderte“ Versorgungsangebote durch sog. Selektivverträge zu entwickeln und zu implementieren.

205

Der Gesetzestext schließt entsprechende familiensystemisch sensible Angebote schon derzeit nicht aus, allerdings fehlt im Gesetzestext im Sinne eines Merkpostens ein Hinweis auf diese Problematik. Auch stellt sich die über den Gegenstand dieses Gutachtens hinausweisende Grundfrage, inwieweit das Vergütungsrecht der besonderen Versorgung einen Anreiz bietet, solche familiensystemisch sensiblen Behandlungssettings vorzuhalten. Hier stellen sich zahlreiche im Detail durch das Gesetz nicht bzw. nicht klar geregelte Fragen,²⁶⁸ die derzeit eher davon abhalten dürften, die Option des § 140a SGB V allzu mutig zu nutzen. Insbesondere die sog. Bereinigung der Gesamtvergütung (vgl. § 140a Abs. 6 SGB V) dürfte als Negativanreiz wirken, denn die besondere Versorgung führt nicht zu einer Ausweitung der ärztlichen Vergütung, sondern das Geld, das ärztliche Leistungserbringer erhalten, wird von der Gesamtvergütung, die außerhalb der besonderen Vergütung zu beachten ist, abgezogen.²⁶⁹ Allein deshalb ist die Aussicht, dass innovative Versorgungsangebote für die hier interessierende Problematik unter dem Dach des § 140a SGB V entstehen, überschaubar; sie wird signifikant erst steigen, wenn die beteiligten Leistungserbringer keinen vergütungsrechtlichen Nachteil befürchten müssen.

206

Hinzu kommt der gegen die besondere Versorgung gerichtete Generaleinwand, dass sie eben eine besondere und keine Regelversorgung sei. Dieser Einwand verkennt indes, dass die Angebote der besonderen Versorgung – sofern die Anreize stimmen und Fehlanreize nicht überlagern – helfen können, innovative Versorgungsangebote auszuprobieren mit der Folge, dass sie – bei guten Erfahrungen – im Rahmen der Regelversorgung verstetigt werden können.

207

e) Beispiel „Modellprojekte zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (§ 64b SGB V)

Die Krankenkassen(verbände) können mit Leistungserbringern unter wissenschaftlicher Begleitung (vgl. § 65 SGB V) „Modellprojekte zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (§ 64b SGB V) auflegen. Sie dienen der „Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen [...], die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ (§ 64b Abs. 1 S. 1 SGB V). Hierbei können insbesondere Kooperationen zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgung und Hochschulambulanzen

208

²⁶⁸ Sodan/Weidenbach 2018, § 31 SGB V Rn. 52 ff.

²⁶⁹ Sodan/Weidenbach 2018, § 31 SGB V Rn. 53a.

(oder Psychiatrischen Institutsambulanzen) erwogen werden.²⁷⁰ Eine Mindestzahl an Projekten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vorgesehen (vgl. § 64b Abs. 1 S. 2 SGB V). Diese Modellvorhaben sind thematisch weitgehend offen gestaltet, sodass familiensystemisch sensible Versorgungsangebote, die zu der im Zentrum dieses Gutachtens stehenden Problematik passen, sich hier unterbringen ließen. Allein ist es auch hier so, dass diese denkbare Ausrichtung im Gesetzestext nicht anklingt.

Soweit, wie bei der besonderen Versorgung (§ 140a SGB V), der Einwand erhoben werden könnte, dass es sich „nur“ um Modellprojekte handele, ist dem entgegenzuhalten, dass aus Modellprojekten nach aller bisherigen Erfahrung häufig Angebote entstanden sind, die zur Regelversorgung gehören. Modellprojekte sind mit anderen Worten oft die Vorstufe zur Regelversorgung.

209

f) Desiderat: Aufeinander abgestimmte Versorgungspfade bzw. Versorgungsketten

Die vorstehend skizzierten Versorgungsangebote zeigen: Das Recht der GKV kennt zahlreiche Ansätze für familiensystemisch sensible Versorgungsangebote, die der Situation von (ggf. selbst psychisch belasteten) Kindern psychisch kranker Eltern Rechnung tragen könnten. Sie können zu (modellhaften) Plattformen für aufeinander abgestimmte Versorgungspfade bzw. Versorgungsketten weiterentwickelt werden, ohne dass dies zwingend Gesetzesänderungen voraussetzt. Die Optionen sind eher allgemein gehalten, hängen also nicht zuletzt von der Konkretisierung durch die Akteure „vor Ort“ ab. Letztlich kommt es darauf an, dass die Optionen je nach den lokalen und/oder regionalen Versorgungsbedarfen genutzt werden. Hierbei sind die fachlichen Debatten über angemessene Versorgungsketten zu berücksichtigen (siehe auch unten 8.1 und 8.2). Sie beeinflussen wesentlich, welche Elemente aus dem „Baukasten“ des geltenden Rechts sinnvoll kombiniert werden können (oder weiterentwickelt werden müssen).

210

5.1.2 (Primär-)Prävention und Früherkennung (Sekundärprävention)

5.1.2.1 (Primär-)Prävention und Früherkennung (Sekundärprävention) insb. in der GKV

Der Blick auf die Optionen im Bereich der „Prävention“ muss nach den Angeboten der (Primär-)Prävention unterscheiden, die von vornherein dem Entstehen von Erkrankungen bzw.

211

²⁷⁰ Vgl. die Begründung zum Entwurf des § 64b SGB V i.d.F. des Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) v. 21.7.2012 (BGBl I, 1613), BT-Drucks. 17/8986, 49.

deren Verschlimmerung entgegenwirken wollen. Die Maßnahmen der Früherkennung werden häufig auch als Sekundärprävention bezeichnet, denn sie benennen die Maßnahmen der Krankheits(früh)erkennung, die wichtig bleibt, sollte das Primäre – eben das gesundheitsförderliche Verhalten (Primärprävention) – nicht greifen (können).²⁷¹

5.1.2.2 Welche Angebote der Früherkennung für Kinder und Erwachsene, auch im Hinblick auf familiäre Komorbidität, gibt es?

Das Gesetz sieht in § 25 SGB V Früherkennung für Erwachsene und § 26 SGB V Früherkennung für Kinder vor. Gemeinsam ist beiden Vorschriften, dass die Voraussetzungen der Früherkennung nur recht abstrakt umschreiben werden (vgl. § 25 Abs. 1 S. 1 SGB V: „Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“;²⁷² vgl. § 26 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB V: „Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre [= gemeint sind die Kinder] körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken [...] sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“).

Für beide Vorschriften gilt, dass das Nähere – also der genaue Inhalt des Anspruchs – durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt wird (vgl. § 25 Abs. 4 S. 2, § 26 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V). Die derzeitige „Kinder-Richtlinie“ des G-BA²⁷³ beinhaltet eine Sozialanamnese als obligatorischen Bestandteil aller Untersuchungen. Dabei sind die Betreuungssituation und besonderen Belastungen in der Familie zu erfassen. Sie befasst sich aber nicht spezifisch mit psychischen Belastungen von Kindern, die Folge ihres Zusammenlebens mit psychisch belasteten Eltern sind.

Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie verweist auf das Ziel, „durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu

²⁷¹ Zu den Begriffen Primär- und Sekundärprävention (und zur auf Verschlimmerungsverhütung abzielenden Tertiärprävention) Becker/Kingreen/Welti 2018, § 20 SGB V Rn. 6 f.

²⁷² Hinzu kommt bei Erwachsenen ein Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 26 Abs. 2 SGB V); sie steht nicht im Fokus der hier interessierenden Problematik und wird deshalb im Folgenden nicht genauer betrachtet.

²⁷³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) i.d.F. vom 18.6.2015, zuletzt geändert am 19.10.2017 (www.g-ba.de, Aufruf: 29.9.2018).

verhindern“.²⁷⁴ Der Familienkontext wird nicht angesprochen, was die Ärzt*innen zwar nicht anhält, aber auch nicht davon abhalten muss, ihn gleichwohl bei der Anamnese zu ermitteln. Ausdrücklich wird die aus ärztlicher Sicht ohnehin gebotene Beachtung dieses fachlichen Standards nicht angesprochen.

Die für Erwachsene geltende Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie²⁷⁵ definiert einen relativ weiten Korridor für die ärztliche Früherkennungsuntersuchung, d.h. es fehlen – anders als bei der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie –²⁷⁶ spezifische Vorgaben an den/die Ärzt*in. 215

Sowohl in der Kinder- als auch in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss bislang nichts Näheres zur psychischen Gesundheit – auch im Familienkontext bzw. im Hinblick auf familiäre Komorbidität – geregelt. Ebenso fehlt es an einer Klarstellung, etwa durch eine Ergänzung der §§ 25, 26 SGB V, dass diese Aspekte in den Richtlinien anzusprechen sind. 216

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist zudem befugt, dort, wo ihm notwendige Erkenntnisse über Wirkungszusammenhänge fehlen, eine Gesundheitsuntersuchung „auf Probe“ im Rahmen einer Erprobungsrichtlinie zu erlassen (vgl. § 25 Abs. 3 S. 3 und S. 4 i.V.m. § 137e SGB V; das gilt auch für die Kinder-Richtlinie, vgl. die Verweisung in § 26 Abs. 3 S. 1 SGB V). Schließlich können die Krankenkassen Modellprojekte zu Maßnahmen der Früherkennung durchführen bzw. dazu Vereinbarungen treffen (§ 63 Abs. 2 SGB V). Sollte es im hier interessierenden Feld, etwa für bestimmte Krankheitsbilder, noch Erprobungsbedarf oder den Bedarf geben, die Anwendung von Früherkennungsmethoden kontrolliert in einem kleineren Rahmen zu testen, so ist auch dies – sofern gewollt – möglich. 217

Vor diesem Hintergrund sind ärztliche Präventionsempfehlungen (vgl. § 25 Abs. 1 S. 2 und S. 3, § 26 Abs. 1 S. 3 und S. 4 SGB V) zwar schon jetzt denkbar, wenngleich das Gesetz bislang bei Prävention eher an anderes denkt (vgl. den Hinweis auf „Fitnessstudios“ in § 25 Abs. 1 S. 3 SGB V). 218

²⁷⁴ Ziff. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) i.d.F. vom 26.6.1998, zuletzt geändert am 21.7.2016 (www.g-ba.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁷⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) i.d.F. vom 26.6.1998, zuletzt geändert am 21.7.2016 (www.g-ba.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁷⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) i.d.F. vom 18.6.2009, zuletzt geändert am 20.7.2017 (www.g-ba.de, Aufruf: 29.9.2018).

5.1.2.3 Präventionsleistungen nach den §§ 20 ff. SGB V für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil (insb. zum Begriff der „Lebenswelt“ und zur Rolle des Leitfadens des GKV-Spitzenverbandes)

Ob sich primärpräventive bzw. gesundheitsfördernde Leistungen (im Folgenden ist zusammenfassend meist von [primär]präventiven bzw. Präventionsleistungen die Rede) nach den §§ 20 ff. SGB V für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil eignen, ist im Kern eine fachliche Frage. Das Recht organisiert nur den Prozess, in dem das fachlich relevante Wissen wahrgenommen und in konkrete Leistungen umgesetzt wird. Wichtig ist, dass das Präventionsgesetz²⁷⁷ nichts daran geändert hat, dass die konkreten Präventionsleistungen auf bestimmte Sozialversicherungszweige, insbesondere das SGB V, verteilt bleiben. Die Leistungen können also nicht flexibel zwischen den Sozialversicherungszweigen oder gar in steuerfinanzierte Sicherungssysteme hin und her „verschoben“ werden. Der Fortschritt, den das Präventionsgesetz gebracht hat, liegt darin, dass gleichsam hinter der Bühne der im jeweiligen Sicherungssystem fixierten Leistungsansprüche die Kooperation aller Institutionen, insbesondere der Sozialversicherungsträger, die mit Präventionsaufgaben betraut sind,²⁷⁸ koordiniert und optimiert wird, damit sie ihre jeweiligen Präventionsanstrengungen auf einer abgestimmten Wissensbasis und ohne interorganisatorische Effektivitätsverluste in Angriff nehmen können.

Ausgangspunkt für die Beantwortung der Frage, welchen Präventionsleistungen für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil insbesondere unter dem Aspekt der „Lebenswelt“ verfügbar sind, müssen die Leistungsansprüche für den Bereich der Primärprävention bzw. des gesundheitsförderlichen Verhaltens sein, die die Krankenkasse in ihrer Satzung festlegt (§ 20 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die Leistungen beziehen sich allgemein auf die verhaltensbezogene Prävention (§ 20 Abs. 4 Nr. 1 i.V.m. Abs. 5 SGB V), die Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20 Abs. 4 Nr. 3 i.V.m. § 20b SGB V) – sie sollen im Folgenden nicht näher betrachtet werden – und die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V (so § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V).

Was die jeweilige Krankenkassen in der Satzung im Einzelnen festlegt, wird in einem hochkomplexen fachlich-politischen Aushandlungsprozess unter Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse (vgl. § 20 Abs. 2 S. 1 SGB V) und Beteiligung zahlreicher kollektiver Akteure auf Ebene von Bund, Ländern, Kommunen, der Sozialversicherungsträger und sonstiger ge-

²⁷⁷ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.7.2015 (BGBl I, 1368).

²⁷⁸ S. etwa zur Gesetzlichen Rentenversicherung § 14 SGB VI und zur Gesetzlichen Unfallversicherung § 1, §§ 14 ff. SGB VII.

sundheitsrelevanter Institutionen, wie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), vorstrukturiert (s. insbesondere § 20d bis f SGB V, ferner § 20a Abs. 3 SGB V).

Die Relevanz der Familienperspektive und von psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen wird allgemein etwa in den Rahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz angesprochen.²⁷⁹ Die Rahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V fallen insoweit nicht konkreter aus.²⁸⁰

Der GKV-Spitzenverband legt in einem „Leitfaden“ genannten Dokument (das Gesetz verwendet den Begriff nicht, vgl. § 20 Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 20a Abs. 3 S. 2 SGB V) Handlungsfelder und Kriterien fest, anhand derer insbesondere der Bedarf an Präventionsleistungen bestimmbar wird (§ 20 Abs. 2 S. 1 SGB V). Hierbei kommt dem GKV-Spitzenverband, sofern er die dazu gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Expertise (vgl. § 20 Abs. 2 S. 1 SGB V) berücksichtigt, ein Gestaltungsspielraum zu, der die definierten Handlungsfelder und Kriterien als vertretbare Unterscheidungen erscheinen lassen muss. Welche Akzente die Krankenkassen hierbei setzen, obliegt ihrem Normsetzungsermessen, d.h., was sie als Satzungsleistung festlegen und was nicht, muss (nur) eine vertretbare, also eine nicht völlig untragbare bzw. unvernünftige Entscheidung sein.

Sofern die Ansprüche auf Gewährung von Präventionsleistungen keine Rechtsansprüche sondern (wie wohl in den allermeisten Fällen) Ermessensansprüche sind²⁸¹ (das hängt von der jeweiligen Ausgestaltung der Krankenkassen-Satzung ab)²⁸², spielt der „Leitfaden“ nicht nur eine Rolle als internes Orientierungspapier für die Krankenkassen, sondern der „Leitfaden“ ist zugleich, funktional betrachtet, eine Verwaltungsvorschrift, die – sofern die jeweilige Krankenkasse sie bei ihren Entscheidungen zugrunde legt – die Auslegung von Gesetzesbegriffen anleitet und auch die Ausübung des Ermessens lenkt. Sofern es sich, was – wie erwähnt – von der Ausgestaltung der Satzung abhängt, um Rechtsansprüche handelt, wirkt der „Leitfaden“ (nur) als auslegungsleitende Verwaltungsvorschrift. Allerdings lassen sich direkt aus dem „Leitfaden“ keine Ansprüche herleiten. Es kommt immer auf die jeweilige Satzung der Krankenkasse an.

²⁷⁹ Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, verabschiedet am 19.2.2016, abrufbar unter (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018)

²⁸⁰ S. beispielhaft die Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V für NRW (www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁸¹ Beispielhaft § 7 Abs. 1 S. 5 Satzung der AOK Rheinland/Hamburg (www.aok.de, Aufruf: 29.9.2018): „Ein Anspruch auf Leistungen der Primärprävention besteht nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der im Haushaltsplan hierfür vorgesehenen Mittel.“

²⁸² Vgl. Becker/Kingreen/Welti 2018, § 20 SGB V Rn. 11.

In diesem dichten Geflecht ineinander verschachtelter Normierungen wird es mit Blick auf die im vorliegenden Rahmen relevanten psychischen Erkrankungen konkreter, denn (zumindest) den depressiven Erkrankungen wird besondere Aufmerksamkeit zuteil. Sie werden schon im Gesetz als relevante Gestaltungsvorgabe erwähnt (§ 20 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 SGB V), was durch die (in § 20 Abs. 3 S. 4 SGB V genannte) „Bekanntmachung des Bundesministerium für Gesundheit über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung“ vom 26.2.2013²⁸³ konkretisiert wird. Schließlich ist zu beachten, dass die BzGA im Hinblick auf die lebensweltorientierte Prävention (zu dieser sogleich) Leistungen (genau genommen: Vorschläge für mögliche Leistungen) beschreibt, die sodann von den Krankenkassen in ihrer Satzung übernommen werden können (vgl. § 20a Abs. 3 SGB V).

Das Profil der Präventionsleistungen, so wie sie derzeit in den Satzungen der Krankenkassen definiert sind, fällt sehr unterschiedlich aus.²⁸⁴ Manche Satzungen stellen präventive Leistungen, die den negativen Effekten sog. Zivilisationskrankheiten entgegenwirken sollen, in den Vordergrund und verweisen nur recht pauschal auf Setting-Ansätze (lebensweltorientierte Ansätze).²⁸⁵ Manche Satzung fällt hinsichtlich des Themas Prävention sogar sehr karg aus.²⁸⁶ Andere Satzungen wiederholen nur die gesetzlichen Vorgaben – schließen also z.B. lebensweltorientierte Präventionsleistungen nicht aus –, aber was genau gemeint ist, bleibt unklar.²⁸⁷ Z.T. werden bestimmte Schwerpunkte hervorgehoben.²⁸⁸ Die meisten Satzungen beziehen sich auf den „Leitfaden“, manche Satzungen etwas spezifischer als andere.²⁸⁹ Manchmal wird auch betont: „Die Ausgestaltung der Leistungen orientiert sich in diesem [durch den „Leitfaden“ gesteckten] Rahmen an den Bedürfnissen der Versicherten [...]“.²⁹⁰

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Präventionsleistungen, die psychische Belastungen/Erkrankungen betreffen, in den Satzungen nicht explizit erwähnt werden, erst recht wer-

²⁸³ BAnz AT 26.03.2013 B3, S. 15-21.

²⁸⁴ Bei derzeit (Stand. 1.1.2018) 110 Krankenkassen (vgl. die Zahlen unter www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018) konnte nicht jede Satzung gesichtet werden. Die Stichprobe konzentriert sich auf mitgliederstarke Krankenkassen.

²⁸⁵ Vgl. § 18 Satzung der TK (Techniker Krankenkasse, www.tk.de); ähnlich § 7 Satzung der AOK Rheinland/Hamburg (www.aok.de, Aufruf: 29.9.2018); § 18 Satzung der DAK (www.dak.de, Aufruf: 29.9.2018); § 10a Satzung der BKK Mobil Oil (www.bkk-mobil-oil.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁸⁶ Vgl. § 8 Satzung AOK Baden-Württemberg (www.aok.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁸⁷ Vgl. § 31 Satzung der BARMER (www.barmer.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁸⁸ Vgl. § 11 Satzung AOK Bayern, insbesondere Abs. 2 Buchst. b (zur Setting- bzw. lebensweltorientierten Ansätzen): „Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der kommunalen Gesundheitsförderung“ (www.aok.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁸⁹ Vgl. § 23 Abs. 1 S. 2 Satzung IKK Classic: „§ 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands“.

²⁹⁰ § 7 Abs. 1 S. 4 AOK Rheinland/Hamburg (www.aok.de, Aufruf: 29.9.2018).

den keine familiensystemisch sensiblen Leistungen explizit angeboten. Formal wird manche Satzung aber so zu verstehen sein, dass sie solche Leistungen nicht ausschließen will.

Der „Leitfaden“ des GKV-Spitzenverbandes spricht an verschiedenen Stellen die „Lebenswelt von Kinder und Jugendlichen“ oder die Relevanz psychischer Belastungen bzw. Erkrankungen an.²⁹¹ Ferner werden Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausdrücklich als Zielgruppe von Präventionsaktivitäten benannt.²⁹² Der „Leitfaden“ bezeichnet die Familie vor diesem Hintergrund als „Primärgruppe“²⁹³, ein Begriff, der weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung²⁹⁴ verwendet wird. Das hat zur Folge, dass nur soziale Systeme, die sich um diese Primärgruppe anordnen, als Lebenswelten bezeichnet werden mit der Folge, dass präventive Leistungen, die die Familie als Ganzes in den Blick nehmen, nur vermittelt über andere Lebenswelten (etwa die Lebenswelt Kommune) wirken können.

Im Gesetz heißt es: „Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1 S. 1 SGB V). Damit werden Lebensräume benannt, in denen sich auch Familienleben ereignet. Die Gesetzesbegründung verweist ferner auf Kindertagesstätten bzw. die „Lebenswelt Kita“²⁹⁵, über die „nicht nur die Kinder selbst, sondern auch deren Familien und auch Alleinerziehende erreicht werden.“²⁹⁶ Außerdem werden die Lebenswelt „Arbeit“ und „Kommune/Stadtteil“ erwähnt.²⁹⁷ Da allgemein die Lebenswelt des „Lernens“ aufgeführt wird, spricht das dafür, auch die Schule als Lernort zu den Lebenswelten zu zählen. Das gilt mit Blick auf die Lebenswelten „Wohnen“ sowie „Freizeitgestaltung“ auch für Einrichtungen bzw. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe.

Sozialwissenschaftlich betrachtet, lässt sich eine (Klein-)Familie als Gefüge von Interaktionen bzw. Beziehungen zwischen Eltern und Kindern und folglich als soziales System begreifen, das von anderen Interaktions- bzw. Beziehungsgefügen unterscheiden werden kann. Das ist auch für Niklas Luhmann, der den Begriff der sozialen Systeme im deutschsprachigen sozial-

²⁹¹ „Leitfaden Prävention“, Kap. 3, 18 (zur Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen), 19 (zur Arbeitswelt und psychischen Belastungen) (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁹² „Leitfaden Prävention“, Kap. 3, S. 17 (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018).

²⁹³ „Leitfaden Prävention“, Kapitel 4, S. 22 (r. Sp. o.).

²⁹⁴ Vgl. die Begründung zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) v. 17.7.2015 (BGBl I. 1368), BT-Drucks. 18/4282, 35 f.

²⁹⁵ Begründung zum Präventionsgesetz, BT-Drucks. 18/4282, 35.

²⁹⁶ Begründung zum Präventionsgesetz, BT-Drucks. 18/4282, 35.

²⁹⁷ Begründung zum Präventionsgesetz, BT-Drucks. 18/4282, 35.

wissenschaftlichen Diskursraum wesentlich geprägt hat,²⁹⁸ unstreitig, weshalb er vom „Sozialsystem Familie“²⁹⁹ spricht. Ferner zeichnet sich der facettenreiche Begriff der „Lebenswelt“ dadurch aus, dass er die Relevanzperspektive der Menschen einzunehmen verlangt: „Lebensweltorientierung [...] verweist auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den Adressat/innen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und Handlungsmustern in den gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Optionen.“³⁰⁰ Dementsprechend ist z.B. auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, das zum Erlass des Bundeskinderschutzgesetzes (BKISchG)³⁰¹ geführt hat, von der „Lebenswelt des Kindes“ die Rede gewesen, die das Zuhause als Lebensmittelpunkt der Familie einschloss.³⁰² Ganz in diesem Sinne wird auch im Kontext der Frühen Hilfen von der „Lebenswelt Familie“ gesprochen.³⁰³

Dieses Verständnis von Familie als Lebenswelt übernimmt das SGB V letztlich nicht. Neben einem nicht hinreichend in diese Richtung weisenden Gesetzeswortlaut und einer insoweit schweigsamen Gesetzesbegründung dürfte gegen die These, dass § 20a SGB V die Familie als Lebenswelt erfasst, in gesetzessystematischer Hinsicht sprechen, dass § 20a auf die „für die Lebenswelt Verantwortlichen“ (§ 20a Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 1 SGB V) verweist und damit in erster Linie Verantwortungsträger in Bund, Ländern und Kommunen meint.³⁰⁴ Der in § 20a SGB V definierte Lebenswelt-Ansatz richtet sich nicht unmittelbar an die Familien, er nimmt vielmehr vorrangig die Rahmenbedingungen in den Blick, die gesundheitsförderlich auszurichten sind.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der im „Leitfaden Prävention“ sichtbar werdende Sinn für die Familie als Ort auch überindividuell ansetzender Prävention im Gesetz insoweit angelegt ist, als die Familienperspektive vermittelt über andere Lebenswelten (Kommune, Kita, Schule etc.) berücksichtigt wird. Ob auch die Familie als eigenständige Lebenswelt im

²⁹⁸ Luhmann, 1984.

²⁹⁹ Luhmann 1990, 196 ff.

³⁰⁰ Thiersch/Grunwald 2002, 129; zur Einordnung (u.a. mit Blick auf Edmund Husserl und Alfred Schütz) Kraus 2006, 116 ff.

³⁰¹ Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKISchG) v. 22.12.2011 (BGBl I, 2975).

³⁰² Vgl. Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des BKISchG, BT-Drucks. 17/6256, 42 zum Vorschlag eines (nicht Gesetz gewordenen) § 20e SGB V, der auf die „Lebenswelt des Kindes“ (so in § 20e Abs. 1 S. 2 des SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfs) einschließlich der Familie fokussierte; s. ebd. auch die Ausführungen zum „präventive[n] Hausbesuch in der Lebenswelt des Kindes“.

³⁰³ NZFH 2016.

³⁰⁴ Begründung zum Präventionsgesetz, BT-Drucks. 18/4282, 21: die „für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“; es geht um „Verantwortliche in Institutionen“ (Stellungnahme des Bundesrates, BT-Drucks. 18/4282, 55).

Kontext des SGB V (ggf. durch eine Gesetzesänderung) anzuerkennen wäre, hängt insbesondere davon ab, das § 20a SGB V zu einer Sozialleistung weiterentwickelt wird, die unmittelbar die Familien adressiert ; das ginge über einen Ansatz, der in erster Linie die Rahmenbedingungen gesundheitsförderlichen Verhaltens durch Organisationsentwicklung stärken will, hinaus.

5.1.2.4 Selbsthilfegruppen (§ 20h SGB V) für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil

Gemäß § 20h Abs.1 SGB V können Krankenkassen(verbände) „Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten“ sowie „Selbsthilfekontaktstellen“ finanziell fördern. Welche Krankheiten relevant sind, wird durch den GKV-Spitzenverband festgelegt (vgl. § 20h Abs.1 S. 2 SGB V: „Verzeichnis der Krankheitsbilder“). Näheres zur finanziellen Förderung regeln § 20h Abs. 2 und Abs. 3 SGB V sowie der „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10.3.2000 in der Fassung vom 20.8.2018³⁰⁵. Im Jahr 2017 standen bei ca. 72 Mio. GKV-Versicherten ca. 77,4 Mio. EUR zur Verfügung.³⁰⁶ Der Richtwert pro GKV-Versicherten für das Jahr 2018 beträgt 1,10 EUR³⁰⁷ (vgl. zur Berechnung § 20h Abs. 3 S. 1 SGB V).

Bei der Förderung ist nach der kassenartübergreifenden Gemeinschaftsförderung und der krankenkassenindividuellen (Projekt-)Förderung zu unterscheiden.³⁰⁸ Hinter dieser Unterscheidung steht zum einen die Erfahrung, dass zahlreiche Angebote für GKV-Versicherte unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit interessant sind, während manche Angebote eher zur Population der einen Krankenkasse passen und weniger zur Population einer anderen. Außerdem soll Wettbewerb unter den Selbsthilfegruppen möglichst vermieden werden, weshalb einheitliche Ansprechpartner für übergreifende Fragestellungen geschaffen wurden.³⁰⁹ Die zur Verfügung stehenden Mittel (§ 20 Abs. 3 SGB V) werden etwa zur Hälfte auf die Gemein-

³⁰⁵ „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ (www.gkv-spitzenverband.de, Aufruf: 29.9.2018).

³⁰⁶ „GKV – Entwicklung des Selbsthilfe-Fördervolumens, in Millionen Euro, 1999 bis 2017, Bundesgebiet“ (www.vdek.com, Aufruf: 29.9.2018); zu den Versichertenzahlen vgl. „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/2018“ (www.vdek.com, Aufruf: 29.9.2018).

³⁰⁷ Gemeinsames Rundschreiben 2018 der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände auf Bundesebene zur Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene gemäß § 20h SGB V, 4 (www.vdek.com, Aufruf: 29.9.2018).

³⁰⁸ „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“, 12 ff., 24 ff.; Näheres im Gemeinsamen Rundschreiben 2018; danach wird die krankenkassenindividuelle Förderung teils direkt durch (mitgliederstarke) Krankenkassen, teils durch den jeweils zuständigen Krankenkassenverband administriert.

³⁰⁹ Becker/Kingreen/Welti 2018, § 20h SGB V Rn. 11.

schaftsförderung und zur Hälfte für die krankenkassenindividuelle Förderung aufgewandt. Es handelt sich der Sache nach um GKV-spezifisches Förder- bzw. Subventionsrecht. Wie im Förder- bzw. Subventionsrecht üblich, gibt es keinen Rechtsanspruch auf Förderung, aber es besteht ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Prüfung des Antrags.³¹⁰ Der „Leitfaden“ ist daher, juristisch betrachtet, das, was in anderen Bereichen „Förderrichtlinien“ genannt wird, d.h., ob und wie die Krankenkassenverbände bzw. die Krankenkassen ihr Ermessen ausüben, richtet sich wesentlich nach dem „Leitfaden“.

§ 20h SGB V sieht eine (beratende) Beteiligung der Vertretungen der für „die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ bei der Erstellung des Krankheitsverzeichnisses (§ 20h Abs. 1 S. 2 Hs. 2 SGB V) und bei der Vergabe der beantragten Mittel (§ 20h Abs. 3 S. 4 SGB V) vor. Als maßgebliche Spitzenorganisationen auf Bundesebene gelten derzeit: 236

- die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf;
- Der PARITÄTISCHE Gesamtverband e. V., Berlin
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Berlin
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm

Anders als etwa bei der Patientenbeteiligung (§ 140f SGB V, Patientenbeteiligungsverordnung – PatBV) gibt es kein gesetzlich festgelegten Kriterien, wer eine solche „maßgebliche“ Organisation ist. Im Unterschied zu § 140f SGB V ist es allerdings auch nicht erforderlich, dass die Organisationen auf *Bundesebene* maßgeblich sein müssen (was sie allerdings, wie die genannten Organisationen belegen, häufig sein werden sind). D.h., es wird insbesondere auf den Mitgliederkreis (Zahl, welche Art von Betroffenheit), die gesamtgesellschaftliche Relevanz der Gesundheitsthematik (z.B. psychische Erkrankungen), die auf Dauer angelegte, verlässliche Interessenvertretung sowie die Präsenz „in der Fläche“, also die Erreichbarkeit für GKV-Versicherte abzustellen sein. Außerdem sind unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten strukturelle Ähnlichkeiten zu den bereits anerkannten Organisationen zu berücksichtigen. Ein entsprechender Antrag, als maßgebliche Organisation im Sinne des § 20h SGB V anerkannt zu werden, kann auf einen Anspruch auf rechtsfehlerfreie, insbesondere mit Art. 3 Abs. 1 GG (Gleichbehandlung) vereinbare Ermessensausübung gestützt werden. 237

In dem „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ ist (als Anlage 2) auch das (dort so genannte) „Krankheitsverzeichnis“ gemäß § 20h Abs. 1 S. 2 SGB V enthalten. Das Krankheitsverzeichnis 238

³¹⁰ „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“, 44 (Stichwort „Rechtsanspruch“).

legt (in der Sache vertretbar, wenngleich das so im Gesetz nicht steht) unter Ausschluss von „Akutkrankheiten“ die „Förderung der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen“ für bestimmte Bereiche fest, die exemplarisch, nicht abschließend, erläutert werden. Dazu gehören auch „Suchterkrankungen (z.B. Medikamenten-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit, Essstörungen: Anorexie und Bulimie)“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen/Psychische Erkrankungen (z.B. psychische und Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Suizidalität, Hyperkinetische Störungen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Autismus, Rett-Syndrom, Depression)“.

Vor diesem Hintergrund können folglich auch Selbsthilfeangebote für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil gefördert werden. 239

5.1.3 Soziale Pflegeversicherung nach SGB XI

Auch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) kommt für die hier interessierende Problematik psychisch kranker Eltern in Betracht. Das Profil der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) hat sich durch die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG I, II, III), insbesondere durch das PSG II, stark verändert.³¹¹ Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt (§ 14 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB XI): 240

„¹Pflegebedürftig [...] sind Personen die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. ²Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder *psychische Beeinträchtigungen* oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für *mindestens sechs Monate*, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber auf die auf den früheren Pflegebedürftigkeitsbegriff bezogene Kritik reagiert, dass „kognitive und psychische Beeinträchtigungen (z.B. kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder bestimmte Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) bisher in der Begutachtung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt“³¹² wurden. Das führte in der Praxis vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dazu, dass „psychisch und kognitiv beeinträchtigte Menschen einschließlich der wachsenden Zahl an 241

³¹¹ PSG I, Gesetz vom 17.12.2014 (BGBl I, 2222); PSG II, Gesetz vom 21.12.2015 (BGBl I, 2424); PSG III, Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl I, 3191). – Die besonders bedeutsamen Änderungen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und die Einführung der Grade der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) gehen auf das PSG II zurück.

³¹² Begründung zum Entwurf des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, 1.

Demenz erkrankter Menschen im Vergleich zu vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen durchschnittlich niedrigere Pflegestufen erreichten.“³¹³

Die nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff relevante Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten (§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB XI) wird „personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt.“³¹⁴ Um dies sicherzustellen, wird die in § 14 SGB XI vorgenommene Definition von Pflegebedürftigkeit durch Vorschriften zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit und zum Begutachtungsinstrument in § 15 SGB XI ergänzt. Diese Vorschrift legt fünf Pflegegrade fest und definiert (zusammen mit Anlage 1 zu § 15 SGB XI) ein aus sechs Modulen bestehendes Begutachtungsinstrument (vgl. auch § 14 Abs. 2 SGB XI), das Kriterien benennt, mit deren Hilfe sich der Grad der Pflegebedürftigkeit ermitteln lässt.

Modul 2 bezieht sich auf den Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. es fragt danach, wie sehr bezogen auf folgende Kriterien Fähigkeiten beeinträchtigt, und zwar im Hinblick auf das Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, die örtliche und die zeitliche Orientierung, das Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, das Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, das Treffen von Entscheidungen im Alltag das Verstehen von Sachverhalten und Informationen, das Erkennen von Risiken und Gefahren, das Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, das Verstehen von Aufforderungen und die Beteiligung an einem Gespräch.

Modul 3 bezieht auf den Bereich der Verhaltensweisen und der psychischen Problemlagen. Hier geht es um Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Hinblick auf folgende Kriterien: Motorisch geprägte; nächtliche Unruhe, Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen.

Gemessen vor allem an diesen beiden Modulen, insbesondere Modul 3, sowie an den ebenfalls zu berücksichtigenden weiteren Modulen,³¹⁵ können psychisch kranke Eltern pfle-

³¹³ Begründung zum Entwurf des § 14 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, 108.

³¹⁴ Begründung zum Entwurf des § 14 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, 109.

³¹⁵ Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität, Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung, Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

gebedürftig sein.³¹⁶ Das Ausmaß gestuft eingeordnet wird (fünf Pflegegrade, vgl. § 15 Abs. 3 S. 4 SGB XI). Zwar hat der Gesetzgeber in erster Linie ältere, nicht zuletzt auch hochaltrige Menschen insbesondere in einem Zustand der (Alzheimer-)Demenz im Blick gehabt.³¹⁷ Allerdings ist das SGB XI nicht auf gerontopsychiatrisch relevante Beeinträchtigungen beschränkt. In der Gesetzesbegründung ist ausdrücklich von „psychisch und kognitiv beeinträchtigte[n] Menschen einschließlich der wachsenden Zahl an Demenz erkrankter Menschen“³¹⁸ die Rede. Die Pflegebedürftigkeit bezieht sich uneingeschränkt auf alle psychischen Beeinträchtigungen (vgl. § 14 Abs. 1 S. 2 SGB XI).

Sofern alle weiteren Leistungsvoraussetzungen vorliegen (etwa, dass die Personen in der Pflegeversicherung versichert sind, vgl. §§ 20 ff. SGB XI) können pflegebedürftigen psychisch kranken Eltern Leistungen nach dem SGB XI zustehen, etwa die Leistungen zur häuslichen Pflege, z.B. die sog. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI). Sie kann allerdings nur in Anspruch genommen werden, wenn es sich um eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2 bis 5 handelt: „Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf *Hilfen bei der Haushaltsführung* als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe)“ (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB XI). Die Summen, die der leistungsberechtigten Personen für Finanzierung des ambulanten Pflegedienstes zustehen, ergeben sich je nach Pflegegrad aus § 36 Abs. 3 SGB XI. „Hilfen bei der Haushaltsführung“ beziehen sich auf das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, die Nutzung von Dienstleistungen, der Umgang mit finanziellen Angelegenheiten sowie der Umgang mit Behördenangelegenheiten (§ 18 Abs. 5a S. 2 Nr. 2 SGB XI).³¹⁹ Es handelt sich also um Leistungen, die der Sache nach dem entsprechen, was in anderen sozialen Sicherungssystemen explizit als „Haushaltshilfe“ (§ 38 SGB V) oder sachlich vergleichbare Leistung (§ 20 SGB VIII) bekannt ist.

Entscheidend ist, dass die pflegebedürftige Person aus den Angeboten zugelassener Pflegedienste nach ihren Wünschen und Bedürfnissen frei wählen dürfen, unabhängig davon, ob

³¹⁶ Zur Berechnung des Pflegegrads vgl. insb. § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI mit Anlage 2.

³¹⁷ Die Begründung zum Entwurf von § 36 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, 120, verweist „vor allem“ auf die „Wünsche von an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörigen“; generell wird auf „die steigende Anzahl insbesondere von Menschen, die an Demenz erkrankt sind,“ hingewiesen, so BT-Drucks. 18/5926, 60, s. ferner 61: „Die Zahl der Menschen mit demenziellen Veränderungen oder eingeschränkter Alltagskompetenz wird [...] weiter steigen [...]“.

³¹⁸ Begründung zum Entwurf des § 14 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, 108.

³¹⁹ S. hierzu auch die Begründung zum Entwurf des § 36 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, S. 121.

diese Angebote körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung betreffen.³²⁰ Pflegebedürftige sollen zwar nicht mehr nur (passiv) versorgt, sondern (aktiv) bei der Haushaltsführung unterstützt werden, aber das schließt nicht aus, dass dies im Einzelfall bis zu einer vollständigen Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung gehen kann³²¹ (zur Abgrenzung von § 38 SGB V und § 20 SGB VIII s. unten 6.2).

Das Pflegeversicherungsrecht sollte im Sinne eines Merkpostens auch bei der nach geltendem Recht schon möglichen Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Eltern beachtet werden. Das SGB XI gestattet z.B. Modelle der sog. integrierten Versorgung (§ 92b SGB V), die mit Angeboten der gesetzlichen Krankenversicherung kombiniert werden können. Damit sollen „die starren Grenzen zwischen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung überwunden und die Möglichkeiten einer intensiven Verzahnung der unterschiedlichen Leistungssysteme verbessert werden.“³²² Derzeit wird insoweit eher an die Kooperation mit niedergelassenen Ärzt*innen oder Krankenhäusern gedacht.³²³ Das schließt aber nicht aus, dass – auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der auch psychische Beeinträchtigungen fokussiert – künftig auch leistungssystemübergreifende Modelle für psychisch kranke Eltern entwickelt werden. Übergreifende, auf die Lebenssituation abgestimmte Versorgungskonzepte und -pfade können so realisiert werden, aber das ist einstweilen noch Zukunftsmusik.

5.2 Zugang zu Leistungen (Niedrigschwelligkeit)³²⁴

Mit „Zugang“ soll die effektive Chance bezeichnet werden, soziale Dienstleistungen bzw. Dienstleistungen im Rahmen der GKV zu nutzen. Dabei wirkt die Ausgestaltung der Leistungsansprüche auf dem Papier des Bundesgesetzblatts (sowie ergänzend ergehender Rechtsakte) zusammen mit praktischen Problemen, solche theoretisch bestehenden Ansprüche effektiv nutzen zu können.

³²⁰ Begründung zum Entwurf des § 36 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, S. 120.

³²¹ Begründung zum Entwurf des § 36 SGB XI i.d.F. des PSG II, BT-Drucks. 18/5926, S. 121.

³²² Begr. zum Entwurf des § 92b SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26.3.2007 (BGBl I, 378), BT-Drucks. 16/3100, 188.

³²³ Udsching/Schütze/Udsching 2018, § 92b SGB V Rn. 2; zu Krankenhäusern s. die Begründung zum Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, BT-Drucks. 16/3100, 188.

³²⁴ Zum Begriff der Niedrigschwelligkeit Fn. 4.

248

249

250

Wie in den obigen Ausführungen bereits angeklungen (siehe oben 5.1.1.1), fokussieren die Leistungsansprüche des SGB V regelmäßig nur auf Individuen und ihre – als individuell zurechenbar konstruierte – Krankheit. Angesichts der spezifischen Lage von psychisch kranken Eltern und (ggf. ebenfalls psychisch kranken) Kindern ist es ein für das gesamte System der GKV charakteristisches Defizit, dass erwartet wird, Menschen können den gesundheitlichen Hilfebedarf durchweg aus eigenem Antrieb aktivieren. Dass das bei vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen nicht der Fall ist, liegt auf der Hand. Deshalb drängt sich der Eindruck auf, dass das GKV-System aus Sicht der Betroffenen überwiegend *nicht* als niedrigschwellig wahrgenommen wird. Selbst wo Hilfe nachgesucht wird, ist es nicht immer selbstverständlich, an ärztliche Expert*innen zu geraten, die in einer der Lebenssituation des Betroffenen gerecht werdenden Weise zeitaufwändig zu kommunizieren bereit und in der Lage sind. Das heißt nicht, dass das medizinische Personal dazu grundsätzlich nicht bereit und in der Lage wäre, das zeigen die zahlreichen gelungenen Angebote für Menschen mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen, die das GKV-System kennt. Aber solche Angebote müssen auch subjektiv verfügbar bzw. auffindbar sein.

Letztlich zeigt sich hier ein tiefer Bruch in der Hilfekultur zwischen der GKV und etwa der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe bzw. generell der Eingliederungshilfe. Das Gesundheitssystem, so wie es rechtlich ausgestaltet ist, denkt stärker von spezifischen Instrumenten der Gesundheitsversorgung her, während Assistenz- und Aktivierungsaspekte – wie kommt ein Mensch überhaupt dazu, eine Leistung in Anspruch zu nehmen? – als GKV-unspezifisch wahrgenommen und an andere Hilfesysteme abgegeben werden. Diese aber tun sich – aus rechtlichen, finanziellen und sonstigen Gründen (insbesondere unterschiedliche professionelle Mentalitäten) – schwer damit, die effektiv bestehenden Lücken beim realen Zugang zu passenden Gesundheitsleistungen zu schließen.

Zusammenarbeitsgebote, die sich ohnehin nur auf die „Einrichtungen des Gesundheitswesens“ beziehen (vgl. § 4 Abs. 3 S. 1 SGB V), sind gut gemeint, aber wenig wirkungsvoll. Es fehlen sowohl eine Erstreckung auf alle Dienste und Einrichtungen sozialer Sicherung außerhalb des Gesundheitswesens, differenziert nach in Rede stehender (drohender) Erkrankung, als auch Zusammenarbeitspflichten, über die ein Dienst bzw. eine Einrichtung des Gesundheitswesens die gewünschte Finanzierung rechtlich einfordern kann.

251

252

6 Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit³²⁵

6.1 Ausgangslage: viele Akteure, viele Schnittstellen für die Zuständigkeitsklärung

In Widerspruch zur EntschlieÙung des Deutschen Bundestages³²⁶ wurde in der Vergangenheit zum Teil vertreten, dass die bestehenden Leistungsgesetze für eine ausreichende Bedarfssicherung im Kontext von Eltern mit Behinderungen sorgen würden³²⁷ und „in den meisten Fällen eine eindeutige Klärung der Zuständigkeit“ möglich sei.³²⁸ Die Bedarfslagen seien, so *Zinsmeister*, bei Eltern mit Behinderungen in vier Fallgruppen zu unterteilen, wovon sich die ersten drei „jeweils eindeutig und zweifelsfrei“ mangels Leistungskonkurrenzen entweder der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Sozialhilfeträger (nunmehr Eingliederungshilfeträger) oder dem Träger der Kinder- und Jugendhilfe zuordnen lieÙen. Allein bei der vierten Fallgruppe, bei der es um Hilfen sowohl zum Ausgleich der Teilhabebeeinträchtigung des behinderten Elternteils als auch zur Vermeidung bzw. zum Ausgleich von Entwicklungsdefiziten des Kindes ginge, könne es zu einer Leistungskonkurrenz zwischen SGB VIII und SGB XII kommen.³²⁹

Die Verteilung der Zuständigkeit und Leistungsverantwortung auf derart viele und je nach konkreter Fallkonstellation mal (mit)verantwortlicher oder mal nicht verantwortlicher Leistungsträger für die betroffenen Familien sowie die sie betreuenden Fachkräfte stellt sich für die Praxis als komplex und z.T. undurchschaubar dar. Im folgenden Kapitel geht es daher um die differenzierte Beschreibung der Schnittstellen zwischen den im Kontext von Hilfen für Familien mit psychisch kranken Eltern verantwortlichen Leistungssystemen und deren jeweilige Abgrenzungen zueinander.

6.2 Abgrenzung von Leistungen nach SGB VIII zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX³³⁰

Das Zuständigkeitsverhältnis zwischen SGB VIII und SGB XII wird durch die Vorrang-Nachrang-Regelung des § 10 Abs. 4 SGB VIII bestimmt.³³¹ Danach besteht ein grundsätzlicher Vorrang

³²⁵ Abschnitt 6 geht auf die Fragen A.12-14., A.17-18, A.21, B., B.6 im Fragenkatalog ein, siehe Anhang 1.

³²⁶ BT-Drucks. 18/12780.

³²⁷ BMAS 2013, 277.

³²⁸ Zinsmeister 2012.

³²⁹ Zinsmeister 2012, 6.

³³⁰ Zur besseren Lesbarkeit wird in den hier folgenden Ausführungen jeweils nur auf die Leistungen nach SGB XII Bezug genommen. Für die Zeit ab dem 1.1.2020 sind diese dann jedoch auf die Leistungen nach SGB IX Teil 2 zu beziehen.

³³¹ Grundlegend zu den Abgrenzungsfragen hier Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 10 SGB VIII Rn. 44 ff.; Schellhorn et al./Schellhorn 2017, § 10 SGB VIII Rn. 35 ff.; Kunkel et al./Kepert 2018, § 10 SGB VIII Rn. 58 ff.; Wiesner/Wiesner 2015, § 10 SGB VIII Rn. 31 ff.

von SGB VIII-Leistungen gegenüber denen des SGB XII (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII). Die wichtigste Ausnahme von diesem Grundsatz besteht mit Blick auf Eingliederungshilfen für junge Menschen mit (auch) körperlichen und/oder geistigen Behinderungen (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Liegt bei dem jungen Mensch indes allein eine seelische Behinderung oder ein erzieherischer Bedarf vor, verbleibt es bei dem Grundsatz der vorrangigen Zuständigkeit des Trägers der Kinder- und Jugendhilfe.

Grundvoraussetzung für das Eingreifen dieser Konkurrenznormen ist – wie bei allen Vorrang-Nachrang-Regelungen –, dass sich sowohl aus dem SGB VIII als auch dem SGB XII ein Leistungsanspruch ergibt und die zusammentreffenden „Leistungen gleich, gleichartig, einander entsprechend, kongruent, einander überschneidend oder deckungsgleich sind“.³³² Handelt es sich jedoch um die Deckung unterschiedlicher Bedarfe, kommt es zu keiner Leistungskollision und in der Folge zur parallelen Leistungsverpflichtung.³³³ Im letzteren Fall spricht man auch von alleiniger bzw. originärer Zuständigkeitsverantwortung.

Für die etwaigen Leistungsverpflichtungen nach dem SGB VIII bzw. SGB XII und ihr Zusammentreffen im Kontext von Hilfen für Familien mit psychisch kranken Eltern bedeuten diese Vorgaben letztlich Folgendes:

- Für den Fall der *gemeinsamen Unterbringung* ist – spätestens seitdem sich das BSG im März 2012 der Ansicht des BVerwG³³⁴ angeschlossen hat³³⁵ (dazu auch 3.2) – zwar geklärt, dass sich grundsätzlich eine doppelte Zuständigkeit ergibt: Insofern ist der Träger der Eingliederungshilfe zur Übernahme der Kosten des behinderten Elternteils, der Träger der Jugendhilfe indes für die des Kindes verpflichtet. Allerdings kommt auch hier die Regelung des § 10 Abs. 4 SGB VIII zur Anwendung.³³⁶ D.h., handelt es sich bei dem Elternteil nicht mehr um einen „jungen Menschen“, ist er also 27 Jahre oder älter, bzw. liegt bei ihm keine körperliche und/oder geistige Behinderung vor, greift nicht die Regelung des § 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII, sondern für beide Hilfeeile – also für den Elternteil und das Kind – die Regelung des § 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII. Die gemeinsame Unterbringung von psychisch

³³² So die grundlegenden Vorgaben des BVerwG in seiner Entscheidung vom 23.9.1999 – 5 C 26/98, ZfJ 2000, 191, m. ausf. Bespr. Münder, 2001.

³³³ Hauck/Noftz/Bieritz-Harder 2015, § 10 SGB VIII Rn. 8; Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 10 SGB VIII Rn. 47.

³³⁴ BVerwG 22.10.2009 – 5 C 19.08, JAmt 2010, 154.

³³⁵ Ausführlich zur Rechtsentwicklung DIJuF JAmt 2012, 208.

³³⁶ Vgl. hierzu auch Stähler, 2010.

krankem Elternteil mit seinem Kind führt daher grundsätzlich zu einer einheitlichen Leistungszuständigkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe.³³⁷

- Geht es allein um eigene *Bedarfe des Kindes* (z.B. Förderung in einer Kindertageseinrichtung), besteht hierfür die originäre Zuständigkeit nach SGB VIII. Es kann grundsätzlich zu keiner Leistungskollision kommen, da etwaige Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII allein auf die Bedarfe des behinderten Elternteils zielen. Einzige Ausnahme: Das Kind hat selbst eine körperliche und/oder geistige Behinderung, welche dann den Vorrang der Eingliederungshilfe nach § 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII auslösen würde. 259
- Eine echte Leistungskollisionen zwischen dem SGB VIII und SGB XII ergibt sich indes, wenn *Bedarfe des behinderten Elternteils auf erzieherische Unterstützungsleistungen* gerichtet sind. Zur Befriedigung der Bedarfe von seelisch behinderten Eltern kommen einerseits Leistungsansprüche auf Unterbringung in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung (§ 19 SGB VIII) oder auf Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII; vgl. 2.2, 2.3) und andererseits auf „qualifizierte“ Elternassistenz (begleitete Elternschaft) im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 f. SGB XII/§ 78 SGB IX-2020 (vgl. 3.5.1) in Betracht. In diesem Fall ist eine Leistungskongruenz problemlos zu bejahen und in der Folge die vorrangige Leistungszuständigkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe gemäß § 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII anzunehmen. 260
- Besteht bei dem Elternteil jedoch Bedarf nach *alltagspraktischer* Unterstützung (Haushalt etc.), kann diese – wie gesehen – zwar als „einfache“ Elternassistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe beansprucht werden (3.5.1). Im Rahmen des SGB VIII besteht ein entsprechender Anspruch allerdings nach derzeitiger Rechtslage nicht isoliert, sondern nur verbunden im Rahmen einer erzieherischen Hilfe (vgl. 2.3). In diesem Fall gilt es also für die Zuständigkeitsabgrenzung zu unterscheiden: 261
 - Hat der Elternteil über den Bedarf an erzieherischer Unterstützung hinaus *auch* einen alltagspraktischen Hilfebedarf, ist auch von sich überschneidenden Leistungen auszugehen. Es ergibt sich ein Vorrang der SGB VIII-Leistungen (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII). Im Regelfall übernimmt die sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII auch die alltagspraktische Unterstützung mit. 262
 - Handelt es sich hingegen um einen Elternteil, der trotz seiner psychischen Erkrankung gleichwohl vorhandenen oder entsprechend gestärkten Erziehungskompetenzen *aus-* 263

³³⁷ Hierzu auch Zinsmeister, 2012; dies., 2006.

schließlich zur Entlastung bzw. Stabilisierung der alltagspraktischen Unterstützung bedarf, ist hierfür im SGB VIII keine entsprechende Leistung vorgesehen. Mangels Leistungskonkurrenz ist in diesem Fall von einer (alleinigen) Zuständigkeitsverantwortung des Trägers der Eingliederungshilfe auszugehen.

Insgesamt zeigt sich nach hiesiger Auffassung, dass im Kontext der Hilfeverantwortung für Eltern mit Behinderungen nur eine sehr eng begrenzte, eigene Zuständigkeitsverantwortung der Eingliederungshilfeträger verbleibt. Während sich diese im Falle von Eltern mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen zumindest bis zu ihrem 27. Lebensjahr noch etwas weitet,³³⁸ führt die Vorrang-Nachrang-Regelung des § 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII für psychisch beeinträchtigte Eltern fast durchgängig zu einer (vorrangigen) Hilfeverantwortung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe.

Dieses Ergebnis erscheint nach Einschätzung der Verfasser*innen insofern besonders, als der Gesetzgeber mit der im Rahmen des BTHG erfolgten ausdrücklichen Erwähnung der Leistungen der Unterstützten Elternschaft im Gesetz zwar keine Leistungsausweitung vornehmen, jedoch zur Klarstellung den Ausschnitt an Leistungen aufnehmen wollte, die bereits bislang in der Praxis in der Eingliederungshilfe als Assistenzleistungen an Eltern mit Behinderungen bei der Versorgung ihrer Kinder gewährt wurden (siehe oben 3.5). Die dargelegte juristische Konsequenz des § 10 Abs. 4 SGB VIII ist ein grundsätzlich kaum vorhandener Anwendungsbereich für die Leistungen der begleiteten Elternschaft (qualifizierte Assistenz). Bei psychisch beeinträchtigten Eltern verbleibt für die begleitete Elternschaft sogar kein Anwendungsbereich. Zur Erklärung dieser Problematik dürfte nach hiesiger Auffassung vor allem auch Folgendes einzubeziehen sein: Die zur Anwendung gebrachte Vorrang-Nachrang-Regelung des § 10 Abs. 4 SGB VIII zielt ganz offenbar allein auf die Abgrenzungsproblematiken im Falle von Hilfebedarfen „junger Menschen“. Dass hier – mangels anderweitiger Zuständigkeitsabgrenzung – auch solche des Zusammentreffens der Hilfeverantwortung für Eltern mit Behinderungen mit erfasst werden, hatte der Gesetzgeber offenbar nicht im Blick.³³⁹

Die derzeitigen Zuständigkeitslinien zwischen dem SGB VIII und SGB XII laufen auch im Kontext der Hilfebedarfe behinderter Eltern zum einen zwischen der – ohnehin anerkannt schwierigen – Abgrenzung der einzelnen Behinderungsformen (seelische Behinderung / körperliche & geistige Behinderung); zum anderen anhand der – für die Ausübung der Elternverantwortung wohl selten relevanten – Altersgrenze (unter/ab 27. Lebensjahr). Die Sicherstel-

³³⁸ Vgl. insofern die weitergefassten Ausführungen von Schönecker/Smessaert 2018, 323 f.

³³⁹ Schönecker/Smessaert 2018, 324.

lung einer bedarfsgerechten Hilfeverantwortung im Hilfekontext behinderter Eltern fehlt indes bislang vollständig als Orientierungspunkt in der Zuständigkeitsabgrenzung. Dies erscheint insbesondere auch mit Blick auf die zum 1.1.2020 in Kraft tretende ausdrückliche Vorschrift zur Unterstützten Elternschaft (§ 78 SGB IX) und der damit verbundenen größeren Präsenz dieses Hilfeanspruchs problematisch. Die Diskussion, wie eine sowohl ausreichend klare und verbindliche als auch an den Bedarfen von Eltern und Kindern orientierte Trennlinie für die sachliche Zuständigkeit verlaufen könnte, steht aus.³⁴⁰

6.3 Abgrenzung von Leistungen nach SGB VIII zu Leistungen nach SGB V

Leistungskollisionen zwischen SGB VIII und SGB V treten im Hilfekontext psychisch kranker Eltern vor allem in Bedarfssituationen der Haushaltshilfe auf, in denen die Eltern einerseits – unter recht engen Voraussetzungen – gegenüber ihrer Krankenkasse einen Leistungsanspruch nach § 38 SGB V (dazu 5.1.1.4), andererseits auch gegenüber dem Jugendamt einen entsprechenden Hilfeanspruch gemäß § 20 SGB VIII (dazu 2.2.3) geltend machen können.

Nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII besteht eine vorrangige Leistungsverpflichtung der GKV.³⁴¹ Über die rechtlichen Probleme bei der Geltendmachung einer Leistung der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (dazu genauer in 5.1.1.4) hinaus, kann es ein praktisches Problem sein, wenn Entscheidungsfindungsprozesse der Krankenkassen zu lange dauern bzw. die Umsetzung der Leistungsverpflichtung mangels verfügbarer Fachkräfte scheitert.³⁴² In akuten Situationen kommt es daher auch immer wieder auch zu Inobhutnahmen.³⁴³

6.4 Abgrenzung von Leistungen nach SGB V bzw. SGB VI zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX³⁴⁴

Im Verhältnis zum SGB XII, insbesondere zu den Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 ff. SGB XII), ist das SGB V (Grundsatz der institutionellen Subsidiarität) vorrangig anwendbar (vgl. § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XII).³⁴⁵

³⁴⁰ Zu einer Verständigung zur geltenden Rechtslage siehe Deutscher Verein, 2014.

³⁴¹ Kunkel et al./Kepert 2018, § 10 SGB VIII Rn. 15 ff., 19;

³⁴² Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 10 SGB VIII Rn. 15; jurisPK-SGB VIII/Luthe 2018, § 10 SGB VIII Rn. 39.

³⁴³ Trenczek et al. 2017, 246; Wiesner/Wiesner 2015, § 10 SGB VIII Rn. 21b.

³⁴⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird in den hier folgenden Ausführungen jeweils nur auf die Leistungen nach SGB XII Bezug genommen. Für die Zeit ab dem 1.1.2020 sind diese dann jedoch auf die Leistungen nach SGB IX Teil 2 zu beziehen.

³⁴⁵ Grube/Wahrendorf/Wahrendorf 2018, § 2 SGB IX Rn. 5.

Das Hauptproblem der Abgrenzung aus Sicht des SGB V stellt sich bei der Frage der medizinischen Rehabilitation. In deren Rahmen haben auch Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 4 SGB IX) „selbständig und eigenverantwortlich“ zu prüfen, ob die Voraussetzungen des für sie geltenden Leistungsrechts (SGB V bzw. SGB VI) erfüllt sind oder nicht (§ 7 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Entsprechend ihrer verfahrensrechtlichen Einbindung gelten für sie jedoch auch die Vorgaben zur Feststellung des leistenden Rehabilitationsträgers gemäß §§ 14 ff. SGB IX (hierzu unten 8.2.2). Im Hinblick auf die Krankenkassen als Reha-Träger ist im Übrigen anzumerken, dass sich die Prüfung auch auf die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V bezieht (so § 14 Abs. 1 S. 1 Halbs. 2 SGB IX). Das ist als Hinweis des Gesetzgebers zu verstehen, dass auch eine nur partiell bestehende *gleichrangige* Leistungspflicht im Bereich der medizinischen Rehabilitation die GKV nach §§ 14, 15 SGB IX zum leistenden Rehabilitationsträger machen kann (vgl. unten 8.2.2). Ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation kann sich aus § 11 Abs. 2, § 40 SGB V, aber auch aus anderen Normen außerhalb des SGB V ergeben (s. etwa §§ 15, 15a SGB VI, vgl. oben 5.1.1.5).

270

Für Suchttherapien stellt sich schließlich das Problem, wie Leistungen, die einem gemäß SGB V umgesetzten ärztlich kontrollierten Entzug (Entgiftung) folgen, einzuordnen sind. Es stellt sich die Frage, ob es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation der GKV bzw. GRV in einer Reha-Einrichtung handelt oder um eine solche der Eingliederungshilfe (SGB XII). Für die Einordnung ist § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V relevant, der Merkmale auflistet, wann eine Einrichtung als eine solche der stationären Rehabilitation im Sinne des SGB V qualifiziert werden kann. Danach ist eine Einrichtung u.a. nur dann eine stationäre Reha-Einrichtung, wenn sie „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung“ (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) steht und „unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet ist, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen“. Das bedeutet, „dass es bei einer Maßnahme nach § 40 Abs. 2 SGB V“ – gemeint ist die stationäre Rehabilitation in der Zuständigkeit des SGB V – „um mehr gehen muss als lediglich im Wesentlichen um die Gewährung von Unterkunft in einem nicht gefährdenden Milieu mit Anleitung zur Bewältigung lebenspraktischer und beruflicher Anforderungen, mag sie auch gelegentlich durch verhal-

271

tenstherapeutische Leistungen ergänzt werden. Insbesondere muss für die Rehabilitation erforderlich sein, dass sie unter ständiger ärztlicher Verantwortung abläuft“.³⁴⁶

Das bedeutet zunächst, dass (anders als bei Krankenhäusern) zwar auch Nicht-Ärzt*innen die Einrichtung leiten dürfen.³⁴⁷ Außerdem muss die Behandlung nicht durch Ärzt*innen erfolgen, vielmehr darf auch nicht-ärztliches Personal medizinische Leistungen erbringen, solange diese Handlungen von ärztlicher Seite verantwortet sind.³⁴⁸ Gleichwohl kommt es entscheidend auf den „ärztlichen Behandlungsplan“ (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) bzw. das „Behandlungskonzept“³⁴⁹ an. Es ist über eine „Gesamtschau“ zu ermitteln, die die Art der Einrichtung sowie die Behandlungsmethoden und das Hauptziel der Behandlung beachtet, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln.³⁵⁰

Vor diesem Hintergrund ist für den hier relevanten Kontext zu fragen, inwiefern für welche Therapie(phasen) eine Steuerung der Therapie durch ein*e Ärzt*in geboten ist. Das hängt sehr von den konkreten Umständen ab, insbesondere dem gesundheitlichen Zustand der Person, die therapiert wird. Wenn die Therapie z.B. die regelmäßige, ggf. auch in kurzer Zeit aktivierbare Heranziehung ärztlichen Rats zur Nachsteuerung des Therapieverlaufs erforderlich macht, spricht das für die „ständige ärztliche Verantwortung“. Wenn die ärztliche Begleitung nur noch gelegentlich nötig ist, also nicht mehr zentraler, sondern bloß punktuell ergänzender Bestandteil der Therapie ist (etwa um den gesundheitlichen Allgemeinzustand zu klären), mithin die Tätigkeit der übrigen Therapeut*innen sinnvoll auch ohne kurzfristig aktivierbaren ärztlichen Rat ausgeübt werden kann, dann spricht dies dafür, dass es an der ständigen ärztlichen Verantwortung und folglich an einer stationären Rehabilitation im Sinne des SGB V fehlt. Je präziser die in Rede stehende Leistung in den für die jeweilige Einrichtung geschlossenen Verträgen (vgl. für die stationäre Reha § 111 SGB V) definiert wird, desto eher lassen sich Schwierigkeiten bei der rechtlichen Einordnung der Therapie vermeiden.

6.5 Abgrenzung von Leistungen nach SGB XI zu Leistungen nach SGB XII/SGB IX bzw. SGB VIII

³⁴⁶ LSG Baden-Württemberg 10. 10. 2017 – L 11 KR 131/16, abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de.

³⁴⁷ Becker/Kingreen/Becker 2018, § 107 SGB V Rn. 16. – Für Krankenhäuser gilt (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V): „unter ständiger ärztlicher Leitung“.

³⁴⁸ Becker/Kingreen/Becker 2018, § 107 SGB V Rn. 16.

³⁴⁹ BVerwG 21.7.2016 – 3 B 41.15, Rn. 11.

³⁵⁰ BVerwG 21.7.2016 – 3 B 41.15, Rn. 11.

Da die Pflegekassen keine Rehabilitationsträger sind (vgl. § 6 Abs. 1 SGB XI), sollten sich Abgrenzungsfragen zwischen Eingliederungshilfe (SGB IX) und Pflege (SGB XI) nicht stellen.³⁵¹ So ist auch die Regelung des § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI zu verstehen, demnach Leistungen der Teilhabe im Verhältnis zur Pflege nicht nachrangig sind.

Dem steht gegenüber die subsidiäre Leistungspflicht der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Dies wird in der Pflegeversicherung auch bestätigt, wenn in § 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen entsprechend geregelt wird. Hierbei ist zu unterscheiden: In § 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI heißt es zunächst, dass die Leistungen der Pflegeversicherung den Fürsorgeleistungen speziell *zur Pflege* nach dem SGB XII vorgehen, soweit das SGB XI nichts anderes bestimmt.³⁵²

Bezogen auf die Eingliederungshilfe heißt es dagegen (§ 13 Abs. 3 S. 3 Hs. 1 SGB XI):

„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“

Im Ergebnis heißt dies, die Pflegeversicherung ist nicht vorrangig zuständig.³⁵³ Was das bedeutet, ist in der Konsequenz derzeit noch nicht abschließend geklärt. Unstreitig ist, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den dementsprechend bedarfsdeckenden Leistungen eine Schnittstelle zwischen Pflege und Eingliederungshilfe entstanden ist, in der grundsätzlich identische Handlungen sowohl auf Grundlage von SGB XI als Pflegeleistung als auch auf Grundlage von SGB XII als Teilhabeleistung erbracht werden können. Wenn aber auf Grundlage der Eingliederungshilfe nach SGB XII und auf Grundlage der Pflege nach SGB XI identische Leistungen erbracht werden können,³⁵⁴ so ist die Leistungskonkurrenz im Vorrang-Nachrang-Verhältnis Thema und der Nachrang der Sozialhilfe (bzw. künftig der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des SGB IX) und damit der Grundsatz des Ausschlusses von Doppelleistungen beachtlich.³⁵⁵ Eine eingehende Analyse unter dem Blickwinkel der Zweckgleichheit führt jedenfalls dann nicht zu mehr Klarheit, wenn die innere Zielsetzung der Leistung keine

³⁵¹ Vgl. BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BSGE 122, 239 = NZS 2017, 461, Rn. 15.

³⁵² Besteht der Pflegebedarf für weniger als sechs Monate (§ 14 Abs. 1 S. 3 SGB XI), dann ist ein Anspruch auf Pflegeleistungen nach SGB XII, für deren Gewährung die Pflegegrade des § 61b SGB XII maßgeblich sind, nicht ausgeschlossen (vgl. § 13 Abs. 3 S. 2 SGB XI: „Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen [u.a. wird SGB XII genannt] sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden [...]“): Udsching/Schütze/Udsching 2018, § 13 SGB XI Rn. 11.

³⁵³ Udsching/Schütze/Udsching 2018, § 13 SGB XI Rn. 20.

³⁵⁴ Udsching/Schütze/Udsching 2018, § 13 SGB XI Rn. 11.

³⁵⁵ BVerwG 14.3.1991 – 5 C 8.87; BVerwG 16.7.1985 – 5 C 27.84.

angemessene Berücksichtigung erfährt.³⁵⁶ Mit Blick auf die Begründung zum PSG II kommen seit der Reform der Pflegeversicherung als Leistungsinhalte Spaziergänge in der näheren Umgebung, die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Besuch von Verwandten und Bekannten sowie Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags oder bei Hobby und Spiel in Betracht (s. auch oben 5.1.3).³⁵⁷ Insoweit kann von einer zumindest „optischen Leistungsidentität“ mit Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe gesprochen werden.³⁵⁸ Als Folge ist nach hier vorliegenden Erkenntnissen in der Praxis vielfach zu beobachten, dass Menschen mit Teilhabebedarfen und einem Pflegegrad von 2 und mehr im Rahmen der Leistungsgewährung regelmäßig auf Leistungen der Pflegeversicherung verwiesen werden.³⁵⁹

Leben Pflegebedürftige bei ihren Angehörigen, so dienen die Leistungen der Pflegeversicherung für private Pflegepersonen nach der ausdrücklichen Intention des Gesetzgebers als Motivationsanreiz³⁶⁰ und darf der Träger der Eingliederungshilfe, wie das BVerwG³⁶¹ unlängst in vergleichbarer Rechtslage für das SGB VIII höchstrichterlich geklärt hat, seine Leistungen nicht unter Hinweis auf die Leistungen der Pflegeversicherung kürzen.³⁶² Im stationären Bereich der Eingliederungshilfe bestehen schon keine Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung³⁶³ bzw. werden sie mit der Kostenerstattung nach § 43a SGB XI abgegolten.³⁶⁴ Im Bereich der ambulanten Leistungen zur Sicherstellung des selbstständigen Wohnens kommen jedoch die genannten Unklarheiten zum Tragen und stellt sich die Frage, inwieweit die Pflegeversicherung oder die Eingliederungshilfe zuständig ist.³⁶⁵ Wenngleich auf gesetzlicher Grundlage Pflegebedarfe und Teilhabebedarfe von Betroffenen zwar insgesamt sichergestellt werden müssen, so müssen verschiedene Dienste und Fachkräfte eingesetzt werden, wenn nicht ein einheitlicher Kostenträger zuständig ist. Beziehungsarbeit wird erschwert, wenn Leistungsberechtigte sich mit einer Mehrzahl von Kräften auseinandersetzen müssen. Den Empfehlungen zu § 13 Abs. 4 SGB XI sollte daher entscheidende Bedeutung zukommen. Entweder wäre auf dieser Grundlage die Möglichkeit eröffnet gewesen, dass ambulante Dienste

278

³⁵⁶ Körner et al./Koch 2018, § 13 SGB XI Rn. 9 a.E., Rn. 10; Udsching/Schütze/Udsching 2018, § 13 SGB XI Rn. 21; Schindler 2018, 138 f.

³⁵⁷ BT-Drucks. 18/5926, 120.

³⁵⁸ Schindler 2018, 139.

³⁵⁹ So auch der Befund bei Rasch 2019, 8.

³⁶⁰ BT-Drucks. 12/5617; BT-Drucks. 12/5262, 79, 112.

³⁶¹ BVerwG 24.11.2017 – 5 C 15/16, Rn. 22.

³⁶² Ausführlich zum Themenkomplex Schindler 2018, 140, 143.

³⁶³ BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BSGE 122, 239 = NZS 2017, 461, Rn. 19.

³⁶⁴ Hauck/Noftz/Wagner 2016, § 13 SGB XI Rn. 47; Körner et al./Koch 2016, § 13 SGB XI Rn. 10.

³⁶⁵ Siehe auch BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BSGE 122, 239 = NZS 2017, 461, Rn. 23.

der Eingliederungshilfe auch Leistungen der Pflege erbringen und auf Grundlage ihrer vereinbarten Entgeltvereinbarungen abrechnen können, oder der Gesetzgeber hat bislang und insbesondere im Zuge des PSG III die Chance verpasst, die Regelungen im SGB XI konzeptionell im Zusammenhang mit Kooperationsmodellen nachzubessern bzw. neu auszurichten.³⁶⁶ Eine Abrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung darf nach der vorliegenden Fassung der Empfehlungen aber nur erfolgen, wenn die ambulanten Fachdienste der Eingliederungshilfe einen Versorgungsvertrag mit der Pflegeversicherung abgeschlossen haben.³⁶⁷ Daran haben die entsprechenden Dienste jedoch kein Interesse, da die Entgelte für anerkannte Pflegedienste in aller Regel erheblich unter den Sätzen der Eingliederungshilfe liegen, was wiederum an der tariflich erheblich unterschiedlich einzuordnenden Qualifikation der eingesetzten Kräfte liegt. Dies verhindert Leistungen aus einer Hand und vor allem durch die gleiche Fackraft. Die Pflegeversicherung lehnt bei der Wahl anderer Anbieter eine Abrechnung ab. Hier wird teilweise eine unklare Rechtslage konstatiert,³⁶⁸ die erhebliche Unsicherheit und langwierige Auseinandersetzungen erwarten lassen.³⁶⁹ Jedenfalls ist der Anspruch nach Hilfe durch eine Hand in der Praxis nicht einlösbar.³⁷⁰

Für das Verhältnis der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) zur Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) ergibt sich ein vergleichbares Bild. Auch hier erklärt das SGB VIII die eigenen Leistungen zu nachrangigen (§ 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII). Der gesetzliche Widerspruch in § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI kann auch hier nicht aufgelöst werden.³⁷¹

279

³⁶⁶ Klie, 2016 mit einer Auseinandersetzung zu BSG 17.3.2015 – B 3 P 1/15 S; siehe auch Frankfurter Erklärung, 2018; Klie, 2018.

³⁶⁷ Siehe den Verweis auf „§§ 72, 75, 77 und 89 SGB XI“ in § 5 Abs. 1 S. 2 der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen der Pflegeversicherung durch einen Träger der Eingliederungshilfe sowie der Erstattung der Kosten für diese Leistungen (§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB XI) und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers vom 10.4.2018.

³⁶⁸ Schellhorn et al./Schneider 2015, § 53 SGB XII Rn. 82.

³⁶⁹ Schindler 2018, 143.

³⁷⁰ Rasch, 2019.

³⁷¹ Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 10 SGB VIII Rn. 16; jurisPK-SGB VIII/Luthe 2018, § 10 SGB VIII Rn. 41; Wiesner/Wiesner 2015, § 10 SGB VIII Rn. 21c; a.A. scheinbar Hauck/Noftz/Bieritz-Harder 2012, § 10 SGB VIII Rn. 21.

7 Einfluss der Finanzierungsregelungen auf die Angebotspalette³⁷²

7.1 Spannungsfeld zwischen Infrastruktur im Sozialraum/Quartier und Einzelhilfe

Finanzierungsregelungen haben unbestritten auch im Sozialleistungsrecht einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Rechtswirklichkeit. Barrieren für die Gestaltung verlässlich bedarfsgerechter, passgenauer Angebote für die Beteiligten in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern ergeben sich dann, wenn die Struktur der Finanzierungsarten eine Anpassung an die spezifische Bedarfslage verhindert oder erschwert. Letztere liegen indes, wie gesehen,³⁷³ häufig gerade zwischen den bzw. jenseits der klassischen Angebotsformen. Die praktizierte Versäulung der Leistungen und Leistungsarten (s. hierzu oben 2.2.4) findet sich auch hier wieder und hat ihre Ausgangspunkte sowohl in der gesetzlichen Beschreibung der Leistungskataloge als auch in der Logik, bestimmten Leistungsgruppen bestimmte Finanzierungsarten zuzuordnen.

Im Kern drehen sich die Diskussionen quer über die Leistungsbereiche in den letzten Jahren– von der Gesundheitsversorgung³⁷⁴ über die Altenhilfe³⁷⁵ und Eingliederungshilfe³⁷⁶ bis zur Kinder- und Jugendhilfe³⁷⁷ – um eine mögliche Stärkung sozialräumlicher Infrastruktur mit niedrigschwellig zugänglichen Angeboten im unmittelbaren Lebensumfeld.³⁷⁸ Ein Modellprojekt zur Quartiersentwicklung und sozialen Prävention in einem Stadtteil in der Freien und Hansestadt Bremen hat dem zusätzlichen Rückenwind verschafft, da die wissenschaftliche Evaluation sowohl eine erhöhte Zufriedenheit der Leistungsberechtigten als auch eine Kostenreduzierung und besser qualifizierte Arbeit der Fachkräfte konstatieren konnte.³⁷⁹

Einflussfaktoren des geltenden Rechts, die einem solchen verlässlichen Aufbau von sozialräumlicher Infrastruktur entgegenstehen, werden diskutiert. So fehlen bspw. im Sozialversicherungsrecht Anreize für die Schaffung allgemein zugänglicher Angebote, da in diesem Fall nicht nur die eigenen, sondern auch anderweitig Versicherte profitieren würden.³⁸⁰ In der Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe binden die Einzelfallhilfen die Ressourcen der

³⁷² Der Abschnitt 7 geht auf die Frage A.10 aus dem Fragenkatalog ein, siehe Anhang 1.

³⁷³ Siehe oben die Abschnitte 3 bis 5.

³⁷⁴ Z.B. Burgi, 2013.

³⁷⁵ Z.B. Hoberg & Klie, 2015; SONG, 2009.

³⁷⁶ Z.B. Schütte, 2015.

³⁷⁷ Z.B. Meysen et al., 2014; Fehren & Hinte, 2013; Hinrichs, 2012; Kalter & Schrappner, 2006; Hoehn et al., 2004; Koch, 2002; ISA, 2001; Koch & Lenz, 2000.

³⁷⁸ Siehe auch die Fallvignette 5, 15 und 27.

³⁷⁹ Olk & Wiesner, 2015.

³⁸⁰ SONG, 2009.

Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. Sozialhilfe und begrenzen so die Spielräume für die Schaffung von Infrastruktur.³⁸¹ Solange das geltende Recht hier keine konkreten gesetzlichen Vorgaben und Anreize enthält, insbesondere auch zu den Finanzierungsstrukturen und zur Ermöglichung unmittelbarer, niedrigschwelliger Inanspruchnahme, können allgemein-appellative oder objektiv-rechtlichen Aufforderungen (etwa § 27 Abs. 2 S. 1 Halbs. 2 SGB VIII bzw. § 94 Abs. 3 SGB IX-2020) hieran erfahrungsgemäß ebensowenig etwas ändern wie allgemeine Gewährleistungs- und Sicherstellungspflichten (§§ 79, 80 SGB VIII, § 95 SGB IX-2020). In der Behindertenhilfe steht infrastrukturellen Angeboten zusätzlich entgegen, dass die Leistungsberechtigten an den Kosten ambulanter Leistungen bei eigenem Einkommen oder Vermögen in voller Höhe beteiligt werden.³⁸² Insgesamt ist das deutsche Sozialleistungsrecht über alle Sozialgesetzbücher hinweg geprägt von Rechtsansprüchen auf konkret benannte Leistungen. Bedürftige treten nicht als Bittsteller, sondern als Berechtigte auf und machen ihre Rechte geltend.³⁸³ Hieraus hat sich eine dominante Orientierung an Einzelfallhilfen entwickelt.

Mit dieser Entwicklung der sozialrechtlichen Strukturen sind allerdings Errungenschaften verbunden. Der Abschluss von Leistungs- und Entgeltvereinbarungen beinhaltet bei Einzelfallhilfen im sozialrechtlichen Leistungsdreiecksverhältnis die Idee einer Sicherung vollumfänglicher Finanzierung der Leistung, auf welche der/die Leistungsberechtigte Anspruch hat. Eine solche kann bei einer Pauschalfinanzierung von Angeboten in sozialräumlicher Infrastruktur unter Druck geraten und in der Folge mit einer Schwächung von Rechtsansprüchen einhergehen.³⁸⁴

Die Risiken sollten allerdings nicht den Blick dafür verstellen, dass es bei der Schaffung von Angeboten in sozialräumlicher Infrastruktur aus der Perspektive der Adressat*innen in erster Linie darum geht, anderweitigen und für einige Leistungsberechtigte erleichterten Zugang zu den benötigten Hilfen zu erhalten bzw. diesen überhaupt erst zu ermöglichen, indem die Probleme bereits niedrigschwellig im Sozialraum aufgegriffen werden. Einzelfallhilfen und infrastrukturelle Angebote sind aus Betroffenenansicht somit nicht gegeneinander auszuspielen, sondern ergänzen und stärken sich wechselseitig.³⁸⁵ Von einem solchen Verständnis getragen ist auch die nachfolgende Analyse möglicher finanzierungsrechtlicher Hindernisse in den Sozi-

³⁸¹ AGJ, 2013.

³⁸² Schütte, 2015, 169.

³⁸³ Klie et al., 1999.

³⁸⁴ Kritisch daher etwa Struck, 2000.

³⁸⁵ AGJ, 2013.

283

284

algesetzbüchern V, VIII und XII/IX für die Schaffung hybrider und flexibler Angebotsformen für die Zielgruppe der Mitglieder von Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern.

7.2 Spezifika in der Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe

7.2.1 Rechtliche Grenzen für einen einheitlich finanzierten Leistungsmix

7.2.1.1 Zwei- und dreiseitige Finanzierung

Sowohl im SGB VIII als auch im SGB IX/SGB XII ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen dreiseitigen und zweiseitigen Finanzierungsformen. Entscheidend für die Unterscheidung ist, ob zwischen den Leistungsberechtigten und dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. dem Träger der Eingliederungshilfe eine eigene Rechtsbeziehung entsteht oder nicht: 285

- Bei *zweiseitiger* Finanzierung nimmt der Leistungsberechtigte die Leistung direkt beim Leistungserbringer in Anspruch und schließt mit diesem einen zivilrechtlichen Dienstleistungsvertrag. Zuvor haben Leistungserbringer und Sozialleistungsträger entweder eine Vereinbarung über die Vergütung geschlossen (§ 77 SGB VIII, § 36 Abs. 3, § 38 SGB IX) oder der öffentliche Träger hat die finanzielle Förderung per Verwaltungsakt zugesagt (§ 74 SGB VIII, § 36 Abs. 3 SGB IX). Zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Sozialleistungsträger bestehen dementsprechend keine direkten Rechtsbeziehungen (§§ 74, 77 SGB VIII, § 36 Abs. 3 SGB IX-2018, zuvor § 19 Abs. 5 SGB IX a.F.).³⁸⁶ 286
- Eine Finanzierung im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis liegt vor, wenn Jugendamt oder Sozial-/Integrationsamt über die Gewährung der Leistung im Einzelfall entscheidet. Durch diesen Verwaltungsakt übernehmen die Sozialleistungsträger Verantwortung gegenüber den Leistungsberechtigten für die volle Ausfinanzierung der im Bescheid gegenüber den Leistungsberechtigten geregelten Leistung. Zwischen den Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer wird hier ebenfalls ein zivilrechtlicher Dienstleistungsvertrag geschlossen. Zwischen Sozialleistungsträger und Leistungserbringer besteht eine öffentlich-rechtliche Leistungs- und Entgeltvereinbarung bzw. Leistungs- und Vergütungsvereinbarung (§§ 77, 78b SGB VIII, § 75 Abs. 3 SGB XII, §§ 123, 125 SGB IX-2020).³⁸⁷ 287

Diese rechtliche Differenzierung hat Konsequenzen. Während Sozialleistungsträger bei zweiseitiger Finanzierung anhand von Bedarfsgesichtspunkten eine Trägersauswahl treffen 288

³⁸⁶ Meysen et al. 2014, Rn. 39 ff.; Münder, 2011a.

³⁸⁷ Bernzen et al./Bernzen et al. 2018, § 1 SGB VIII Rn. 12; Meysen et al. 2014, Rn. 236 ff.; Münder 2011a.

dürfen, sind bei dreiseitiger Finanzierung mit allen Trägern, die dies wünschen, Vereinbarungen abzuschließen (7.2.1.2). Außerdem sind Leistungsentgelte im jugendhilferechtlichen Dreiecksverhältnis streng von einer zweiseitigen Pauschalfinanzierung abzugrenzen und eine Mischung grundsätzlich unzulässig (7.2.1.3).

7.2.1.2 Trägerauswahl bei dreiseitiger Finanzierung unzulässig

Im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch der Eingliederungshilfe ist das System für den Abschluss von Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen bzw. Leistungs- und Vergütungsvereinbarung so konstruiert, dass damit noch keinerlei Versprechen verbunden ist, dass tatsächlich auch Leistungen finanziert werden. Vielmehr verbleibt das wirtschaftliche Risiko für die Inanspruchnahme von Leistungen auch nach Abschluss einer Vereinbarung vollumfänglich beim freien Träger.³⁸⁸ Im Gegenzug hat jeder freie Träger gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe einen Anspruch auf Abschluss entsprechender Vereinbarungen bzw. einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über deren Abschluss.³⁸⁹ Daher sind mit allen freien Trägern, die einen Abschluss anstreben, ein geeignetes Angebot und eine wirtschaftliche Kalkulation der Entgelte vorweisen können, Leistungs- und Entgelt- bzw. vergütungsvereinbarungen abzuschließen. Mit dem Abschluss erhalten die freien Träger also lediglich die uneingeschränkte Möglichkeit bzw. Zulassung, sich auf dem Markt der Anbieter zu betätigen.³⁹⁰ Da der freie Träger das unternehmerische Risiko allein trägt, fehlt es an der „Beschaffung“ im Sinne eines synallagmatischen Verhältnisses, sodass nach einhelliger Auffassung eine Unzulässigkeit von Ausschreibungen besteht,³⁹¹ da keine Privilegierung einzelner Träger stattfindet.³⁹² Auftraggeber für die Dienste der freien Träger bleiben somit – trotz Leis-

289

³⁸⁸ Meysen et al. 2014, Rn. 58.

³⁸⁹ Münster et al./von Boetticher/Münster 2018, § 77 SGB VIII Rn. 15; beckOGK/Janda 2018, § 77 SGB VIII Rn. 18; Schellhorn et al./Kern 2017, § 78b SGB VIII Rn. 18 ff.; Kunkel et al./Gottlieb 2018, § 78b SGB VIII Rn. 7 f.; Wiesner/Wiesner 2015, § 78b SGB VIII Rn. 24; jurisPK-SGB VIII/Luthe/Nellissen 2015, § 77 Rn. 32; Mroczynski 2009, § 78b SGB VIII Rn. 8; Fieseler et al./Wabnitz 2006, § 78b SGB VIII Rn. 17 f.; Jans et al. 2005, § 78b Rn. 42; Jans et al. 2004, § 77 SGB VIII Rn. 16; Fieseler et al./Heinrich 2000, § 77 SGB VIII Rn. 25.

³⁹⁰ Münster et al./von Boetticher/Münster 2018, § 77 SGB VIII Rn. 15; von Boetticher 2018, § 3 Rn. 345.

³⁹¹ OVG Münster 18.3.2005 – 12 B 1931/04; von Boetticher 2018, § 3 Rn. 345; Hauck/Noftz/Bamafsche 2018, § 78b SGB VIII Rn. 52; jurisPK-SGB VIII/Luthe/Nellissen 2018, § 77 SGB VIII Rn. 95 u. § 78b SGB VIII Rn. 12; Sen 2017, 92 f.; Glahs & Rafii 2016, 172 ff.; Meysen et al. 2015, 57 f.; Hinrichs 2012, 28; von Boetticher 2011, 158; Bamafsche 2010, 230 f.- Für eine nicht näher entfaltete differenzierte Betrachtung Bernzen et al./Gummert 2018, § 11 Rn. 22 ff.

³⁹² Münster et al./von Boetticher/Münster 2018, § 77 SGB VIII Rn. 11; Schellhorn et al./Kern 2017, § 77 SGB VIII Rn. 27; Wiesner/Wiesner 2015, § 77 SGB VIII Rn. 13; jurisPK-SGB VIII/Luthe/Nellissen 2015, § 77 SGB VIII Rn. 90; Hauck/Noftz/Bamafsche 2018, § 78b SGB VIII Rn. 52; Hinrichs 2012, 28; von Boetticher 2003, 26 ff. – Eingehend zum Ganzen Meysen et al. 2014, Rn. 271 ff.; Rixen, 2017, 954 ff., 1270 ff.

tungs- und Entgeltvereinbarung – die Leistungsberechtigten und nicht die Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe.

Ganz anders sieht indes die Steuerungslogik bei zweiseitiger Finanzierung aus. Hier sind nicht mit allen freien Trägern, die wirtschaftliche Konzepte für fachlich geeignete Angebote vorlegen, Vereinbarungen abzuschließen. Vielmehr dürfen und sollen Bedarfsgesichtspunkte für die Beschränkung und Auswahl der Anbieter, die finanziert werden, eine Rolle spielen.³⁹³ Pauschalfinanzierung erfolgt – in Abgrenzung zur Einzelfallabrechnung – aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung zum Aufbau von direkter, niedrigschwellig zugänglicher Infrastruktur. Angebote werden so in dem Umfang geschaffen, in dem ein Bedarf für die Inanspruchnahme zu erwarten ist. Die vollständige oder teilweise Pauschalfinanzierung (Sockelbetragsfinanzierung) schafft verlässliche Planbarkeit und ermöglicht damit den Aufbau qualifizierter Angebote sowie eine gemeinsame Qualitätsentwicklung zwischen öffentlichem und freiem Träger.³⁹⁴ In der Eingliederungshilfe sind in den Finanzierungsregelungen zwar zukünftig Leistungspauschalen für Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf oder Stundensätzen ausdrücklich angesprochen (§ 125 Abs. 3 S. 3 SGB IX-2020), was aber von seiner Grundanlage nach wie vor von dreiseitiger Finanzierung ausgeht. Auf die dreiseitige Vereinbarungsfinanzierung des Kapitels 8 in SGB VIII-2020 verweist auch der Sicherstellungsauftrag in § 95 S. 2 SGB IX-2020. Daraus könnte geschlossen werden, dass in der Eingliederungshilfe ausschließlich dreiseitige Finanzierungsformen zulässig sind. Allerdings öffnet Teil 1 des SGB IX im Rahmen der Struktur-, Qualitätssicherungs- und Vertragsfragen mit § 36 Abs. 3 SGB IX subsidiäre die Möglichkeit zur zweiseitigen Finanzierung. Diensten und Einrichtungen können gefördert werden, wenn dies zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste und Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann (§ 36 Abs. 3 SGB IX). Da diese Ausnahme ebenfalls ausdrücklich auf den Sicherstellungsauftrag Bezug nimmt, ist nach hier vertretender Auffassung der Verweis in § 95 S. 2 SGB IX-2020 die Schaffung zweiseitiger Angebote möglich, wenn nur so der Sicherstellungsauftrag erfüllt und flächendeckend bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote geschaffen werden können (§ 94 Abs. 3, § 95 S. 1 SGB IX-2020). Bei der Schaffung und Finanzierung infrastrukturell angelegter oder mit Regelstrukturen infrastrukturell verknüpfter sowie direkt zugänglicher Angebote stellt sich allerdings – jenseits der Mitfinanzierung offener, niedrigschwelliger Beratungsangebote im Rahmen der Frühförderung (§ 6a Nr. 2 FrühV) – die Frage, wie die subsidiäre Öffnung für zweiseitige Fi-

³⁹³ Neumann et al./Jabben 2018, § 36 SGB IX Rn. 8; Meysen et al. 2014, Rn. 58 ff.

³⁹⁴ Meysen et al. 2014, Rn. 61 ff.

finanzierung in Beziehung steht zur zwingenden Vorgabe einer individuellen Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX vor der Inanspruchnahme von Leistungen (hierzu oben 3.6.1).

Die Frage, ob bei der Auswahl einzelner freier Träger ein öffentlicher Auftrag erteilt wird (§ 103 Abs. 1 GWB) und ob deshalb eine Ausschreibungspflicht besteht, ist umstritten. Eine Auffassung sieht in den Vereinbarungen Austauschverträge, weshalb das europarechtlich vorgegebene Vergaberecht anwendbar sei.³⁹⁵ Nach der Gegenauffassung stehen die Grundprinzipien des SGB VIII einer Pflicht freier Träger zur Erfüllung eines öffentlichen Auftrags entgegen.³⁹⁶ In der Eingliederungshilfe wird die Frage aufgrund einer alleinigen Orientierung an Rechtsansprüchen und einer Einzelfallfinanzierung im Dreiecksverhältnis vielfach schlicht ausgeblendet.³⁹⁷ Tatsächlich steht den allgemeinen Hinwirkungs- und Sicherstellungsverpflichtungen nach § 94 Abs. 3, § 95 SGB IX lediglich ein Ermessen der Träger der Eingliederungshilfe zur zweiseitigen, „ergänzenden Förderung“ nach § 36 Abs. 3 SGB IX (i.V.m. dem jeweils einschlägigen Haushaltsrecht)³⁹⁸ gegenüber, um direkt, also niedrigschwellig zugängliche Angebote sowie Teilhabe ermöglichende Infrastruktur im Sozialraum zu schaffen.³⁹⁹

Eine psychische Erkrankung kann es Müttern oder Vätern zusätzlich erschweren, beim Jugendamt oder Sozial-/Integrationsamt um Leistungen nachzusuchen (s. hierzu oben 2.4, 3.6, 5.2). Sollen daher Angebote gestaltet werden, die von Leistungsberechtigten sowohl nach formaler Gewährung in einem Leistungsbescheid als auch unmittelbar niedrigschwellig in Anspruch genommen werden können, gerät dies nach geltendem Recht in Konflikt mit dem Finanzierungsrecht in SGB VIII bzw. SGB XII/SGB IX. Die Auswahl von Trägern ist je nach Konstellation entweder ausgeschlossen oder erlaubt. Ist die Auswahl gestattet, hat ein Vergabe- oder

³⁹⁵ Münder et al./von Boetticher/Münder 2018, § 77 SGB VIII Rn. 12 f.; Hauck/Noftz/Banafsche 2018, § 78b SGB VIII Rn. 52; jurisPK-SGB VIII/Luthe/Nellissen 2018, § 77 SGB VIII Rn. 96; Wiesner/Wiesner 2015, § 77 SGB VIII Rn. 13; Hinrichs 2012, 30 f.; Rixen 2011, 167; von Boetticher 2011a, Rn. 34; Vergabekammer BezReg. Münster 2.7.2004 – VK 13/04; Vergabekammer Stuttgart 11.1.2006 – 1 VK 73/0. – Dies für das Finanzierungsrecht ab 2020 in §§ 123 ff. SGB IX vorsichtig hinterfragend von Boetticher 2018, § 3 Rn. 347 ff.

³⁹⁶ Kunkel et al./Schindler/Elmayer 2018, § 77 SGB VIII Rn. 7; Schellhorn et al./Kern 2017, § 77 SGB VIII Rn. 27; Meysen et al. 2015, 60 ff.; Fieseler et al./Wabnitz 2005, § 74 SGB VIII Rn. 124.

³⁹⁷ Siehe etwa die fehlende Erwähnung bei Bieritz-Harder et al./von Boetticher/Münder 2018, § 75 SGB XII Rn. 23; Grube/Wahrendorf/Grube 2018, § 75 SGB XII. – Als Ausnahme siehe Banafsche 2014, Rn. 22.

³⁹⁸ Hauck/Noftz/Schneider 2012, § 19 SGB IX Rn. 16; Cramer et al./Fuchs/Gitschmann 2011, § 19 SGB IX Rn. 26; Lachwitz et al./Wolti 2010, § 19 SGB IX Rn. 29; übersehend, dass Haushaltsrecht auch zu den für die Rehabilitationsträger „geltenden Rechtsvorschriften“ zählt jurisPK-SGB IX/O’Sullivan 2018, § 36 SGB IX Rn. 33.

³⁹⁹ Hauck/Noftz/Schneider 2012, § 19 SGB IX Rn. 14 ff.; Mrozynski/Jabben 2011, § 19 SGB IX Rn. 30; Cramer et al./Fuchs/Gitschmann 2011, § 19 SGB IX Rn. 25; Kossens et al./von der Heide 2015, § 19 SGB IX Rn. 12; siehe auch von Boetticher 2018, § 3 Rn. 186, der darauf hinweist, dass das SGB IX mit § 36 Abs. 3 keine wirksame und geeignete Maßnahme zur „gemeindenahen“ Organisation, Stärkung und Erweiterung der Leistungen nach Art. 26 UN-BRK darstellt; zur Nichtanwendbarkeit von Vergaberecht auf Subventionsfinanzierung Mrozynski/Jabben 2011, § 19 SGB IX Rn. 31; Meysen et al. 2014, Rn. 144 ff.

zumindest transparentes Auswahlverfahren stattzufinden, was bei Leistungen im Dreiecksverhältnis nicht nur nicht notwendig, sondern untersagt ist.⁴⁰⁰ Noch enthält das Gesetz keine Regelungen, wie diese Unvereinbarkeiten in den Finanzierungsvorgaben überwunden werden können.⁴⁰¹

Vorstöße einzelner Sozialleistungsträger, diese Grundsätze durch eine Einführung von sog. Sozialraumbudgets zu durchbrechen, haben – wenn sie angegriffen wurden – vor Gericht keinen Bestand gehabt.⁴⁰² Eine Trägersauswahl im Bereich des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses stellt dann einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) dar, wenn mit ihr ein nicht unerheblicher Rückgang der Marktchancen verbunden ist.⁴⁰³ Folglich kann für einen kleineren räumlichen Bereich (z.B. Häuserblock bzw. -siedlung, Straßenzug) oder für ein abgegrenztes Lebensumfeld (z.B. Schule, Tageseinrichtung) auch im Bereich des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses durchaus eine zulässige Auswahl einzelner Träger für die Leistungserbringung getroffen werden.⁴⁰⁴

Auch wenn insoweit eine Ausnahme von der Unzulässigkeit der Trägersauswahl im jugendhilferechtlichen Dreieck besteht, so bleibt es doch bei dem grundsätzlichen Befund, dass Pauschalfinanzierung ins System der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX-2020 nicht⁴⁰⁵ und im Rahmen der Dreiecksfinanzierung nach SGB VIII nur ganz ausnahmsweise⁴⁰⁶ passt. Dies wird noch einmal deutlicher mit Blick auf die Unzulässigkeit einer Vermischung der Finanzierungsarten.

7.2.1.3 Unzulässigkeit einer gemischt zwei-dreiseitigen Finanzierung

Der Unterscheidung zwischen zwei- und dreiseitiger Finanzierung immanent ist auch die Differenzierung zwischen objekt- und subjektbezogener Finanzierung. Während einmal Einrichtungen und Dienste finanziert werden (objektbezogen), werden zum anderen Entgelte für

⁴⁰⁰ OVG Münster 18.3.2005 – 12 B 1931/04; OVG Münster 27.9.2004 – 12 B 1390/04; VG Münster 8.9.2004 – 5 L 1263/04; VG Münster 18.8.2004 – 9 L 970/04; VG Münster 22.6.2004 – 5 L 756/04.

⁴⁰¹ Zu den Risiken einer gesetzlichen Ermöglichung der Auswahl nur einzelner Träger im Bereich des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses Meysen et al. 2014, Rn. 300 ff.

⁴⁰² OVG Hamburg 10.11.2004 – 4 Bs 388/04; VG Berlin 19.10.2004 – 18 A 404/04; VG Hamburg 10.12.2015 – 13 K 1352/12; VG Hamburg 5.8.2004 – 13 E 2873/04; VG Lüneburg 20.12.2005 – 4 B 50/05; VG Münster 18.8.2004 – 9 L 970/04; VG Osnabrück 13.11.2009 – 4 B 13/09.

⁴⁰³ Frings, 2016; Hinrichs, 2016; Meysen, 2016.

⁴⁰⁴ Meysen et al. 2014, Rn. 261 ff.

⁴⁰⁵ Schütte 2015, 170.

⁴⁰⁶ Meysen et al. 2014, Rn. 261 ff.; Münder, 2011b; Münder, 2005; Münder, 2002.

konkrete Leistungen entsprechend des Bedarfs des/der konkreten Leistungsberechtigten übernommen (subjektbezogen). Kann bei Entgeltfinanzierung präziser benannt werden, welche Kosten für die Bedarfsdeckung des/der Leistungsberechtigten eingesetzt werden, ist dies bei der Pauschalfinanzierung regelmäßig nicht abgrenzbar.⁴⁰⁷ Die Vollfinanzierung der vom Jugendamt bzw. Sozial-/Integrationsamt gewährten Leistung kann bei einer gemischten Finanzierung somit nicht gesichert werden, so die Sicht des Gesetzgebers, der dementsprechend von einer strengen Anwendungspflicht des Dreiecksverhältnisses auszugehen scheint.⁴⁰⁸ Die Personenzentrierung im Rehabilitations- und Teilhaberecht, wonach die Bedarfsdeckung bei den Leistungsberechtigten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen ist,⁴⁰⁹ mit ihrer Entsprechung in der Kalkulation der Vergütung über Leistungspauschalen (§ 125 Abs. 3 SGB IX-2020) ist zwar vom Bild der Finanzierung von Einzelleistungen geprägt,⁴¹⁰ lässt aber Spielraum für eine Gesamtkalkulation anhand zu erwartender Inanspruchnahme mit der Leistungspauschale als weitere Maßeinheit für die Berechnung. Die in der Eingliederungshilfe dominante Orientierung an Rechtsansprüchen und der Ermittlung des Bedarfs im konkreten Einzelfall dürfte allerdings dazu führen, dass ohne Flankierung des Gesetzgebers im geltenden Recht die zweiseitige Finanzierung (vgl. § 36 Abs. 3 SGB IX) kaum praktische Realität findet und damit der Aufbau von Infrastruktur im Sozialraum weiterhin ausbleibt.

Im Kontext von Familien mit psychischen Erkrankungen besteht die vermehrte Notwendigkeit von Leistungen mit fließenden Übergängen und unterschiedlichen Zugangswegen. Sollen diese rechtskonform gestaltet werden, so fordert das Recht gleichwohl eine strikte Trennung der Leistungsbestandteile, was schon faktisch an Grenzen stößt. Das geltende Recht beachtende Organisationsversuche orientieren sich daher primär am Regelungsrahmen und nicht an den Bedarfen der Menschen. Es werden weitere (Binnen-)Schnittstellen geschaffen, die dem Bedürfnis nach Kontinuität widersprechen.⁴¹¹ Dafür, dass das Recht an dieser Stelle defizitär ist und den Anforderungen an die Planung und Gewährleistung bedarfsgerechter Angebote nicht hinreichend gerecht wird, besteht ein breites Bewusstsein.⁴¹² Eine Konse-

296

⁴⁰⁷ Münder 2011a, Kap. 5.2 Rn. 21.

⁴⁰⁸ Hierzu etwa Schellhorn et al./Kern 2017, § 78c SGB VIII Rn. 10 u. § 77 SGB VIII Rn. 9; Neumann 1998, 17; Münder 2011a, Kap. 5.2 Rn. 20 f.; Stähr & Hilfe 1999.

⁴⁰⁹ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 381.

⁴¹⁰ Ausschließlich auf Finanzierung im Dreiecksverhältnis eingehend daher von Boettischer 2018, § 3 Rn. 337 ff.

⁴¹¹ Näher Meysen et al. 2014, Rn. 348 ff.

⁴¹² Zu den Möglichkeiten, Grenzen und Risiken einer Veränderung siehe Meysen et al. 2014, Rn. 369 ff.

quenz der unbefriedigenden Rechtslage ist, dass sich die Praxis über die gesetzlichen Vorgaben immer wieder hinwegsetzt.⁴¹³

7.2.2 Vorhaltekosten als faktisches Problem

Schwankungen gehören zum Krankheitsbild vieler psychischer Erkrankungen dazu.⁴¹⁴ Um in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern dem fortwährend wechselnden Hilfebedarf gerecht zu werden, sind daher Angebote zu gestalten, die mitschwingen und nicht konsekutive Hilfgewährung-Hilfeabbrüche-Abfolgen zu kreieren. Dies stellt die Praxis vor erhebliche Herausforderungen. So braucht ein Kind oder ein*e Jugendliche*r bspw. während regelmäßig wiederkehrender Klinikaufenthalte der alleinerziehenden Mutter eine stationäre Unterbringung oder intensive Begleitung im familiären Haushalt; in Phasen vor und vor allem unmittelbar nach dem Klinikaufenthalt einen größeren Umfang an aufsuchender und begleitender Hilfe und in Phasen, in denen die Mutter von ihrer Krankheit nur wenig beeinträchtigt ist, lediglich ein Aufrechterhalten des Kontakts zur Bezugsperson in der Hilfe. Vorstellbar erscheint z.B. eine Pflegefamilie, die Kind bzw. Jugendliche*r und Mutter oder Vater aufnimmt und bei der Kind bzw. Jugendliche*r verbleibt, wenn die Mutter oder der Vater einen Klinikaufenthalt hat (s. auch oben 2.2.4).⁴¹⁵ Kommt ein solches Angebot nicht in Betracht, ist der Wechsel zwischen ambulanten und stationären oder die stark schwankende Frequenz ambulanter Begleitung möglichst so zu gestalten, dass eine Fachkraft das Kind bzw. den/die Jugendliche*n und die Eltern kontinuierlich begleitet. In diesem Fall wird jedoch eine vollständige Auslastung nicht immer sicherzustellen sein, wenn gewährleistet bleiben soll, dass die Fachkraft in Krisen kurzfristig zur Verfügung steht.

Die Kontinuität wird daher häufig nur mittels einer Zahlung von Vorhaltekosten abzuschern sein.⁴¹⁶ Rechtlich steht dem – bis zur Grenze der Unwirtschaftlichkeit – nach geltender Rechtslage nichts entgegen. Dass Vorhaltekosten im Fall einer Kostenerstattung als Verwaltungskosten nicht erstattet werden können (§ 109 SGB X),⁴¹⁷ dürfte sich in der Praxis als Hindernis für die Aufnahme solcher Kosten in Leistungs- und Entgeltvereinbarungen darstellen.

⁴¹³ Beispiele aus der Kinder- und Jugendhilfe bei Koch & Lenz, 2000; SPI, 2001; ISA, 2001; Koch, 2002; Merten, 2002; Kalter & Schrapp, 2006; Pichlmeier & Rose, 2010.

⁴¹⁴ Siehe bspw. die Fallvignetten 28, 29 und 36; Diakonie Sachsen 2017, 21.

⁴¹⁵ Rems-Murr-Kreis 2003.

⁴¹⁶ Siehe hierzu auch Fallvignette 7.

⁴¹⁷ BVerwG 22.10.1992 – 5 C 23.89; VG Frankfurt 14.12.2006 – 3 E 591/04; von Wulffen/Schütze/von Wulffen 2014, § 109 SGB X Rn. 5; Münder et al./Eschelbach 2018, § 89f SGB VIII Rn. 3; .

297

298

Zudem gibt das Recht auch keine Anreize oder formuliert entsprechende Erwartungen an eine Gestaltung von Kontinuität. Im SGB VIII erschwert die strenge Trennung zwischen der Finanzierung stationärer (§§ 78a ff. SGB VIII) und ambulanter Leistungen (§ 77 SGB VIII) zusätzlich die Schaffung von Angeboten, die einen Wechsel zwischen den Leistungsarten ermöglichen. Der permanente Abbruch von Hilfen ist die Folge.

7.3 Spezifika in der Gesundheitsversorgung und Pflege

Charakteristikum des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist das sog. Sachleistungsprinzip, d.h., dass die Krankenkassen die den GKV-Versicherten gesetzlich zustehenden Leistungen mithilfe sog. Leistungserbringer (Ärzt*innen, Krankenhäuser etc.) gewähren, ohne dass dies von den GKV-Versicherten – abgesehen von der Beitragszahlung der Mitglieder, von punktuellen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen (etwa bei der Zahnbehandlung – vergütet werden muss.⁴¹⁸ D.h., dass die Vergütung der Leistungserbringer durch die Krankenkassen erfolgt, wobei bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzt*innen noch die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischengeschaltet sind, die die von Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung an die Ärzt*innen verteilen. Im Übrigen erfolgt die Vergütung unmittelbar zwischen Krankenkassenseite und Leistungserbringer, was durch öffentlich-rechtliche Verträge (§§ 69 ff. SGB V) gerahmt wird.

299

Dieses System wird z.T. durch zahlreiche Sondergesetze und untergesetzliche Vorschriften ergänzt, so insbesondere im fallpauschalenbasierten Krankenhausvergütungsrecht (s. insbesondere das Krankenhausentgeltgesetz [KHEntgG]), das nicht zuletzt bei der Finanzierung von psychiatrischen Leistungen einige Besonderheiten vorsieht.⁴¹⁹ Das ändert aber an der Grundstruktur der Vergütung auch für die zur GKV-Versorgung zugelassenen Krankenhäuser nichts. Ähnliche Regelungen unterhalb der Ebene des SGB V gibt es im Vergütungsrecht der sog. Vertragsärzt*innen („Kassenärzt*innen“), wo in einem Zusammenspiel zwischen bundesweiten, die Preisrelationen festlegender Maßstäbe (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM]) und regional ausgestalteten Honorarverteilungsmaßstäben das mit den Krankenkassen ausverhandelte finanzielle Honorarvolumen verteilt wird. Auch diese Besonderheiten ändern an dem für die GKV typischen „Dreiecksmodell“ nichts, sondern differenzieren es nur bereichsspezifisch aus.

300

⁴¹⁸ Hierzu und zum Folgenden Rixen 2005, 119 ff., zur Zahnbehandlung 152 ff.

⁴¹⁹ Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) v. 21.7.2012 (BGBl I, 1613), dazu BT-Drucks. 17/8986, 17/9992.

Den GKV-Versicherten bleibt unbenommen, zusätzliche (z.B. ärztliche) Leistungen aus eigener Tasche „hinzuzukaufen“, allerdings ist dies zum Schutz vor der GKV-Versicherten nur unter (zumindest theoretisch) strengen Voraussetzungen zulässig. Dahinter steht die Vorstellung, dass das GKV-System genügend Vorkehrungen kennt (etwa die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, §§ 91, 92 SGB V), um ein Leistungsniveau zu gewährleisten, das „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) genügt und folglich nicht durch privat finanzierte Leistungen ergänzt werden muss.

301

Von diesem „Dreiecksmodell“ der Finanzierung der GKV-Leistungen wird nur bestimmten Bereichen abgewichen, etwa dort, wo es um Geldleistungen an die Versicherten (wie z.T. im Hospizbereich, vgl. § 39a Abs. 1 SGB V)⁴²⁰ oder um Zuwendungen (Förderrecht) geht, also bestimmte Dienstleistungen (bspw. z.T. im Hospizbereich, § 39a Abs. 2 SGB V, aber auch in der Selbsthilfe, § 20h SGB V) finanziell gefördert werden. Hier gibt es zweiseitige Rechtsbeziehungen, sonst dreiseitige Rechtsbeziehungen.

302

Abweichungen von diesen Modellen sind im GKV-Recht nur ausnahmsweise vorgesehen. Abweichungen vom Vergütungsrecht gestattet das SGB V bspw. für die „besondere Versorgung“ (§ 140a SGB V, s. insbesondere dessen Abs. 2), aber dies gilt nur für Modifikationen, die weiterhin innerhalb der GKV bleiben.

303

Das bedeutet, dass das geltende GKV-Finanzierungsrecht gegenüber systemübergreifend-kombinierten Finanzierungsformen weithin „allergisch“ ist. Das ist indes nur die Folge einer Angebotspalette, die von vornherein so definiert ist, dass weithin – insbesondere von der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) abgesehen (dazu 5.1.1.1 und 5.1.1.5) – Überschneidungen mit anderen Systemen der (gesundheitsbezogenen) sozialen Sicherung vermieden werden. Das GKV-System ist folglich, auch im Hinblick auf die Finanzierung der Leistungen, ein weithin geschlossenes System.

304

⁴²⁰ Rixen 2005, 150 ff.

8 Kooperation und Koordination

8.1 „Versorgungspfade“: trägerübergreifende Finanzierung und Anschlussfähigkeit⁴²¹

8.1.1 Allgemein: kombinierte und koordinierte Leistungen

Eine der Voraussetzungen für eine funktionale Zusammenarbeit und Vernetzung an den Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern ist, wie teilweise gefordert wird, die Entwicklung trägerübergreifender Konzepte zur Finanzierung von Unterstützungsmaßnahmen⁴²² bzw. die systemübergreifende Anschlussfähigkeit der Angebote.⁴²³ Unterschieden werden kann insoweit zwischen

- kombinierten Angeboten, also gemeinsamen Angeboten, die von vornherein gemeinsam geplant und aus einem gemeinsamen Topf finanziert werden, und
- koordinierten Angeboten, bei denen abgegrenzt bzw. anteilig, aufgrund je eigener Entscheidung finanzierte Angebote in ein aufeinander abgestimmtes „Angebotsbündel“ eingehen.⁴²⁴

8.1.2 Systemübergreifend-kombinierte Finanzierung von Leistungen: „echte“ Mischfinanzierung

Formen der echten Mischfinanzierung, also systemübergreifend-kombinierte Finanzierung von Angeboten, sind nach derzeitiger Rechtslage begrenzt zulässig. So dürfen Sozialversicherungsträger ihre Mittel nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden (§ 30 SGB IV) und müssen prüfen können, ob mit dem Geld tatsächlich ihre selbst gegebenen oder gesetzlich zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden. Die Möglichkeit zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft i.S.d. § 219 SGB V betrifft lediglich die Kooperation der Krankenversicherungsträger, Leistungserbringer und den öffentlichen Gesundheitsdienst, bündelt indes keine Leistungen aus anderen Sozialleistungsbereichen. Systemübergreifende Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 1a SGB X sind beschränkt auf die gegenseitige Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit.⁴²⁵ Sie handeln insoweit im Auftrag der sie bildenden Institutionen, wobei der Kernbereich der Aufgabenerfüllung bei den Auftraggebern verbleiben muss.⁴²⁶ Da die Trä-

⁴²¹ Abschnitt 8.1 befasst sich mit den Fragen A.9, A.13-16, B., B.4, B.6 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

⁴²² Michel et al. 2017, 16.

⁴²³ BT-Drucks. 18/12780.

⁴²⁴ Lohse et al. 2018, 141.

⁴²⁵ Von Wulffen/Schütze/Engelmann 2014, § 94 SGB X Rn. 4 ff.; Becker/Kingreen/Mühlhausen 2018, § 210 SGB V Rn. 2.

⁴²⁶ Von Wulffen/Schütze/Engelmann 2014, § 94 SGB X Rn. 18.

305

306

ger der Kinder- und Jugendhilfe nicht einbezogen sind, dürften sich für den Kontext von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil nur limitierte Potenziale ergeben. Gleiches gilt für Aufträge der Sozialversicherungsträger an andere Sozialleistungsträger, da auch hier die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe ausgenommen sind (§ 88 Abs. 1 S. 2 SGB X).⁴²⁷

Im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie sind auf Landesebene gemeinsame Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen(verbänden),⁴²⁸ Rente- und Unfallversicherungsträgern und den in den Bundesländern zuständigen Stellen abzuschließen (§ 20f SGB V). Die intendierten Präventionsanreize und Synergieeffekte sollen unter Nutzung bestehender Gremien auf kommunaler Ebene in Anknüpfung an kommunale Lebenswelten verwirklicht werden.⁴²⁹ Die strategische Koordination und Weiterentwicklung der finanziellen und organisatorischen Präventionskonzepte obliegt einer Steuerungsgruppe unter Federführung der GKV, wobei in Landesrahmenvereinbarungen die Einrichtung eines allgemeinen „Fördertopfs“ teilweise ausdrücklich ausgeschlossen ist (vgl. etwa § 2 Abs. 6 LRV-NRW). Zur Frage, ob § 20a SGB V zulässt, dass die familiensystemische Perspektive in die Präventionskonzepte einfließt, oben 5.1.2.3).⁴³⁰ Da die Leistungs- und Finanzierungsverantwortung allerdings insgesamt bei der GKV zu verbleiben hat – es geht wesentlich um „die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten“ (§ 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V) – und die zweckgebundenen Versicherungsbeiträge grundsätzlich nur innerhalb des organisatorisch-kompetenziell beschränkten Rahmens verwendet werden dürfen,⁴³¹ liegen die Potenziale eher in einer Angebotskombination, nicht aber in systemübergreifender anteiliger Finanzierung.⁴³²

Für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist eine gemeinsame Finanzierung dann denkbar, wenn das eigenständige Beschlussrecht des Jugendhilfeausschusses über das Ob und ggf. das Wie gewahrt bleibt (§ 71 Abs. 3 S. 1 SGB VIII) und es sich um die Schaffung infrastruktureller Angebote mit zweiseitiger Finanzierung handelt. Im jugendhilferechtlichen Dreieck ist die konkrete Leistung hingegen abgrenzbar in der Leistungs- und Entgeltvereinbarung festzulegen.⁴³³ In der Eingliederungshilfe lässt die Finanzierung im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis (§ 75 SGB XII, § 125 SGB IX-2020) ebenfalls keine systemübergreifend-kombinierte Finanzie-

⁴²⁷ Hauck/Noftz/Steinbach 2007, § 88 SGB X Rn. 16; von Wulffen/Schütze/Engelmann 2014, § 88 SGB X Rn. 15b.

⁴²⁸ Sie handeln hierbei auch für die Pflegekassen, vgl. § 20f Abs. 1 S. 1 SGB V.

⁴²⁹ KSpV & GKV, 2013.

⁴³⁰ S. auch Lohse et al. 2017, 77 f.

⁴³¹ Nationale Präventionskonferenz 2016, 8.

⁴³² Lohse et al. 2017, 83 f.

⁴³³ Lohse et al. 2017, 39 ff.

307

308

rung zu. Die – mit Blick auf die aktuelle Rechtslage und Praxis eher als untergeordnet zu bezeichnende (s. oben 7.2.1.3) – Möglichkeit einer Kombination von zweiseitig finanzierten, niedrigschwellig zugänglichen Angeboten mit Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern erscheint zulässig.⁴³⁴ Aus haushaltsrechtlichen Gründen unzulässig erscheint indes eine Finanzierung von Aufgaben anderer Sozialleistungsträger aus Mitteln des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe oder der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe.⁴³⁵

Gelegentlich wird als Möglichkeit zur trägerübergreifenden Finanzierung das sog. persönliche Budget (§ 29 SGB IX) ins Spiel gebracht, im Rahmen dessen die Leistungsberechtigten zur Befriedigung ihres Hilfebedarfs vom Sozialleistungsträger keine Dienstleistung, sondern eine Geldleistung erhalten, damit diese sich die benötigten Hilfen eigenverantwortlich „einkaufen“ können. Bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger ist das persönliche Budget auch als trägerübergreifende Komplexleistung zu gewähren (§ 29 Abs. 1 S. 3 SGB IX). Gleichwohl bleibt es auch dann eine einzelfallbezogene und an Leistungen für eine einzelne Person orientierte Konstruktion und erfasst nur Teilhabe- und Rehabilitationsbedarfe wegen einer Behinderung.⁴³⁶ Im Kontext von Familien mit psychisch kranken Eltern bleiben somit erzieherische oder systemische Hilfen ebenso außen vor wie Leistungen an die Kinder. Das verbleibende Potenzial einer Verknüpfung von Leistungen der Krankenkassen mit denen der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX dürfte gering sein. Weitere Komplexleistungen sind im Bereich der Frühförderung vorgesehen (§ 46 [i.V.m. § 79] SGB IX-2018).

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit ist die Vermengung von kommunalen Leistungen (SGB VIII bzw. SGB XII/SGB IX) mit den bundesfinanzierten Angeboten der Arbeitsverwaltung (SGB III) grundgesetzlich von vornherein unterbunden.⁴³⁷ Die Öffnungsklausel für die Herstellung von Anschlussfähigkeit mit der Kinder- und Jugendhilfe bei der Förderung schwer zu erreichender junger Menschen (§ 16h SGB II)⁴³⁸ adressiert Jugendliche als Arbeitssuchende und gerade nicht als Eltern.

⁴³⁴ Lohse et al. 2017, 47 f.; vgl. zur Schaffung eines niedrigschwelligen Zugangs für Leistungen der Hilfe zur Pflege BSG 2.2.2012 – B 8 SO 5/10 R, NJW 2012, 2540.

⁴³⁵ Mrozynski 2010, Rn. 39.

⁴³⁶ Hauck/Noftz/Schneider 2012, § 17 SGB IX Rn. 11 ff.

⁴³⁷ BVerfG 20.12.2007 – 2 BvR 2433/04, 2 BvR 2434/04, BVerfGE 119, 331 = NZS 2008, 198 m. w. Nachw.

⁴³⁸ Münder/Thie 2017, § 16h SGB II Rn. 1.

8.1.3 Koordinierte Leistungen: Anschlussfähigkeit der Systeme

Die Potenziale der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sowie der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX) zur Anpassung der eigenen Leistungen an die Angebote anderer Sozialleistungsträger, damit diese nahtlos aneinander anknüpfen und keine Lücken lassen, sind hoch unterschiedlich ausgeprägt. Bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V handelt es sich tendenziell um ein scharf abgegrenztes und geschlossen definiertes Spektrum; punktuelle Ausnahmen bestehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (dazu 5.1.1.1 und 5.1.1.5) und der Primärprävention (dazu 5.1.2). Der Raum für die Herstellung von Anschlussfähigkeit der Angebote in einer koordinierten Leistungsgestaltung eines trägerübergreifenden – also über das GKV-System hinausweisenden – Versorgungspfads ist insofern begrenzt.⁴³⁹ Die Einnahmen über die Versicherungsbeiträge dürfen ausschließlich der Versorgung der Versicherten mit entsprechendem Untersuchungs- oder Behandlungsdarf zukommen. Die klaren Grenzen geben vielmehr Orientierung, ab welchem Punkt die anderen Leistungssysteme anknüpfen müssen, um Lücken zu vermeiden, was vor allem dann gelingen dürfte, wenn die eigene Leistungsverantwortung entsprechend den Regeln des jeweiligen Leistungsgesetzes an dieser Stelle für die anderen Sozialleistungsträger bereits erkennbar wird.

311

Den Gegenpol auf der Skala der Anschlussfähigkeit stellt die Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII dar. Bei der Umsetzung der Aufgaben gilt der Grundsatz der Pluralität mit seiner Offenheit für neue inhaltliche und organisatorische Entwicklungen.⁴⁴⁰ Mit ihrem teiloffenen Leistungskatalog ist die Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert, die Angebote entsprechend der Individualität und Eigensinnigkeit der Leistungsberechtigten zu gestalten und hierbei an deren Bedarf und Lebenswelt anzuknüpfen (s. oben 2). Folglich können Leistungen mit Blick auf Schnittstellen auch so gestaltet werden, dass sie dort ansetzen, wo die Angebote anderer (Sozialleistungs-)Systeme enden. Darüber hinaus sind Adressat*innen alle Beteiligten in der Familie mit Kindern bzw. Jugendlichen sowie weitere Erziehungs- oder Bezugspersonen. Von der rechtlichen Konstruktion her ist das System der Kinder- und Jugendhilfe daher sehr ko-

312

⁴³⁹ Die Koordinierung (vgl. § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V) lässt die Leistungen des jeweils anderen Trägers unberührt, s. etwa auch die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zusammenarbeit insbesondere mit den Unfallversicherungsträgern im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b Abs. 2 SGB V); aus Sicht der Rentenversicherungsträger s. § 14 Abs. 3 S. 1 SGB VI.

⁴⁴⁰ Beschlussempfehlung und Bericht zum Entwurf des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, BT-Drucks. 11/6748, 80; Münder et al./Münder 2018, § 3 SGB VIII Rn. 4.

operationsfreundlich, sich aber seiner Rolle als potenzieller Ausfallbürge für zurückhaltende Verantwortungsübernahme anderer Systeme regelmäßig auch sehr bewusst.⁴⁴¹

Die Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX bietet mit ihrem teiloffenen Leistungskatalog zwar vergleichbar der Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, ihre Angebote den individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten anzupassen. Auch ist die Mehrheit der Rehabilitationsträger im Verfahren der Klärung des leistenden Rehabilitationsträgers (§ 15 SGB IX) und bei der Aufstellung eines Teilhabepplans (§ 19 SGB IX) ausdrücklich berücksichtigt (hierzu sogleich 8.2.2). Die Anschlussfähigkeit der verschiedenen Angebote wird indes deutlich eingeschränkt durch die Konzentration auf „echte“ Rechtsansprüche und die Dreiecksfinanzierung für Individualleistungen fokussiert auf den individuellen Nachteilsausgleich des Menschen mit Behinderung. Niedrigschwelliger Zugang ohne vorherige Antragstellung und eingehende Prüfung der Leistungsberechtigung ist leistungrechtlich im SGB IX nicht abgebildet, was eine Verknüpfung mit entsprechenden Angeboten Leistungen anderer System erschwert bzw. verhindert. Die Einbeziehung von Bedarfen im systemischen Geschehen in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern bewegt sich in engen, an den behinderungsbedingten Bedarfen psychisch kranker Eltern orientierten Grenzen, wobei andere Leistungsträger jedoch in einer verpflichtend durchzuführenden Gesamtplankonferenz (§ 119 Abs. 4 SGB IX-2020) zu beteiligen sind. Mit dem neuen § 95 SGB IX sind die Eingliederungshilfeträger zwar verpflichtet, ihre Gewährungs- und Leistungserbringungsprozesse so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Leistung in jedem Fall erfolgen kann. Dem verlässlichen Vorhalten ambulanter Angebote steht jedoch die (volle) Kostenbeteiligung einer Vielzahl der Leistungsberechtigten entgegen (s. oben 3.6.2). Die Koordination der Leistungen und die Kontinuität in den Bezugspersonen kann allerdings gefördert werden, wenn freie Träger als Leistungserbringer bspw. sowohl Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen für ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen nach § 75 SGB XII/§§ 123 ff. SGB IX-2020 abgeschlossen haben und gleichzeitig als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt sind (§ 75 SGB VIII), um etwa flankierende Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe nach §§ 27, 31 SGB VIII zu erbringen.

313

⁴⁴¹ S. etwa Ständige Fachkonferenz 1 des DIJuF, 2003; Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 10 SGB VIII Rn. 2 ff.

8.2 Potenziale und Grenzen einer gemeinsamen Planung von Angeboten⁴⁴²

8.2.1 Fallübergreifende Planung und Steuerung

Der Jugendhilfeausschuss ist zuständig für die Jugendhilfeplanung (§ 71 Abs. 2 Nr. 2, § 80 SGB VIII). Da die Kinder- und Jugendhilfe über das eigene System hinaus dazu beitragen soll, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen (§ 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII), greift Jugendhilfeplanung zu kurz, wenn sie nur auf die rechtzeitige und bedarfsgerechte Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB VIII abstellt.⁴⁴³ Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen deshalb darauf hinwirken, dass die Jugendhilfeplanung und andere örtliche und überörtliche Planungen aufeinander abgestimmt werden und die Planungen insgesamt den Bedürfnissen und Interessen der jungen Menschen und ihrer Familien Rechnung tragen (§ 80 Abs. 4 SGB VIII). Die Abstimmungspflicht umfasst auch die Bereiche Gesundheit, inklusive der psychiatrischen Versorgung, sowie der Inklusion und Teilhabe.⁴⁴⁴ Es ist horizontal und vertikal eine übergreifende Vernetzung und Abstimmung der verschiedenen Planungen anzustreben.⁴⁴⁵ Über die Arbeitsgemeinschaften nach § 81 SGB VIII sind die Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zur Zusammenarbeit auch mit Krankenkassen, Eingliederungshilfeträgern, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens aufgefordert (§ 81 Nr. 1 u. 4 SGB VIII).

314

Die Aufforderung im Kinder- und Jugendhilferecht zur Zusammenarbeit in der Planung von Angeboten findet im Recht der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX keine vergleichbaren Instrumente, sondern eher allgemein gehaltene örtliche Zusammenarbeitsverpflichtungen (§ 96 Abs. 1 SGB IX), verbunden mit einer Aufforderung der Länder zur Initiierung überregionaler Planungen und Unterstützung der örtlichen Sicherstellungsaufträge (§ 94 Abs. 3 SGB IX). Eine Inklusions- und Teilhabeplanung ist gesetzlich nicht vorgesehen.

315

Im Gesundheitswesen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufstellung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufgefordert (§ 99 SGB V). Diese Verständigung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist ein rein auf das GKV-System bezogenes Binnen-

316

⁴⁴² Abschnitt 8.2 befasst sich mit den Fragen A.9, A.13-16, B., B.3-4, B.6 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

⁴⁴³ Wiesner/Wiesner 2015, § 80 SGB VIII Rn. 38; auch Kunkel et al./Wabnitz 2018, § 81 SGB VIII Rn. 23; Schellhorn et al./Kern 2017, § 80 SGB VIII Rn. 24.

⁴⁴⁴ Kunkel et al./Wabnitz 2018, § 81 SGB VIII Rn. 22; siehe hierzu auch Fallvignette 35.

⁴⁴⁵ Münster et al./Tammen 2018, § 80 SGB VIII Rn. 21; Hauck/Noftz/Hilke 2009, § 80 SGB VIII Rn. 71.

instrument (zu Unter- und Überversorgung s. §§ 100, 101 SGB V). Vernetzung oder Koordination mit Angeboten anderer, außerhalb des GKV-Systems agierender Systeme ist nicht vorgesehen.

Die Gesundheitsplanung der öffentlichen Gesundheitsdienste umfasst immerhin in einzelnen Ländern auch die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen,⁴⁴⁶ die Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen⁴⁴⁷ bzw. die gegenseitige Anhörungspflicht⁴⁴⁸ oder Stellungnahme zu Planungen anderer Verwaltungen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.⁴⁴⁹ Mit Blick auf die psychiatrische Versorgung ist ferner an die Krankenhausplanung zu denken, die auf Basis des (Bundes-)Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) anhand der Landeskrankenhausgesetze umgesetzt wird; ergänzend sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V) zu beachten.

Zusammenfassend lässt sich daher konstatieren, dass die aktuelle Rechtslage im SGB VIII einen zwar noch nicht konkretisierten, aber anschlussfähigen Grundstein für eine bereichsübergreifende Angebotsplanung legt. Ein gesetzlicher Appell enthält bspw. das Gesetz zur Kooperation und Information (KKG) für den Bereich der Frühen Hilfen, wonach sich die Akteure gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren und strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sollen (§ 3 Abs. 1 KKG), um ein möglichst frühzeitiges, koordiniertes und multiprofessionelles Angebot vorhalten zu können (§ 1 Abs. 4 S. 2 KKG).⁴⁵⁰ Dies wird in den anderen Sozialleistungsbereichen bislang nicht bzw. nur bedingt gespiegelt. Jenseits des Bereichs der Frühen Hilfen⁴⁵¹ fordert das geltende Recht nicht systemübergreifend zur Koordination der Regelangebote aus den verschiedenen Leistungssystemen sowie einen aufeinander abgestimmten, zielgruppenspezifischen Zuschnitt der Angebotspalette auf.

⁴⁴⁶ Vgl. § 6 Abs. 1 ÖGDG BW;

⁴⁴⁷ § 4 Abs. 1 S. 2 BerlGDG.

⁴⁴⁸ § 4 Abs. 2 GDG SH.

⁴⁴⁹ § 2 Abs. 2 Nr. 5 ÖGDG NRW.

⁴⁵⁰ Münder et al./Meysen 2018, Anh § 8b SGB VIII Rn. 11, 29.

⁴⁵¹ Zur nachhaltigen Absicherung und Entwicklung kommunaler Gesamtstrategien s. Ziegenhain et al. 2010, 151 ff.

8.2.2 Einzelfallkooperation in der Hilfe-, Gesamt- und Teilhabeplanung

Das SGB V kennt kein Instrument einer Versorgungs- und Leistungsplanung über das System der GKV hinaus (zu GKV- bzw. auf das Gesundheitssystem bezogenen Planungsinstrumenten 8.2.1).

Demgegenüber sieht das SGB VIII im Kontext von Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfen und Hilfen für junge Volljährige, die voraussichtlich für längere Zeit zu leisten sind, eine Hilfeplanung vor, im Rahmen derer das Jugendamt die Personensorge-, Erziehungsberechtigten, Kinder und Jugendliche zu beteiligen hat (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Verpflichtend einzu beziehen sind hiernach neben den Leistungserbringern für die Leistung nach SGB VIII lediglich die für die berufliche Eingliederung zuständigen Träger, wenn es um Maßnahmen der beruflichen Eingliederung junger Menschen geht, und, wenn es um Leistungen der Eingliederungshilfe für ein Kind oder Jugendlichen mit seelischer Behinderung geht, die Gutachter*innen zur psychischen Störung nach ICD-10 (§ 36 Abs. 2 S. 4, Abs. 3 SGB VIII).⁴⁵² Die Hinzuziehung von anderen Akteur*innen, etwa aus der Suchthilfe oder der Erwachsenenpsychiatrie, ist zwar nicht ausgeschlossen, aber gesetzlich ebenso wenig determiniert wie etwa die Einbeziehung anderer Sozialleistungsträger.⁴⁵³

In Ersetzung der bislang weitgehend ungenutzten Regelung zum Gesamtplan in § 58 SGB XII sind für den Träger der Eingliederungshilfe seit dem 1.1.2018 neue Regelungen zum sog. **Gesamtplanverfahren** in Kraft getreten (§§ 141 ff. SGB XII-2018, §§ 117 ff. SGB IX-2020).⁴⁵⁴ Dieses soll eine am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung sichern (sog. Personenzentrierung)⁴⁵⁵ und dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses (§ 144 Abs. 2 SGB XII-2018, § 121 Abs. 2 SGB IX-2020). Die relevanten Maßstäbe für die Durchführung des Gesamtplanverfahrens hat der Gesetzgeber nunmehr bundesweit vorgegeben, wie z.B. die Beteiligung der Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, die Dokumentation der Wünsche der Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen oder auch die Beachtung bestimmter fachlicher Kriterien; so sollen Leistungen und Leistungsgewährung transparent, interdisziplinär, konsensorientiert oder lebensweltbezogen sein (vgl. § 141 Abs. 1 SGB XII-2018, § 117 Abs. 1 SGB IX-2020). Zu diesen verbindlichen Vorgaben gehört im Übrigen auch – im Anschluss an die Bedarfsermittlung⁴⁵⁶ – ggf. eine Gesamt-

⁴⁵² Hierzu Wiesner/Schmid-Obkirchner 2015, § 36 SGB VIII Rn. 53, 55 ff.

⁴⁵³ Münder et al./Schönecker/Meysen 2018, § 36 SGB VIII Rn. 35.

⁴⁵⁴ Genauer dazu auch v. Boetticher 2018, § 3 Rn. 489 ff.

⁴⁵⁵ BT-Drucks. 18/9522, 268.

⁴⁵⁶ Bieritz-Harder et al./Bieritz-Harder 2018, § 143 SGB XII Rn. 1.

plankonferenz durchzuführen sowie im Rahmen dessen eine Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer unter Beteiligung betroffener Leistungsträger vorzunehmen (§ 141 Abs. 1 Nr. 5, 6 SGB XII-2018, § 117 Abs. 1 Nr. 5, 6 SGB IX-2020). Die Entscheidung über die Durchführung einer solchen Gesamtplankonferenz liegt zwar grundsätzlich im Ermessen des Trägers der Eingliederungshilfe, wobei die Leistungsberechtigten als auch die nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträger (dazu sogleich genauer) die Durchführung einer solchen vorschlagen können (§ 143 Abs. 1 SGB XII-2018, § 119 Abs. 1 SGB IX-2020). Im Kontext von elternunterstützenden Leistungen für Eltern mit Behinderungen, ist jedoch – mit Zustimmung der Leistungsberechtigten – zwingend eine entsprechende Gesamtplankonferenz durchzuführen (§ 143 Abs. 4 S. 1 SGB XII-2018, § 119 Abs. 4 S. 1 SGB IX). In diesem Fall hat der Eingliederungshilfeträger zudem im Vorfeld zu prüfen, ob die Bedarfe eventuell durch Leistungen anderer Leistungsträger oder auch durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld bzw. ehrenamtliche Personen gedeckt werden können. Sofern vorhanden, sind diese ebenfalls über die Gesamtplankonferenz zu informieren und an dieser zu beteiligen (§ 143 Abs. 4 S. 2 SGB XII-2018, § 119 Abs. 4 S. 2 SGB IX-2020).⁴⁵⁷ Wichtig ist jedoch auch hier das Vorliegen der Zustimmung des Elternteils – und zwar mit Blick auf das zu beachtende Selbstbestimmungsrecht nach § 1 SGB IX bezüglich jedes einzelnen potenziell zu Beteiligten, da der Elternteil ggf. ein berechtigtes Interesse daran haben kann, dass eine oder auch mehrere Personen aus seinem Umfeld nicht von seiner Lebenssituation und Bedarfslage erfahren.⁴⁵⁸

Soweit die Hilfebedarfe in der jeweiligen Familie auf Teilhabeleistungen i.S.d. § 4 SGB IX gerichtet sind, d.h. im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie im Rahmen von medizinischen Rehabilitationsleistungen der GKV bzw. der GRV oder beruflichen Rehabilitationsleistungen der Bundesagentur für Arbeit, agiert der jeweilige Leistungsträger als Rehabilitationsträger (vgl. § 6 Abs. 1 SGB IX) und unterfällt damit auch den für alle Rehabilitationsträger geltenden Regelungen des SGB IX Teil 1 (dazu bereits 3.1). Im stets – d.h. auch gegenüber evtl. abweichenden Regelungen im eigenen Leistungsgesetz – vorrangig zu beachtenden Kapitel 4 (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX), stehen die Verfahrensvorgaben zur „Koordinierung der Leistungen“, wovon die wichtigsten hier kurz skizziert werden sollen:

Im komplexen Geflecht unterschiedlicher Rehabilitationsträger hat der Gesetzgeber zum einen in § 14 SGB IX ein im Verhältnis zu den Leistungsberechtigten verbindliches, mit strengen Fristen unterlegtes Verfahren der Antragsprüfung und Pflicht zur Leistungsgewährung

⁴⁵⁷ Bieritz-Harder et al./Bieritz-Harder 2018, § 143 SGB XII Rn. 4.

⁴⁵⁸ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 507.

322

323

vorgesehen.⁴⁵⁹ Insbesondere macht er die Vorgabe, durch eine grundsätzliche Beschränkung auf eine nur innerhalb von zwei Wochen sowie zudem nur einmal zulässige Weiterleitung des Hilfeantrags und die ansonsten eintretende Verpflichtung zur Leistungsgewährung – egal ob die eigene Zuständigkeit hierfür besteht oder nicht – eine schnellstmögliche Befriedigung des Hilfebedarfs sicherzustellen.

Mit dem Ziel einer schnellen und im Verhältnis zu den Leistungsberechtigten konfliktfreien Leistungsgewährung in den Fällen der Trägermehrheit, versucht § 15 SGB IX das Prinzip der Leistungsgewährung „wie aus einer Hand“ zu realisieren.⁴⁶⁰ Stellt nämlich ein Rehabilitationsträger beim Eingang eines Hilfeantrags fest, dass neben Leistungen von ihm auch noch Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erforderlich sind, hat er diesen Antragsteil – sofern er für diesen selbst nicht Rehabilitationsträger sein kann – an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten (sog. partielle Weiterleitung, § 15 Abs. 1 SGB IX). Hält er sich zwar für diesen Teil unzuständig, könnte er aber gleichwohl auch hierfür Rehabilitationsträger sein, darf er den Teil-Antrag nicht an den von ihm für zuständig erachteten Rehabilitationsträger weiterleiten. Vielmehr ist er gehalten, von dem anderen Rehabilitationsträger die für den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX (dazu sogleich) erforderlichen Feststellungen unverzüglich anzufordern (sog. Beteiligung ohne Weiterleitung, § 15 Abs. 2 SGB IX).⁴⁶¹

Ein kurzes Beispiel: Stellt sich für den Eingliederungshilfeträger im Rahmen seiner Antragsprüfung heraus, dass neben den von ihm zu gewährenden Assistenzleistungen, der Elternteil zudem einen medizinischen Rehabilitationsbedarf hat, wäre er aufgefordert, die Krankenkasse des Elternteils an der Bedarfsfeststellung zu beteiligen (§ 15 Abs. 2 SGB IX). Würde umgekehrt die Krankenkasse den Hilfeantrag als erstes erhalten und im Rahmen ihrer Prüfung des Rehabilitationsbedarfs feststellen, dass der Elternteil auch einer alltagspraktischen Unterstützung in Form der Elternassistenz bedarf, würde die Krankenkasse den letzten Teil der Leistung – da sie für diesen nicht Rehabilitationsträger sein kann – abspalten und an den Träger der Eingliederungshilfe weiterzuleiten haben (§ 15 Abs. 1 SGB IX). Ob und wie die Leistungsträger dieses verpflichtende Zusammenwirken bei der Bedarfsfeststellung im Rahmen trägerübergreifender Leistungszuständigkeiten in der Praxis tatsächlich umsetzen werden, erscheint derzeit noch ungewiss.

⁴⁵⁹ Ausführlich hierzu Schönecker 2018, Rn. 6; v. Boetticher 2018, § 3 Rn. 59 ff.

⁴⁶⁰ BT-Drucks. 18/9522, 234.

⁴⁶¹ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 67 ff.; Rosenow 2017, 483 f.

Das zentrale Instrument zur Koordinierung der Leistungen wurde mit dem Teilhabeplanverfahren (§§ 19, 20 SGB IX) geschaffen.⁴⁶² Dieser ist von dem nach § 14 SGB IX zuständigen Rehabilitationsträger verpflichtend aufzustellen, wenn entweder Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse und Eingliederungshilfe) oder Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen (z.B. medizinische und ergänzende Teilhabeleistungen) vorliegen oder der Leistungsberechtigte dies wünscht (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Das Ziel der Teilhabeplanung liegt dementsprechend darin, gemeinsam mit den ggf. nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträgern sowie den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX).⁴⁶³ Das Verfahren mündet letztlich in der Aufstellung des Teilhabeplans mit den nach § 19 Abs. 2 SGB IX zu beachtenden Inhalten. Diese Dokumentation gilt selbst nicht als Verwaltungsakt,⁴⁶⁴ bereitet aber die Entscheidung vor und dient insofern als fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses (§ 19 Abs. 4 SGB IX, § 57 AE „Gemeinsame Empfehlungen“). Das Teilhabeplanverfahren sieht nicht zwingend einen persönlichen Austausch zwischen den Beteiligten vor. Die Koordination kann vielmehr auch schriftlich oder elektronisch erfolgen.⁴⁶⁵ Als mögliche Option einer gemeinsamen Beratung kann der zuständige Rehabilitationsträger jedoch auch eine sog. Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX) durchführen. Auch hier haben die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter ein entsprechendes Vorschlagsrecht, wovon ggf. abgewichen werden kann (§ 20 Abs. 1 S. 2, 3 SGB IX). Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ist zwingend, wenn sie auf einen Vorschlag von Eltern mit Behinderungen zurückgeht, die Unterstützungsleistungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt haben (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX). An dieser Teilhabeplankonferenz können auf Wunsch der Leistungsberechtigten zudem Bevollmächtigte und Beistände (§ 13 SGB IX) sowie sonstige Vertrauenspersonen teilnehmen sowie auf Wunsch bzw. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten auch Rehabilitationsdienste, -einrichtungen, Jobcenter und sonstige beteiligte Leistungserbringer (§ 20 Abs. 3 SGB IX).

326

Gerade mit Blick auf die zersplitterte Leistungsverantwortung für Eltern mit Behinderungen dürften in dem Instrument der Teilhabeplanung und -konferenz wichtige Koordinierungs- und Abstimmungspotenziale zur Gestaltung bedarfsgerechter Einzelfallhilfen liegen.⁴⁶⁶ Der

327

⁴⁶² Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 116.

⁴⁶³ Vgl. auch § 48 AE „Gemeinsame Empfehlung“ (s. 3.1).

⁴⁶⁴ BT-Drucks. 18/9522, 239.

⁴⁶⁵ Von Boetticher 2018, § 3 Rn. 123.

⁴⁶⁶ So auch die Forderung in Deutscher Verein 2014, 11.

Praxis steht jedoch zunächst ein erheblicher Orientierungs- und Findungsprozess hinsichtlich einer fach- wie praxisgerechten Umsetzung dieser rechtlichen Vorgaben bevor und es erscheint aus den Erfahrungen mit gesetzlichen Pflichten zur Einzelfallkoordinierung in § 36 SGB VIII zweifelhaft, ob die Suche mit der aktuellen gesetzlichen Engführung auf den individuellen Rehabilitationsbedarfs des Elternteils mit Behinderung von Erfolg gekrönt sein wird.

Sofern überhaupt Rehabilitationsleistungen erbracht werden und in diesem Rahmen ein Teilhabeplan gemäß § 19 Abs. 1 SGB IX aufzustellen ist, werden diese im Übrigen nicht notwendigerweise dadurch geschmälert, dass der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in diesen Fällen regelmäßig nicht als Rehabilitationsträger agiert. Denn über § 22 Abs. 1 SGB IX hat der Gesetzgeber für den teilhabeplanverantwortlichen Rehabilitationsträger die Verpflichtung aufgenommen, auch andere öffentliche Stellen in geeigneter Art und Weise in die Erstellung des Teilhabeplans einzubeziehen, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist.

328

8.2.3 Finanzierung fallübergreifender und einzelfallbezogener Zusammenarbeit

Die Erledigung von Aufgaben nach SGB VIII und SGB XII/SGB IX sind von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe bzw. der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe sicherzustellen. Hierzu gehört auch die Verantwortung, entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen und die eigenen Sachkosten für die Wahrnehmung der Kooperationsaufgaben zu tragen (für die Kinder- und Jugendhilfe §§ 72, 79 Abs. 1 SGB VIII).⁴⁶⁷

329

Ein im Rahmen der GKV nicht nur für die Thematik dieses Gutachtens weithin ungelöstes Problem ist die Finanzierung des fallbezogenen und fallübergreifenden Koordinationsaufwands.⁴⁶⁸ Einerseits im Hinblick auf Leistungen, die erst noch effektiv in das GKV-System implementiert werden müssen, andererseits im Hinblick auf die Abstimmung mit Leistungen anderer Sozialsicherungssysteme, die eine Nähe zum GKV-System aufweisen, weil die Person, der diese Leistungen zugutekommen, ein und dieselbe ist. Wie sich das Problem im Rahmen der GKV in den Griff bekommen lassen könnte, lässt sich beispielhaft mit Blick auf die ambulante vertragsärztliche sozialpsychiatrische Versorgung illustrieren (s. hierzu auch § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V).

330

⁴⁶⁷ Münder et al./Tammen 2018, § 79 SGB VIII Rn. 26 f.

⁴⁶⁸ Schwierigkeiten, dass dieser Aufwand in den abrechenbaren Leistungen der GKV keine Berücksichtigung findet, beschreiben Fallvignetten 3, 24, 25, 26, 35 und 36.

Die ärztliche Versorgung setzt auf der „interdisziplinäre[n] Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste“⁴⁶⁹ auf. Diese anderen Berufe, auch Heilpädagog*innen oder Sozialarbeiter*innen, werden bewusst als „komplementäre Berufe“⁴⁷⁰ verstanden, deren Tätigkeit „essentiell[e]“⁴⁷¹ Bedeutung für die Behandlung hat. Neben der Beschäftigung nicht-ärztlicher Mitarbeiter*innen wird der besondere Koordinierungsaufwand, der beim behandelnden Arzt entsteht, gesondert vergütet.⁴⁷² Zu diesem Aufwand gehören, wie die jüngste Evaluation der sozialpsychiatrischen Versorgungspraxis belegt, typischerweise auch zahlreiche Kooperationskontakte zum Jugendamt.⁴⁷³ Kooperations- bzw. Koordinierungsaufwand wird so zu einem gesondert vergüteten Annex ärztlicher Tätigkeit, der das Wirken anderer Berufe und die multiprofessionelle Zusammenarbeit erst ermöglicht.

331

8.3 Datenschutzrechtliche Implikationen⁴⁷⁴

Fragen des Datenschutz und – damit eng verbunden – der Schweigepflicht stellen sich generell in multidisziplinär verzahnten Feldern von Hilfe bzw. Unterstützung. Die rechtlichen Regelungen über die Schweigepflicht und den Datenschutz markieren einen Rahmen, der Vertrauen in Hilfebeziehungen schützt. Schweigepflicht und Datenschutz gewährleisten, mit anderen Worten, „Vertrauensschutz in Hilfebeziehungen“⁴⁷⁵ (dazu auch 2.3).

332

Bei der Frage, wie im Einzelnen dieser Vertrauensschutz wirkt, ist nach der fallübergreifenden – also der von konkreten „Fällen“ absehbenden – Kooperation und der fallbezogenen Kooperation zu unterscheiden. Bei der fallübergreifenden Kooperation entstehen Friktionen mit der Schweigepflicht oder dem Datenschutz nicht, wenn er – wie das richtigerweise sein sollte – ohne Informationsaustausch über Einzelfälle auskommt. Dass alle an einer fallübergreifenden Kooperation Beteiligten gleichsam „im Hinterkopf“ reiches Erfahrungswissen

333

⁴⁶⁹ § 3 Abs. 1 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen), www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_11_Sozialpsychiatrie_20090701.pdf (Aufruf: 28.9.2018).

⁴⁷⁰ Vgl. die Überschrift zu § 3 Abs. 1 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen): „Kooperation mit komplementären Berufen“.

⁴⁷¹ § 6 Abs. 2 Satz 3 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen), Stand: 1. 1. 2019.

⁴⁷² § 6 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen), Stand: 1. 1. 2019.

⁴⁷³ Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2015, S. 12.

⁴⁷⁴ Abschnitt 8.3 befasst sich mit der Frage A.20 aus dem Fragenkatalog, siehe Anhang 1.

⁴⁷⁵ Meysen 2018, 121; dazu auch Diakonie Sachsen 2017, 15; Rixen, 2015; Thyen et al., 2010; ferner Rixen, 2012.

(auch über konkrete Fälle) mitführen werden, macht den allgemeinen Austausch noch nicht zu einer im Hinblick auf Schweigepflicht und Datenschutz problematischen Kommunikation.

Bei der fallbezogenen Kooperation sind zunächst die berufsrechtlich⁴⁷⁶ geregelten und strafrechtlich geschützten Schweigepflichten (§ 203 Strafgesetzbuch – StGB) zu beachten. Auch das geltende Datenschutzrecht verdeutlicht, dass diese gesetzlichen Schweigepflichten neben dem Datenschutzrecht zu beachten sind.⁴⁷⁷ Das zeigt sich auch darin, dass im Einklang mit dem EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)⁴⁷⁸ – vgl. Art. 6 Abs. 3 DS-GVO –⁴⁷⁹ Daten aus solchen schweigepflichtgeschützten im System der sozialen Sicherung nur sehr eingeschränkt verwertet werden dürfen (§ 76 SGB X).⁴⁸⁰ Ein gesteigerter Schutz, der diesen schweigepflichtgeschützten Beziehungen ähnlich ist, gilt für Jugendämter (§ 65 Abs. 1 S. 1 SGB VIII), aber auch für Träger der freien Jugendhilfe, die einen vergleichbar intensiven Schutz gewährleisten müssen (§ 61 Abs. 3 SGB VIII).⁴⁸¹ Im Lichte des EU-rechtlich geprägten Datenschutzrechts müssen Begrifflichkeiten des nationalen Rechts, die eine Nähe zum Datenschutzrecht aufweisen, möglichst so ausgelegt werden, dass (Wertungs-)Widersprüche zum EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) vermieden werden.

Eine Befugnis zur Informationsweitergabe ergibt sich insbesondere, wenn eine Einwilligung der betroffenen Person vorliegt. Gemäß Art. 4 Nr. 11 DS-GVO ist eine „Einwilligung der betroffenen Person“ „jede freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung, mit der die betroffene Person zu verstehen gibt, dass sie mit der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden ist“.⁴⁸² Abweichend vom bisherigen deutschen Verständnis ist Verarbeitung weiter gefasst und meint (so Art. 4 Nr. 2 DS-GVO) „jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die

⁴⁷⁶ Insbesondere in den ärztlichen Berufsordnungen geregelt, vgl. § 9 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt*innen, www.bundesaerztekammer.de, oder z.B. § 8 der Berufsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (BO-OPK), <https://opk-info.de>.

⁴⁷⁷ Vgl. § 35 Abs. 2a SGB I, § 1 Abs. 2 S. 2 BDSG; dazu Bieresborn 2017, 891 f.

⁴⁷⁸ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl EU 2016, L 119/1.

⁴⁷⁹ Meysen 2018, 213; Freund & Shagdar, 2018.

⁴⁸⁰ Meysen 2018, 213.

⁴⁸¹ Meysen 2018, 213.

⁴⁸² Ausführlich zu Einwilligung nach Art. 4 Nr. 11 DS-GVO Hoffmann, 2017.

334

335

Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung“.

Die Erwägungsgründe zu DS-GVO, die in etwa die Funktion einer Gesetzesbegründung haben, betonen, dass diejenige Person, die sich auf eine Einwilligung beruft, nachweisen können sollte, dass die Einwilligung erfolgt ist.⁴⁸³ Außerdem muss hinreichend sichergestellt sein, dass die Person, die ihre Einwilligung geben soll, weiß, um was geht (vgl. Erwägungsgrund 42). Das darf auch als Hinweis verstanden werden, dass die Einwilligungsfähigkeit genau geprüft wird.⁴⁸⁴ 336

Außerdem heißt es in Erwägungsgrund 43 u.a.: „Um sicherzustellen, dass die Einwilligung freiwillig erfolgt ist, sollte diese in besonderen Fällen, wenn zwischen der betroffenen Person und dem Verantwortlichen ein klares Ungleichgewicht besteht, insbesondere wenn es sich bei dem Verantwortlichen um eine Behörde [*in der englischen Fassung: public authority*] handelt, und es deshalb in Anbetracht aller Umstände in dem speziellen Fall unwahrscheinlich ist, dass die Einwilligung freiwillig gegeben wurde, keine gültige Rechtsgrundlage liefern.“ D.h., die DS-GVO ist besonders aufmerksam, wenn es um das Handeln einer staatlichen Behörde geht. In diesem Fall liegt ein „klares Ungleichgewicht“ nahe. Das bedeutet allerdings nicht, dass jeder Dienst und jede Einrichtung, der/die in das staatlich organisierte Sozial- und Gesundheitssystem eingebunden ist, wie eine „klassische“ Behörde wahrgenommen würde, denn diesen Diensten und Einrichtungen fehlt regelmäßig die spezifische, eben staatliche Durchsetzungsmacht, die das Charakteristikum einer staatlichen Behörde ist. Deshalb ist in aller Regel bei den – auch staatlich organisierten – Hilfe- bzw. Unterstützungssystemen, die mit vulnerablen Personen zu tun haben, davon auszugehen, dass allein diese organisatorische Rahmung nicht zu einem klaren Ungleichgewicht führt, das die Freiwilligkeit der Einwilligung in Frage stellen würde. Einwilligungen bleiben auch hier weiterhin möglich und sind im Einklang mit der DS-GVO weiterhin auch für Jugendämter eine zulässige Grundlage für befugte Datenverarbeitung (§ 65 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VIII i.V.m. Art. 6 Abs. 3 DS-GVO).⁴⁸⁵ 337

Für therapeutische Ansätze, die etwa beide Elternteile bzw. Erziehungspartner*innen einbeziehen oder bei diesen therapeutisch relevante Informationen einholen wollen bzw. sollten,⁴⁸⁶ ist die betreffende Einwilligung rechtzeitig bei der sich z.B. in einer psychiatrischen Ein- 338

⁴⁸³ Treichel 2018, 827; Hoffmann, 2017.

⁴⁸⁴ Dazu zusammenfassend Valerius, 2018.

⁴⁸⁵ Münder et al./Hoffmann 2018, § 65 Rn. 1, 26 ff.

⁴⁸⁶ Siehe etwa Fallvignette 2.

richtung befindlichen Person einzuholen. Der andere Elternteil bzw. der/die andere Erziehungspartner*in sind Dritte im Sinne von Art. 4 Nr. 10 DS-GVO, also nicht der/die Patient*in, er ist betroffene Person (Art. 4 Nr. 1 DS-GVO). Die Schweigepflicht erstreckt sich gegenüber Dritten schon darauf, dass die Schweigepflichtigen noch nicht einmal über den Umstand etwas sagen dürfen, ob sich eine Person in einer solchen Einrichtung befindet, geschweige denn, dass sie berichten dürften, wie sie sich erhält, was sie sagt etc. Wie immer in solchen Gesprächen setzt die Einholung einer Einwilligung voraus, dass es gelingt, den therapeutischen Sinn dieser punktuell aufgehobenen Schweigepflicht adäquat zu vermitteln und dazu zu ermutigen, die Einwilligung zu erteilen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erarbeitet derzeit eine Handreichung für Fachkräfte zur Schweigepflichtentbindung, in der insbesondere für Angehörige von Heilberufen Hinweise nicht nur über die Rechtslage informiert wird, sondern vor allem auch Wege aufgezeigt werden sollen, wie die Rechte nachvollziehbar vermittelt und gleichzeitig Transparenz über das fachliche Anliegen hergestellt werden kann.⁴⁸⁷ In den Verträgen, die dem Aufenthalt ggf. zugrunde liegen, könnte das als Punkt aufgenommen werden (allerdings ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher [Behandlungs-]Vertrag und die Einwilligung rechtlich unterschieden werden müssen; eine Einwilligung muss nicht in einem solchen Vertrag erteilt werden, aber es bietet sich an, diese Vertragsdokument auch für diese Frage zu verwenden).

Wenn weder eine Einwilligung vorliegt noch gesetzliche Befugnisse bestehen, die Schweigepflicht zu durchbrechen, bleibt für Berufsgeheimnisträger*innen in der Regel nur die Befugnis zur Informationsweitergabe ohne Einwilligung im Kontext einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung (§ 4 Abs. 3 KKG)⁴⁸⁸ oder die Möglichkeit eines rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB). Werden einem/einer Berufsgeheimnisträger*in gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, soll er eine Gefährdungseinschätzung vornehmen. Können die Sorgen in einer Erörterung mit den Betroffenen nicht ausgeräumt werden (§ 4 Abs. 1 KKG, § 8a Abs. 4 S. 1 Nr. 3 SGB VIII), können bei den Betroffenen nicht erfolgreich um eine Inanspruchnahme weitergehender Hilfen geworben (§ 4 Abs. 1 KKG, § 8a Abs. 4 S. 2 SGB VIII), kann keine Einwilligung für eine Informationsweitergabe eingeholt werden (etwa Art. 9 Abs. 2 DS-GVO) oder kommt eine Erörterung bzw. ein Werben bei den Betroffenen nicht in Betracht, so sind die Berufsgeheimnisträger*innen befugt, das Jugendamt zu informieren, wenn sie dessen Tätigwerden zur Abwendung einer (potenziellen) Gefährdung für erforderlich halten (§ 4 Abs. 3 S. 1 KKG, § 8a Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Zur Gefährdungseinschätzung und zur Klärung

339

⁴⁸⁷ Zu einer praxisnahen Vermittlung des relevanten Datenschutzrechts bei Frühen Hilfen NZFH, 2015.

⁴⁸⁸ Rixen 2012, 211 ff.

der angesprochenen Fragen sind Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet (§ 8a Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB VIII) und Berufsgeheimnisträger mit einem Rechtsanspruch ausgestattet, Fachberatung durch eine insoweit, also für die konkrete Fragestellung erfahrene Fachkraft in Anspruch zu nehmen (§ 4 Abs. 2 SGB VIII, § 8b Abs. 1 SGB VIII). Auch bei einer Informationsweitergabe an das Jugendamt ohne Einwilligung der Betroffenen folgt das Gesetz dem Leitmotiv „Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen“⁴⁸⁹ und verpflichtet grundsätzlich zur Herstellung von Transparenz (§ 4 Abs. 3 S. 2 KKG).

Die geltende Rechtslage wird somit von einem in den Frühen Hilfen herausgearbeiteten Leitgedanken getragen, nach welchem die Rolle der Fachkräfte als Kooperationspartnerin in multiprofessioneller Kooperation so auszugestalten ist, dass das Vertrauen der Familien erhalten bleibt. Der rechtliche Rahmen, insbesondere zur Informationsweitergabe, ist so zu gestalten, dass dieses Vertrauen nicht verloren geht.⁴⁹⁰

340

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke & Weiß, Peter (Hrsg.). *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2013). *Die Förderung von Infrastrukturleistungen in der Kinder- und Jugendhilfe stärken. Positionspapier*. (www.agj.de, Aufruf: 28.9.2016)
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2016). „Vielfalt gestalten, Rechte für alle Kinder und Jugendlichen stärken!“ *Empfehlungen zum Reformprozess SGB VIII*. (www.agj.de, Aufruf: 28.9.2016)
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (2016a). *Novellierung SGB VIII: Widersprüche im Reformprozess. Stellungnahme anhand des Arbeitsentwurfs des BMFSFJ vom 23. August 2016*. (www.agj.de, Aufruf: 28.9.2018)
- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (akjStat) (2017). *Monitor Hilfen zur Erziehung 2018. Datenbasis 2016*. (<http://hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de/>, Aufruf: 28.9.2018)
- Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015). *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands (CRPD/C/DEU/CO/1)*, 13. Tagung 25.3.-17.4.2015 (www.institut-fuer-menschenrechte.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Banafsche, Minou (2004). *Vergaberecht. Stichwort 148*. In Olaf Deinert & Felix Welti (Hrsg.). *Stichwortkommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliche Recht, Zivilrecht. Alphabetische Gesamtdarstellung*. Baden-Baden: Nomos., 894-905.
- Banafsche, Minou (2010). *Die Leistungsvergabe im Recht der Kinder- und Jugendhilfe in Form der Sozialraumvergabe*. In Zeitschrift für Kindeschafts- und Jugendrecht (ZKJ), 227-236.
- Becker, Ulrich & Kingreen, Thorsten (Hrsg.) (2018⁶). *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. München: C.H. Beck. (zit. Becker/Kingreen/Autor*in 2018, § X SGB V Rn. Y)

⁴⁸⁹ Meysen & Schönecker, 2011; Schönecker & Meysen, 2010; Meysen et al., 2008.

⁴⁹⁰ NZFH, 2017; Gutmann 2018, 248 f.

- Beck-online.GROSSKOMMENTAR (beckOGK) (online). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe*. Marina Wellenhofer & Rolf Jox (Hrsg.). Beate Gsell, Wolfgang Krüger, Stephan Lorenz & Christoph Reymann (Gesamthrsg.). München: C.H. Beck. (zit. beckOGK/Autor*in Jahr, § X SGB VIII Rn. Y)
- Bernzen, Christian, Grube, Christian & Sitzler, Rebekka (Hrsg.) (2018). *Leistungs- und Entgeltvereinbarungen in der Sozialwirtschaft. Regulierungsinstrumente in der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe*. Baden-Baden: Nomos.
- Bieritz-Harder, Renate, Conradis, Wolfgang & Thie, Stephan (Hrsg.) (2018¹¹). *Sozialgesetzbuch XII Sozialhilfe, Lehr- und Praxiskommentar*. Baden-Baden: Nomos. (zit. Bieritz-Harder et al./Autor*in 2018, § X SGB XII Rn. Y)
- Bieresborn, Dirk (2017). *Sozialdatenschutz nach Inkrafttreten der EU-Datenschutzgrundverordnung – Verarbeiten von Sozialdaten, Reichweite von Einwilligungen, grenzüberschreitende Datenübermittlung und Auftragsverarbeitung*. In *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)*, 26. Jg., 926-933.
- Boetticher, Arne von (2003). *Die frei-gemeinnützige Wohlfahrtspflege und das europäische Beihilfenrecht*. Baden-Baden: Nomos.
- Boetticher, Arne von (2011). *Was hat die Europäische Union mit dem Kinder- und Jugendhilferecht in Deutschland zu tun? Ein Überblick*. In *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (ZJJ)*, 22. Jg., 154-163.
- Boetticher, Arne von (2011a). *Internationale Bezüge des Kinder- und Jugendhilferechts, insbesondere des Europarechts*. In Johannes Munder, Reinhard Wiesner & Thomas Meysen (Hrsg.). *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. Baden-Baden: Nomos, Kap. 1.6.
- Boetticher, Arne von (2018). *Das neue Teilhaberecht*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Boomgaarden, Theo (Hrsg.) (2001). *Flexible Erziehungshilfen im Sozialraum – Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen*. Münster: Votum.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2009). *Der Behinderungsbegriff nach SG IX und SGB XII und die Umsetzung in der Sozialhilfe – Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i.V.m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)* (www.bagues.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2010). *Unterstützte Beschäftigung. Gemeinsame Empfehlung nach § 38a Abs. 6 SGB IX vom 1. Dezember 2010*. Frankfurt a.M. (www.bar-frankfurt.de; Aufruf 28.9.2018)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2015). *ICF-Praxisleitfaden 1 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation*, 2. Aufl., (www.bar-frankfurt.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2018). *Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – „Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX“*, Arbeitsentwurf, Stand 12. Januar 2018, (www.bar-frankfurt.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (BAJ) (2018). *Dossier Kinder suchtkranker Eltern*, 2/2018 (www.bag-jugendschutz.de/PDF/Dossier_2-2018_Kinder-suchtkranker-Eltern_web.pdf; Aufruf: 29.9.2018).
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) & Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) (2012). *Zusammenarbeit von Erziehungsberatungsstelle und Jugendamt bei den Hilfen zur Erziehung. Gemeinsame Stellungnahme*. In *DAS JUGENDAMT (JAmt)*, 85. Jg., 637-641.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2009). *Rechtsgrundlagen der Beratung. Empfehlungen und Hinweise für die Praxis*. Fürth: Eigenverlag.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2012). *Familie und Beratung. Memorandum zur Zukunft der Erziehungsberatung*. Fürth: Eigenverlag.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013). 1. *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung* (www.bmas.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016). 2. *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung* (www.bmas.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2018). *Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG)* (www.bmas.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.) (1990). 8. *Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe*. In BT-Drucks. 11/6576, Bonn.
- Bungart, Jörg (2012). *Das Konzept Unterstützte Beschäftigung – es geht oft mehr als man denkt!* In Aktion Psychisch Kranke & Peter Weiß (Hrsg.). *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 222-245.
- Burgi, M. (2013). *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Cibis, W. (2015). *Klassifikation der Personbezogenen Faktoren der ICF: Die Vertreibung aus dem ‚Paradies der Unwissenheit und Intransparenz‘?* diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Forum C Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment – Diskussionsbeitrag Nr. 6/2015 (www.reha-recht.de; Aufruf: 28.9.2018)
- Cramer, Horst, Fuchs, Harry, Hirsch, Stephan & Ritz, Hans-Günther (2011⁶). *SGB IX – Kommentar zum Rech Schwerbehinderter Menschen und Erläuterungen zum AGG und BGG*. München: Verlag Franz Vahlen.
- Der PARITÄTISCHE Berlin (2018). *Begleitete Elternschaft – kombinierte Hilfen als Balanceakt. Grundlagen, Erfahrungen, Perspektiven*. Berlin.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DfVR) (2017). *Stellungnahme der DVfR zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsermittlung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*, August 2017 (www.dvfr.de; Aufruf: 28.9.2018).
- Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (2014). *Empfehlungen für eine praxisgerechte Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder (DV 32/13)*. Berlin: Deutscher Verein.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2017). *Möglichkeiten der Gewährung einer Hilfe nach § 19 SGB VIII nach Vollendung des sechsten Lebensjahrs des Kindes*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 90. Jg., 374.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2015). *Pflicht zur Übernahme der Begleitung einer Familienpflege nach § 54 Abs. 3 SGB XII; Zuständigkeit des Jugendamts für die Begleitung von Umgangkontakten zwischen behindertem Vater und seinen behinderten Kindern?* In DAS JUGENDAMT (JAmt), 88. Jg., 612-615.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2015). *Sachliche Zuständigkeit für Sozialpädagogische Familienhilfe für Familie mit schwerhörigen bzw gehörlosen Eltern, einem Kind mit geistiger Behinderung und einer siebenjährigen Tochter*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 88. Jg., 27-29.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2012). *Kostenverantwortung für die Unterbringung einer behinderten Mutter mit Kind im Rahmen einer Mutter-Kind-Maßnahme*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 85. Jg., 208-210.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2011). *Zuständigkeit und Kostenerstattung für Sozialpädagogische Familienhilfeleistungen, die für ein Kind geistig behinderter Eltern erbracht werden*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 84. Jg., 582-585.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen „flexibler“ Leistungsgewährung bei Hilfen für junge Volljährige*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 78. Jg., 296-297.

- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2002). *Rechtliche Einordnung einer stationären Familienarbeit als Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII; Verhältnis zu Leistungen der Sozialhilfe nach §§ 11 ff. BSHG*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 75. Jg., 451-454.
- Diakonie Sachsen (2017). *Ambulante Hilfen für Eltern mit Behinderungen. Arbeitshilfe*.
- Die Kinderschutz-Zentren (2005). *RisikoKindheit: Meine Eltern sind anders: Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit von Kindern*. Köln: Eigenverlag.
- Eicher, Wolfgang & Luik, Steffen (Hrsg.) (2017⁴). *SGB II Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar*. München: C.H. Beck. (zit. Eicher/Luik/Autor*in 2017, § X SGB II Rn. Y)
- Fehren, Oliver & Hinte, Wolfgang (2013). *Sozialraumorientierung – Fachkonzept oder Sparprogramm, Soziale Arbeit Kontrovers 4*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Fieseler, Gerhard, Schleicher, Hans, Busch, Manfred & Wabnitz, Reinhard Joachim (Hrsg.) (Loseblatt). *GK-SGB VIII. Kinder- und Jugendhilferecht. Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII*. Köln: Luchterhand. (zit. Fieseler et al./Autor*in Jahr, § X Rn. Y)
- Fischer, Martina, Jatzlau, Natalie, Schulze, Manuela & Weissinger, Volker (2017). *Kinder von suchtkranken Patient/innen in der stationären Suchtrehabilitation: Zuständigkeiten, Anforderungen und Entwicklungsbedarfe*. In SuchtAktuell, H. 1, 39-44.
- Frankfurter Erklärung (2018). Frankfurter Erklärung zur Kooperation in der häuslichen Pflege vom 20.3.2018. Erstunterzeichner Thomas Klie, Stefan Arend, Michael Szymczak & Andreas Lorz. (www.kwa.de, Aufruf: 10.1.2019)
- Freund, Renate & Shagdar, Ariunzaya (2018). *Sozialdatenschutz – europäisch? Sozialdatenschutzrecht im Lichte der Datenschutz-Grundverordnung (Teil I)*. In Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb), 65. Jg., 267-269.
- Frings, Peter (2016). *Unzulässigkeit sozialräumlicher Projekte in der Jugendhilfe*. In Sozialrecht aktuell (SRa), 20. Jg., 128.
- Glahs, Heike & Rafii, Michael (2016). *Das Verhältnis des neuen Kartellvergaberechts zur Leistungserbringung nach den Sozialgesetzbüchern II, VIII und XII*. In SozialRecht aktuell (SRa), 20. Jg., 169-178.
- Gloger-Tippelt, Gabriele (2008). *Präventive Programme zur Stärkung elterlicher Beziehungskompetenzen – Beitrag der Bindungsforschung*. In Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 128-141.
- Grube, Christian & Wahrendorf, Volker (2018⁶). *SGB XII Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz. Kommentar*. München: C.H. Beck. (zit. Grube/Wahrendorf/Autor 2018, § X SGB XII Rn. Y)
- Gutmann, Renate (2018). *Die Befähigung von Müttern mit einer psychischen Erkrankung zu einer gelingenden Nutzung von professioneller Hilfe*. In neue praxis (np), 241-251.
- Haacke, Wolfgang (2012). *Psychisch Kranke im SGB II – Möglichkeiten der Förderung durch die Jobcenter*. In Aktion Psychisch Kranke & Peter Weiß (Hrsg.). *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 246-258.
- Hauck, Karl & Noftz, Wolfgang (Hrsg.) (Loseblatt). *Sozialgesetzbuch (SGB) VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Ein Erläuterungswerk für Praxis und Rechtsprechung*. Band hrsg. von Axel Stähr. München: Erich Schmidt Verlag. (zit. Hauck/Noftz/Autor*in Jahr, § X SGB VIII Rn. Y)
- Hauck, Karl & Noftz, Wolfgang (Hrsg.) (Loseblatt). *Sozialgesetzbuch SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar*. Berlin: Erich Schmidt Verlag. (zit. Hauck/Noftz/Autor*in Jahr, § X SGB IX Rn. Y)
- Hauck, Karl & Noftz, Wolfgang (Hrsg.) (Loseblatt). *Sozialgesetzbuch SGB X. Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehung zu Dritten. Kommentar*. Berlin: Erich Schmidt Verlag (zit. Hauck/Noftz/Autor*in Jahr, § X SGB X Rn. Y)
- Hauck, Karl & Noftz, Wolfgang (Hrsg.) (Loseblatt). *Sozialgesetzbuch (SGB) XI: Soziale Pflegeversicherung. Kommentar*. Berlin: Erich Schmidt Verlag (zit. Hauck/Noftz/Autor*in Jahr, § X SGB XI Rn. Y)
- Helming, Elisabeth, Schattner, Heinz & Blüml, Herbert (2005³). *Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe*. Baden-Baden: Nomos.

- Heyer, Gerd, Koch, Susanne, Stephan, Gesine & Wolff, Joachim (2011). *Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik. Ein Sachstandsbericht für die Instrumentenreform 2011. IAB Discussion Paper 17/2011. Beiträge zum wissenschaftlichen Dialog aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (Hrsg.). Nürnberg.
- Hinrichs, Knut (2012). *Sind die „Neuen Hilfen/Sozialräumlichen Hilfen und Angebote“ der Freien und Hansestadt Hamburg mit den Leitideen des SGB VIII vereinbar? Rechtsgutachten*. Standpunkt: sozial Sonderheft, 5–68.
- Hinrichs, Knut (2016). *Unzulässigkeit der Pauschalfinanzierung jugendhilferechtlicher Individualleistungen*. In Nachrichtendienst des Deutschen Vereins Rechtsprechungsdiens (NDV-RD), 21. Jg., 48.
- Hinte, Wolfgang (2002). *Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialraumorientierter Ansätze in der Jugendhilfe*. In Roland Merten (Hrsg.). *Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit*. Weinheim: Juventa, 91-126.
- Hoberg, Rolf & Klie, Thomas (2015). *Strukturreform Pflege und Teilhabe*. In Sozialer Fortschritt, 27-33.
- Hoberg, Rolf, Klie, Thomas, Künzel, Gerd, Bauer, Fritz, Hesse, Werner & Meysen, Thomas (2013). *Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe*. Freiburg i.Br.: AGP Sozialforschung Eigenverlag.
- Hoehn, Jochen, Lindner, Michael & Röder, Matthias (2004). *Konzept zur ressourcenorientierten Steuerung der Erziehungshilfen. Fachliche Neuausrichtung und Herstellung notwendiger Steuerungsfähigkeit des Erziehungshilfesystems*. In Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV). 216–221.
- Hoffmann, Birgit (2017). *Einwilligung der betroffenen Person als Legitimationsgrundlage eines datenverarbeitenden Vorgangs im Sozialrecht nach dem Inkrafttreten der DSGVO*. In Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 26. Jg., 807-812.
- Holke, Jörg & Zedlik, Dyrk (2012). *Inklusive Arbeit. Einleitung*. In Aktion Psychisch Kranke & Peter Weiß (Hrsg.). *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 213-215.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2017). *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht 14/2017*. Nürnberg: Eigenverlag.
- Institut für Soziale Arbeit e.V. (ISA) (Hrsg.) (2001). *Expertise Sozialraumorientierte Planung. Begründungen, Konzepte*. Berlin: Eigenverlag der Regiestelle Entwicklung & Chancen des SPI.
- Jans, Karl-Wilhelm, Happe, Günter, Saurbier, Helmut & Maas, Udo (Hrsg.) (Loseblatt). *Kinder- und Jugendhilferecht mit Sozialgesetzbuch Allg. Teil (SGB I) sowie Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X). Kommentar*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. (zit. Jans et al./Autor*in Jahr, § X Rn. Y)
- juris Praxiskommentar SGB VIII (online). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe*. Ernst-Wilhelm Luthe & Gabriele Nellissen (Hrsg.). Rainer Schlegel & Thomas Voelzke (Gesamthrg.). Saarbrücken: juris GmbH. (zit. jurisPK-SGB VIII/Autor*in Jahr, § X SGB VIII Rn. Y)
- Kalter, Birgit & Schrapper, Christian (Hrsg.) (2006). *Was leistet Sozialraumorientierung? Konzepte und Effekte wirksamer Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Kern, Angela & Sekler, Koralia (2018). Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern nimmt Arbeit auf. In Dialog Erziehungshilfen (DE), H. 2, 15-16.
- Klatetzki, Thomas (Hrsg.) (1995). *Flexible Erziehungshilfen. Ein Organisationskonzept in der Diskussion*. Münster: Votum.
- Klein, Michael (2005). *Kinder aus suchtbelasteten Familien: Risiken, Resilienzen, Lösungen und Hilfen*. In Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.). *Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen. Dokumentation der Fachtagung am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 49*. Berlin: Eigenverlag, 62-82.
- Klie, Thomas (2016). *Das Leistungserbringungsrecht weiterentwickeln*. In Häusliche Pflege, Heft 5, 18-19.
- Klie, Thomas (2018). *Ambulante betreute Wohngemeinschaften. Hybride Versorgungsform in rechtlicher Gemengelage – 2. Teil*. In PflegeRecht (PflR), 423-430.
- Klie, Thomas, Maier, Konrad & Meysen, Thomas (1999). *Verwaltungswissenschaft. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg: Lambertus.

- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land*. 7. Februar 2018. Berlin.
- Koch, Josef & Lenz, Stefan (Hrsg.) (2000). *Integrierte Hilfen und sozialräumliche Finanzierungsformen. Zum Stand und den Perspektiven einer Diskussion*. Frankfurt a.M.: IGfH-Eigenverlag
- Koch, Josef (2002). Mehr Flexibilität, Integration und Sozialraumbezug in den erzieherischen Hilfen. Zwischenergebnisse aus dem Bundesmodellprojekt INTEGRA. Frankfurt a.M.: Eigenverlag.
- Kölch, Michael, Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg M. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kommunale Spitzenverbände (KSpV) & Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (2013). *Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune*. Berlin.
- Kossens, Michael & Heide, Dirk von der & Maaß, Michael (Hrsg.) (2015⁴). *SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Kommentar. München: C.H. Beck.
- Krampe, Andreas (2013). *Das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt - Welche Perspektiven gibt es für die Förderung von Erwerbslosen mit geringen Eingliederungschancen?* In Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 93. Jg., 107-110.
- Kraus, Björn (2006). *Lebenswelt und Lebensweltorientierung. Eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft*. In Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie. 37 (2006) 2, S. 116-129.
- Kreitner, J. & Luthe, E.-W. (Bandhrsg.) (2018). *SGB IX – juris Praxiskommentar SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, Saarbrücken: juris, 3. Aufl.
- Körner, Anne, Leitherer, Stephan, Mutschler, Bernd & Rolf, Christian (Hrsg.) (Loseblatt). *Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Bd. 1*. München: C.H. Beck.
- Kuehn-Velten, Jessika (2017). *Was psychische Erkrankung/Sucht mit Familien macht. Systemdynamik und Handlungsmöglichkeiten*. In Die Kinderschutz-Zentren (Hrsg.). *Psychische Erkrankung und Sucht. Passende Hilfen für betroffene Kinder, Jugendliche und Eltern*. Köln: Eigenverlag, 11-20.
- Kunkel, Peter-Christian, Kepert, Jan & Pattar, Andreas Kurt (2018⁷). *Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar*. Baden-Baden: Nomos. (zit. Kunkel et al./Autor*in 2018, § X SGB VIII Rn. Y)
- Lachwitz, Klaus, Schellhorn, Walter & Welti, Felix (Hrsg.) (2010³). *Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (HK-SGB IX)*. Köln: Luchterhand Verlag.
- Lehmkuhl, Ulrike (2005). *Spezifische Störungsbilder chronisch belasteter Eltern und deren Auswirkungen auf ihre Erziehungsfähigkeit*. In Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.). *Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen. Dokumentation der Fachtagung am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe* 49. Berlin: Eigenverlag, 32-39.
- Lenz, Albert (2017). *Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen und Handlungswissen*. Handreichung. Hrsg. von Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Materialien zu Frühen Hilfen 9. Köln: NZFH Eigenverlag.
- Loch, Ulrike (2014). *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Lohse, Katharina, Katzenstein, Henriette, Beckmann, Janna, Seltmann, David & Meysen, Thomas (2018). *Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern*. Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB), H. 3, im Erscheinen.
- Lohse, K., Meysen, T., Götte, S., González Méndez de Vigo, N. & Seltmann, D. (2017). *Akteursübergreifende Prävention. Verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten*. Hrsg. von Bertelsmann Stiftung. Materialien zur Prävention, Rechtsgutachten. Gütersloh: Eigenverlag.
- Luhmann, Niklas (1984). *Soziale Systeme – Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1990). *Soziologische Aufklärung 5 – Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Marsh, Jeanne Cay, Angell, Beth, Andrews, Christina M. & Curry, Ashley (2012). *Client-Provider Relationship and Treatment Outcome: A Systematic Review of Substance Abuse, Child Welfare, Mental Health Services Research*. In *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3, 233-267.
- Menne, Klaus (2017). *Erziehungsberatung als Hilfe zur Erziehung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Merten, Roland (Hrsg.) (2002). *Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit*. Weinheim: Juventa.
- Meysen, T. & Schönecker, L. (2011). *Vertrauensschutz als Grundlage des Datenschutzes im System Frühe Hilfen*. In: Freese, J., Göppert, V. & Paul, M. (Hrsg). *Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen*. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag, S. 77-91.
- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2008). *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Studien und Praxis-hilfen zum Kinderschutz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Meysen, Thomas (2011). *Hinweise vom 21. September 2011 zur Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Bundestages am 26. September 2011 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), BT-Drucks. 17/6256*. In BT-FSJ-Ausschuss-Drucks. 17/13)116l.
- Meysen, Thomas (2013). *Eigenständige, vertrauliche und verlässlich gesicherte Beratung von Kindern und Jugendlichen*. IZKK-Nachrichten 2013/2014, H. 1, 16-19.
- Meysen, Thomas (2016). *Anmerkung zu der Entscheidung des VG Hamburg vom 10.12.2015 – 13 K 1532/12 – Rechtswidrigkeit eines pauschal finanzierten Sozialraumkonzepts bei überwiegender Zuweisung der Hilfen durch den Allgemeinen Sozialen Dienst*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 89, 272-273.
- Meysen, Thomas (2018). *Datenschutz in Frühen Hilfen ist Vertrauensschutz in Hilfebeziehungen*. In Forum Erziehungshilfen (ForE), 24. Jg., 212-215.
- Meysen, Thomas, Beckmann, Janna, Reiß, Daniela & Schindler, Gila (2014). *Recht der Finanzierung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Rechtlicher Rahmen und Perspektiven im SGB VIII*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Meysen, Thomas, Reiß, Daniela, Beckmann, Janna & Schindler, Gila (2015). *Vergabe von Leistungen nach SGB VIII – oder: Wie frei sind die freien Träger?* In SozialRecht aktuell (SRa), 19. Jg., 56-63.
- Michel, Marion, Conrad, Ines, Müller, Martina, Pantenburg, Birte & Riedel-Heller, Steffi G. (2017). *Unterstützte Elternschaft – Angebote für behinderte und chronisch kranke Eltern – Analyse zur Umsetzung des Artikels 23 der UN-BRK. Abschlussbericht*. Gefördert durch das BMAS. Berlin.
- Mielke, Henning & Gutknecht, Sebastian (2018). *Kinder suchtkranker Eltern*. In BAJ Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz. Dossier Kinder suchtkranker Eltern 2/2018. Berlin: Eigenverlag.
- Möller, Winfried (2017²). *SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Praxiskommentar*. Köln: Bundesanzeiger. (zit. Möller/Autor*in 2017, § X SGB VIII Rn. Y)
- Mrozynski, Peter (2009⁵). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. München: C.H. Beck.
- Mrozynski, Peter & Jabben, Jürgen (2011²). *SGB IX Teil 1. Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Kommentar*. München: C.H. Beck.
- Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (MüKo) (2017⁷). *Familienrecht II: §§ 1589-1921, SGB VIII. Band 9*. München: C.H. Beck. (zit. MüKo/Autor*in 2017, § X BGB/SGB VIII Rn. Y)
- Münder, Johannes (2001). *Vorrang und Nachrang zwischen Leistungen der Jugendhilfe und der Sozialhilfe - § 10 Abs. 2 SGB VIII*. In Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), 121-125.
- Münder, Johannes (2002). *Sozialraumorientierung aus rechtlicher Sicht*. In Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), 416-422.
- Münder, Johannes (2005). *Sozialkonzepte auf dem rechtlichen Prüfstand*. In Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), 89-98.
- Münder, Johannes (2011). *Bundeskinderschutzgesetz – die Hälfte der Wahrheit*. In DAS JUGENDAMT (JAmt), 84, 497-499.

- Münder, Johannes (2011a²). *Finanzierungsstrukturen bei der Leistungserbringung oder Aufgabenwahrnehmung durch Dritte*. In Johannes Münder, Reinhard Wiesner & Thomas Meysen (Hrsg.). *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. Kap. 5.2, 450-458.
- Münder, Johannes (2011b). *Wieder einmal: Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand*. In DAS JUGENDAMT (JAMT), 84. Jg., 69-71.
- Münder, Johannes (Hrsg.) (2017⁶). *Sozialgesetzbuch II Grundsicherung für Arbeitssuchende. Lehr- und Praxis-kommentar*. Baden-Baden: Nomos. (zit. Münder/Autor*in 2017, § X SGB II Rn. Y)
- Münder, Johannes, Meysen, Thomas & Trenczek, Thomas (Hrsg.) (2018⁸). *Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe*. Baden-Baden: Nomos. (zit. Münder et al./Autor*in 2018, § X SGB VIII Rn. Y)
- Münder, Johannes, Wiesner, Reinhard & Meysen, Thomas (Hrsg.) (2011²). *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. Baden-Baden: Nomos.
- Nationale Präventionskonferenz (2016). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, verabschiedet am 19.2.2016*. Berlin.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2017). *Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz – frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Empfehlungen an die Politik zur weiteren Ausgestaltung der Frühen Hilfen vom NZFH-Beirat. Kompakt 7*. Köln: NZFH Eigenverlag.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2015). *Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen Kompakt*. Erstellt vom Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF). Köln: NZFH Eigenverlag.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2016). *Lebenswelt Familie verstehen. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester- und -pflegerinnen*. Köln: NZFH Eigenverlag. (www.fruehehilfen.de, Aufruf: 28.9.2018)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016). *Lebenswelt Familie verstehen. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester- und -pflegerinnen*. Köln: NZFH Eigenverlag. (www.fruehehilfen.de, Aufruf: 28.9.2018)
- Nentwig-Gesemann, Iris, Fröhlich-Gildhoff, Klaus, Betz, Tanja & Viernickel, Susanne (Hrsg.) (2016). *Forschung in der Frühpädagogik IX. Schwerpunkt: Institutionalisierung früher Kindheit und Organisationsentwicklung. Materialien zur Frühpädagogik Band 19*. Freiburg i.Br.: Verlag Forschung Entwicklung Lehre.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (2009). *Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG)*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Neumann, Dirk, Pahlen, Ronald, Winkler, Jürgen & Jabben, Jürgen (2018¹³). *Sozialgesetzbuch IX: SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar*. München: Vahlen.
- Neumann, Volker (1998). *Die institutionelle Förderung als Instrument der Sozialplanung und Steuerung der Leistungserbringer*. In Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V. (SDS-RV), 43. Jg., 7-30.
- Olk, Thomas & Wiesner, Tina (2015). *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt „Erziehungshilfe, Soziale Prävention und Quartiersentwicklung“ (ESPQ) (2011-2014) in Bremen*.
- Pichlmeier, Werner & Rose, Gerd (Hrsg.) (2010). *Sozialraumorientierte Jugendhilfe in der Praxis. Handreichung für kommunale Entscheidungsträger am Beispiel der Stadt Rosenheim*. Berlin: Kommunal-Verlag.
- Pillhofer, Melanie, Ziegenhain, Ute, Fegert, Jörg M., Hoffmann, Till & Paul, Mechthild (2016). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen*. Hrsg. von Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln: NZFH Eigenverlag.
- Rasch, Edna (2019). *Personenorientierung statt Gesetzeszentrierung: zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflege*. In ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 1, 2-11.

- Rems-Murr-Kreis (2003). *Konzeption „Familienpflege für behinderte Mütter und ihre Kinder“*. In DAS JUGEND-AMT (JAmt), 76. Jg., 338-343.
- Rentsch, H. P. & Bucher, P. O. (2006). *ICF in der Rehabilitation – Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner, 2. Aufl.
- Rixen, Stephan (2005). *Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht – am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Rixen, Stephan (2011). *Europäisiertes Vergaberecht in der Kinder- und Jugendhilfe*. In Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (ZJJ), 22. Jg., 163-169.
- Rixen, Stephan (2012). *Zwischen den Stühlen: Die Inpflichtnahme von „Berufsgeheimnistägern“ durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)*. In Sozialrecht aktuell (SRa), 16. Jg., 221-231.
- Rixen, Stephan (2015). *Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient-Interaktion*. In Georg Marckmann (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 67-78.
- Rixen, Stephan (2017³). Kommentierungen zu § 130 und § 153 GWB. In Martin Burgi/Meinrad Dreher (Hrsg.), *Beck'scher Vergaberechtskommentar*, Bd. 1: Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen – GWB – 4. Teil, München: C. H. Beck, 954-994, 1270-1273.
- Rolles, Angelika (2017). *Eltern mit Borderline. Hilfreiche Unterstützung für betroffene Familien*. In Die Kinderschutz-Zentren (Hrsg.). *Psychische Erkrankung und Sucht. Passende Hilfen für betroffene Kinder, Jugendliche und Eltern*. Köln: Eigenverlag, 155-166.
- Rosenow, Roland (2017). *Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die Kinder- und Jugendhilfe ab 1.1.2018*. In Das Jugendamt (JAmt), 90. Jg., 480-487.
- Schellhorn, Helmut, Hohm, Karl-Heinz, Scheider, Peter & Legros, Christoph (Hrsg.) (2015¹⁹). *SGB XII Sozialhilfe. Kommentar*. Neuwied: Luchterhand. (zit. Schellhorn et al./Autor*in 2015, § X SGB XII Rn. Y)
- Schellhorn, Walter, Fischer, Lothar, Mann, Horst, Schellhorn, Helmut & Kern, Christoph (Hrsg.) (2017⁵). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar*. Köln: Luchterhand. (zit. Schellhorn et al./Autor*in 2017, § X SGB VIII Rn. Y)
- Schindler, Gila (2018). *Teilhabe oder Pflege? Die Schnittstelle zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe als Praxisherausforderung*. In Sozialrecht aktuell (SRa), 22. Jg., 137-143.
- Schmid, Heike (2004). *Die Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. Rechtliche Vorgaben und praktische Umsetzung unter besonderer Berücksichtigung des Planning to Child Care in England und Wales*. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Jugend und Familie (J 4). Frankfurt a.M.: Eigenverlag.
- Schone, Reinhold & Wagenblass, Sabine (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Weinheim: Juventa.
- Schone, Reinhold & Wagenblass, Sabine (2010). *Wenn Eltern psychisch krank sind ...: Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim: Juventa.
- Schönecker, L. & Meysen, T. (2010). *Datenschutz. Hemmnis oder hilfreiche Orientierung für Kooperation bei Frühen Hilfen?* Bundesgesundheitsblatt Band 53, Heft 11, S. 1150-1157.
- Schönecker, L. (2018). *Inklusive Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe*. In Dialog Erziehungshilfe 1, 9-16.
- Schönecker, Lydia & Smessaert, Angela (2018, im Druck). *Systemische Hilfeperspektive für alle Familien! ... aber nicht für Eltern mit Behinderung?*. In Henriette Katzenstein, Katharina Lohse, Gila Schindler & Lydia Schönecker (Hrsg.). *Das Recht als Partner der Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Liber amicorum zum 50. Geburtstag von Thomas Meysen*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Schönecker, Lydia (2018). *Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf die Kinder- und Jugendhilfe (Verfahrensfragen) – erste Hinweise für die Praxis*, Themengutachten TG-1233, www.kijup-online.de
- Schönecker, Lydia, Seltsmann, David, Schaumberg, Torsten, Horschitz, Harald & Meysen, Thomas (2015). *Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern*. Hrsg. von Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Materialien zu Frühen Hilfen 8. Köln: NZFH Eigenverlag.

- Schubert, Herbert (2015²). *ASD und Sozialraumkonzepte. Kapitel 28*. In Joachim Merchel (Hrsg.). *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 342-352.
- Schütte, W. (2015). *Trägerbudgets in der Eingliederungshilfe - Die sozialrechtliche Sicht am Beispiel von Trägerbudgets in Hamburg*, RdLH, 114-117, 167-170.
- Sen, Carolin (2017). *Wettbewerb im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis und Ausschreibungen nach EU-Vergaberecht*. In SozialRecht aktuell (SRa), 21. Jg., 90-96.
- Sodan, Helge (Hrsg.) (2018³). *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*. München: C.H. Beck.
- Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (SPI) (Hrsg.) (2001). *Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand. Dokumentation der Fachtagung vom 21. Mai 2001 in Frankfurt a.M.* München: Eigenverlag.
- Stähler, Thomas (2010). *Abgrenzung von Leistungen nach dem SGB VIII und dem SGB XII – Anmerkung zur Entscheidung des BVerwG 22.10.2009, 5 C 19.08*. In Das Jugendamt (JAm), 83. Jg., 154-155.
- Stähr, Axel & Hilke, Andreas (1999). *Die Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen im Kinder- und Jugendhilfe-recht vor dem Hintergrund der neuen §§ 78a bis 78g SGB VIII*. Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), 155-170.
- Ständige Fachkonferenz 1 Grund- und Strukturfragen des Jugendrechts des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2003). *Ersatz von Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen nach dem SGB VIII*. In Zentralblatt für Jugendrecht, 90, 61-64.
- Struck, Norbert (2000). *Sozialraumbudgets und Kontraktmanagement – ein kritischer Kommentar zum Stuttgarter Beispiel*. In Josef Koch & Stefan Lenz (Hrsg.). *Integrierte Hilfen und sozialräumliche Finanzierungsformen. Zum Stand und den Perspektiven einer Diskussion*. Frankfurt a.M.: IGfH-Eigenverlag, 141-147.
- Suess, Gerhard J., Bohlen, Uta, Carlson, Elizabeth A., Spangler, Gottfried & Maier, M. Frumentia (2016). *Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high risk sample*. *Attachment and Human Development*. Vol. 18, No 5, 443-460.
- Suess, Gerhard J., Bohlen, Uta, Mali, Agnes & Maier, Frumentia (2010): *Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“*. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53:11, 1143-1149.
- Tammen, Britta (2011²). *Hilfen zur Erziehung*. In Johannes Munder, Reinhard Wiesner & Thomas Meysen (Hrsg.). *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. Baden-Baden: Nomos, Kap. 3.5.
- Thiersch, Hans (2014⁹). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans, Grunwald, Klaus (2002). *Lebenswelt und Dienstleistung*. In Hans Thiersch (Hrsg.). *Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung*. Weinheim & München: Juventa, 127-153.
- Thyen, Ute (2011). *Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundesregierung Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz)*. In BT-FSJ-Ausschuss-Drucks. 17/13)116e.
- Thyen, Ute, Meysen, Thomas & Dörries, Andrea (2010). *Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns*. In Gerhard J. Suess & Wolfgang Hammer (Hrsg.). *Kinderschutz – Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 126-149.
- Treichel, Stefan (2018). *Datenschutzrecht in Kitas nach Inkrafttreten der EU-Datenschutzgrundverordnung*. In *Neue Zeitschrift für Familienrecht (NZFam)*, 5. Jg., 832-830.
- Trenczek, Thomas, Düring, Diana & Neumann-Witt, Andreas (2017³). *Inobhutnahmen. Krisenintervention und Schutzgewährung durch die Jugendhilfe § 8a, §§ 42, 42a ff. SGB VIII*. München: Boorberg Verlag.
- Udsching, Peter & Schütze, Bernd (Hrsg.) (2018⁵). *SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, Kommentar*. München: C.H. Beck.
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (2012). *Fachberatung sichern: Bessere Hilfen für von sexueller Gewalt betroffene Mädchen und Jungen. Forderungskatalog*. Berlin: Eigenverlag.
- Valerius, Brain (2018). *Die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger*. In *Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB)*, H. 3, im Erscheinen.

- Walhalla Fachredaktion (2018). *Bundesteilhabegesetz Reformstufe 2: Das neue SGB IX*, Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Igl, Gerhard & Welti, Felix (Hrsg.) (2018³). *Gesundheitsrecht*. München: Verlag Franz Vahlen.
- Wiesner, Reinhard (Hrsg.) (2015⁵). *SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe*, München: C.H.Beck. (zit. Wiesner/Autor*in 2015, § X SGB VIII Rn. Y)
- Wulffen, Matthias von & Schütze, Bernd (Hrsg.) (2014⁸). *SGB X. Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz. Kommentar*. München: C.H. Beck.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015). *Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014 – Konsentierter Fassung (SPV-Abschlussbericht 2014)*. Köln: www.zi.de/fileadmin/user_upload/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf; Aufruf: 28.9.2018)
- Zerfaß, Irene (2009). *Familienpflege nach § 20 SGB VIII und HOT. Zielgruppen und Qualifikationsanforderungen. Expertise*. Deutsches Jugendinstitut (DJI) (Hrsg.). München: Eigenverlag.
- Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg M. (2018). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. 3. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Ziegenhain, Ute, Schöllhorn, Angelika, Künster, Anne K., Hofer, Alexandra, König, Cornelia & Fegert, Jörg M. (2010). *Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben*. Köln: NZFH.
- Zinsmeister, J. (2006). *Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages*. Rechtsgutachten im Auftrag des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e.V. mit Unterstützung der Aktion Mensch (www.elternassistenz.de/doku/rechtsgutachten.pdf; Aufruf: 28.9.2018)
- Zinsmeister, Julia (2012). *Zum Anspruch behinderter Eltern auf staatliche Unterstützung bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder („Elternassistenz“) im eigenen Haushalt. Anmerkung zu LSG NRW, Urteil v. 23.02.2012 – L 9 SO 26/1. diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Forum A Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe – Diskussionsbeitrag Nr. 29/2012 –* (www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/diskussionsbeitrag-a29-2012; Aufruf: 28.9.2018)

Anhang 1 Fragenkatalog

- A. Welche rechtlichen Anknüpfungspunkte für eine bedarfsgerechte Gestaltung von Hilfen für Kinder und Familien bieten die in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuchs vorgesehenen Sozialleistungen, die Landesgesundheitsgesetze und die Landesausführungsgesetze zum SGB VIII?
- A.1 Werden rechtlich Hilfen, Leistungen und Angebote vorgesehen, die die Erziehungsfähigkeit der Eltern und das Zusammenleben in der Familie stärken?
 - A.2 Sind Hilfen zur Bewältigung praktischer Alltagsaufgaben vorgesehen?
 - A.3 Sind kompensatorische Hilfen für die Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern vorgesehen (z.B. heilpädagogische oder psychotherapeutische Angebote, Gruppenangebote für Kinder psychisch Erkrankter)?
 - A.4 Sind aufsuchende Behandlungsformen oder Möglichkeiten zur gemeinsamen Unterbringung von psychisch erkrankten Elternteilen mit Kindern und ggf. weiteren Familienmitgliedern vorgesehen?
 - A.5 Wen adressieren die rechtlich vorgesehen Angebote, Hilfen und Leistungen jeweils? Welche Rolle spielt das Vorliegen einer Diagnose in rechtlicher Hinsicht jeweils?
 - A.6 Welche Angebote und Leistungen für Kinder und Erwachsene zur Früherkennung gibt es?
 - A.7 Welche Angebote und Leistungen für Betroffene von familiärer Komorbidität gibt es?
 - A.8 Durch welche Regelungen wird die Zugänglichkeit bzw. Erreichbarkeit der Zielgruppen psychisch kranke Menschen und suchtkranke Menschen gestaltet?
 - A.9 Ermöglichen die rechtlichen Anknüpfungspunkte eine altersgruppendifferenzierte Gestaltung von Hilfen und Leistungen im Sinne eines „Versorgungspfades für Kinder“ (unter Einschluss auch der pränatalen Phase)?
 - A.10 Wie gestalten sich die rechtlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Finanzierung der (interdisziplinären) Angebote, Hilfen und Leistungen für Kinder und Familien?
 - A.11 Inwieweit sind niedrigschwellige Hilfen regelhaft vorgesehen?
 - A.12 Inwieweit sind bedarfsgerechte Hilfen „aus einer Hand“ und damit eine Vereinfachung der Zugänglichkeit und Hilfestuerung möglich?
 - A.13 Welche Regelungen ermöglichen eine bedarfsgerechte interdisziplinäre Kooperation?
 - A.14 Welche Regelungen ermöglichen eine bedarfsgerechte Koordination?
 - A.15 Welche Regelungen können Angebots- und personelle Kontinuität bedarfsgerecht stärken?
 - A.16 Welche Anknüpfungspunkte im Sozialgesetzbuch für ein Beratungsangebot bzw. eine vorgesehene Koordinierungsstelle mit Lotsenfunktion können aufgezeigt werden?
 - A.17 Wie lassen sich etwaige Zuständigkeitsüberschneidungen und Konkurrenzen nach geltendem Recht auflösen (unter besonderer Berücksichtigung der Bücher V, VIII, IX und XII des Sozialgesetzbuches, auch im Hinblick auf den 2020 durch das BTHG in Kraft tretenden Teil 2 des SGB IX (EGH neu) sowie auch im Hinblick auf landesrechtliche Regelungen/ Gesetze)?
 - A.18 Welche gesetzlichen Regelungen können helfen, verbindliche Kooperationsstrukturen und abgestimmte Vorgehensweisen zwischen den relevanten Akteuren in diesem Feld weiterzuentwickeln?
 - A.19 Wie ist die Integration des erkrankten Elternteils in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt geregelt?
 - A.20 Welche Datenschutzregelungen sind von Bedeutung? Stellen diese Erschwernisse im Sinne einer multidisziplinären Verzahnung von Hilfen und Leistungen dar?
 - A.21 Welche Regelungen ermöglichen eine Identifikation der betroffenen Kinder und Familien?

- B. Wie kann das durch das PräVG fortentwickelte Recht mit Blick auf verbesserte Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und betroffene Familien genutzt werden?
- B.1 Eignen sich primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen nach den §§ 20 ff. SGB V für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil?
 - B.2 Sind ärztliche Präventionsempfehlungen (§ 25 SGB V und 26 SGB V) möglich, um diesen Familien Zugänge zu niedrigschwelligen Angeboten zu bahnen?
 - B.3 Was ermöglicht der „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes, mit dem Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V festgelegt wurden?
 - B.4 Werden präventive Leistungen in Lebenswelten (§ 20a SGB V) für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkranktem Elternteil ermöglicht, die z.B. in Kindertagesstätten, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in der Schule genutzt werden können?
 - B.5 Werden Selbsthilfegruppen (§ 20h SGB V) für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil ermöglicht?
 - B.6 Lassen sich die Leistungen, die das PräVG ermöglicht, in einen koordinierten Hilfeprozess einfügen, der auch Kooperationspartner über die Sozialversicherungsträger und die entsprechenden Akteure hinaus umfasst?

Anhang 2 Fallvignetten

Leistungen und Leistungsinhalte

Fallvignette 1: Scheitern weiteren Zusammenlebens bei Alkoholabhängigkeit

Die Mutter, geb. 1986, stammt aus der Ukraine. Sie ist alkoholabhängig. Seit der Trennung von ihrem Ehemann im Februar 2016 hat sie vier Entgiftungen begonnen und wieder abgebrochen. Nach erneutem Rückfall im September 2016 wird eine sozialpädagogische Familienhilfe durch einen auf Familien mit suchtmittelabhängigen Eltern spezialisierten Träger gewährt. Es folgen mehrere weitere Rückfälle. Das Jugendamt drängt auf eine Therapie.

Die ältere Tochter (13 Jahre) übernimmt viel Verantwortung für ihre kleinere Schwester (sechs Jahre). Diese ist sehr auffällig, introvertiert und in ihrer Entwicklung verzögert. Beide Mädchen wurden wegen der Rückfälle mehrfach in Obhut genommen.

Die sozialpädagogische Familienhilfe vermittelt die Mutter an eine Suchtberatungsstelle und bespricht mit dieser das Case Management. Es wird eine Entgiftung mit Begleitung durch die Kinder für erforderlich gehalten. Die Mutter stellt, unterstützt durch die Beratungsstelle und die sozialpädagogische Familienhilfe beim Jugendamt einen Antrag auf Übernahme der Kosten für die Begleitung durch die Kinder. Die sozialpädagogische Familienhilfe nimmt Kontakt zur Therapieeinrichtung auf, klärt die Platzfrage und informiert umgehend das Jugendamt. Die Therapieeinrichtung signalisiert sofortige Aufnahme bei Eingang der Kostenübernahme. Das Jugendamt stimmt der Therapie mit den Kindern zu. Bis zum Beginn der Therapie ziehen die Großeltern in den Haushalt der Familie mit ein und es erfolgt eine Begleitung durch die sozialpädagogische Familienhilfe.

In dieser Phase erfahren die Kinder erstmalig über die Symptomatik und Erkrankung ihrer Mutter. Ihre Schuldgefühle verteilen sie auf beide Elternteile. Es geht die Nachricht ein, dass die Reha-Einrichtung nur noch Platz für das jüngere Kind habe. Damit die Geschwister zusammenbleiben können, sucht das Jugendamt einen Internatsplatz. Die Mutter tritt die Reha am 5.12.2016 an und bricht sie 18 Tage später wieder ab. Der Vater kehrt über Weihnachten zur Familie zurück und verlässt sie im Januar erneut. Die Mutter wird erneut rückfällig. Die besprochenen Notfallpläne werden von ihr nicht beachtet. Die Kinder kehren ins Internat zurück. Das Jugendamt ruft das Familiengericht an, das der Mutter das Sorgerecht entzieht. Das Jugendamt wird zum Vormund bestellt.

Seit dieser Zeit hat die Mutter zusätzlich eine russische Heilerin an ihrer Seite. Seit März 2017 hat sie keine Rückfälle mehr, ist emotional stabil und kann einen Minijob annehmen. Die Kinder sind weiterhin im Internat, können aber jedes Wochenende und in den Ferien nach Hause. Für August 2018 ist eine Rückführung geplant. Als im Juni 2018 die Schwester der Mutter plötzlich verstirbt, hat die Mutter einen schweren Rückfall und auch die Großeltern sind in dieser Zeit keine Ressource für die Kinder. Die Mutter schafft es aber, sich binnen zwei Tagen wieder klar und verantwortungsbewusst um die Kinder zu kümmern. Die Vormundin entscheidet gemeinsam mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst die Rückführungspläne zu stoppen. Die sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt die Entscheidung nicht und empfiehlt der Mutter, das Familiengericht einzuschalten.

Die Töchter sind mittlerweile 16 und neun Jahre alt. Sie verbringen die gesamten Ferien bei der Mutter und sollen zum neuen Schuljahr zurück nach Nauen ins Internat. Die sozialpädagogische Familienhilfe hatte schon Schulplätze in der unmittelbaren Nähe der mütterlichen Wohnung organisiert.

Der Fall läuft aus Sicht der auf Familien mit suchtmittelabhängigen Eltern spezialisierten Trägers nicht so gut. Trotz guten Case Managements ist der Träger auf die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten angewiesen, was bei sechs Fachleistungsstunden in der Woche eine Herausforderung darstellt. Dass beide Kinder seinerzeit nicht gemeinsam in die stationäre Therapie mitaufgenommen werden konnten, hat mit großer Wahrscheinlichkeit zum Abbruch der Reha durch die Mutter geführt. Alternative Plätze gab es keine oder wären nur unter Aufgabe der Wohnung zu realisieren gewesen. Das Jugendamt ist immer wieder schlecht erreichbar. Der Vormundin fehlt mit ihrem einseitigen Blick auf die Kinder das Verständnis für die Suchterkrankung.

Fallvignette 2: Bewusstsein über Elternrolle in Erwachsenenpsychiatrie

Bei einem Routinebesuch des gemeindepsychiatrischen Dienst in der zuständigen Landesklinik (Erwachsenenpsychiatrie) kam auf einer Station die Frage nach Eltern als Patienten auf. Die Antwort war: „Nein, wir haben derzeit keine Eltern.“ Allerdings waren die Ehefrauen von Patienten der therapeutischen Station mehrfach mit ihren Kindern beim gemeindepsychiatrischen Dienst in Beratung gewesen. Die Mütter berichteten, dass sie während der Krankenhausbehandlung ihrer Erziehungspartner kaum Gelegenheit erhielten, ihre Erfahrungen aus dem häuslichen Alltag einzubringen, da die Klinikmitarbeiter*innen Schweigepflichten beachten (müssten). So habe Gewalt in der Familie durch den erkrankten Vater nicht in die therapeutische Arbeit der Klinik einbezogen werden können. Außerdem erhielten die Mütter keine Information zu Diagnosen, keine Beratung, ihre Fragen wurden nicht gehört. „Elternschaft“ schien als Thema nicht bearbeitet zu werden.

Fallvignette 3: unbezahlte Angebote der Erwachsenenpsychiatrie

Die Mutter ist 28 Jahre alt, hat keine Ausbildung, ist seit November 2016 arbeitslos, ledig und alleinstehend. Ihr Vater ist Alkoholiker, war zum Teil gewalttätig. Sie konsumierte Alkohol ab dem 12. Lebensjahr und illegale Drogen ab dem 14. Sie wurde zeitweise substituiert. Abstinenzphasen hatte sie ausschließlich während zweier Schwangerschaften und bedingt in 2015/2016. Seit Februar 2018 nimmt sie die erste stationäre Suchtbehandlung in Anspruch.

Sie hat zwei Kinder von zwei Vätern, einen Sohn, 9 Jahre, und eine Tochter, 7 Jahre. Zu beiden Vätern besteht kein Kontakt und die Familie erhält keine Unterstützung durch diese. Der Sohn zeigt aktuell zunehmende Verhaltensauffälligkeiten (Aggressivität, droht mit Messer, will sich vors Auto werfen, u.a.). Seit der Geburt des zweiten Kindes lebten die Kinder wegen Vernachlässigungsgefahr nie vollumfänglich bei der Mutter. Während der Schwangerschaft des zweiten Kindes hat das Jugendamt interveniert, zunächst eine sozialpädagogische Familienhilfe eingesetzt, letztlich kamen die Kinder 2011 zu den Eltern der Mutter, phasenweise wohnte sie noch mit im Haus, phasenweise war sie obdachlos.

Nach einer gewissen Stabilisierung wurde 2015 eine Vereinbarung getroffen, dass die Kinder die halbe Woche bei ihr seien, die halbe Woche bei den Großeltern. Im Folgejahr kam es zum Rückfall, eine sozialpädagogische Familienhilfe wurde eingesetzt. Da keine nachhaltige Stabilisierung erzielt werden konnte, bestand das Jugendamt nun auf stationärer Suchtbehandlung.

Im Verhalten als Mutter sind einerseits Akzeptanz der Kinder, grundsätzliche Bereitschaft zu elterlicher Verantwortungsübernahme, emotionale Bindungsfähigkeit und Wahrnehmen kindlicher Bedürfnisse durchaus zu erkennen. Andererseits bestehen erhebliche Defizite bezüglich der Organisation eines Familienalltags (Einkauf, Zeitplan, Wäsche, Kochen). Kennzeichnenderweise kam es zu einem massiven Rückfallgeschehen, als die Mutter 2015 vermehrt gefordert und letztlich überfordert war. Es fehlt der Mutter an Durchsetzungsfähigkeit, Grenzsetzung, Strukturgebung und Konsequenz gegenüber den Kindern (vermeidet vollständig das Austragen und Klären von Konflikten). Bei der Nutzung von Hilfen war die Mutter bspw. nicht imstande, einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohns wirksam darzustellen; hat um Hilfe gebeten, wie man denn das Jugendamt angemessen begrüße. Mit dem Vater eines ihrer Kinder besteht gemeinsames Sorgerecht, das Jugendamt empfiehlt der Mutter, auf das alleinige Sorgerecht zu drängen. Die Mutter weiß nicht wie sie die Ämterangelegenheiten regeln, bei Schulaufgaben begleiten, Elternabende wahrnehmen, Kontakte zu anderen Eltern knüpfen soll.

Es bestand Bedarf an engmaschiger Erziehungsberatung und -anleitung, frühzeitiger Diagnostik der Kinder und des Familiensystems, Informationsvermittlung über Entwicklungsstufen bei Kindern, Geschwisterdynamik, Kinder suchtkranker Eltern, Training bezüglich Alltagsorganisation und -bewältigung, Einzelbegleitung zum Training bei Hausaufgaben, Unterstützung im Umgang mit Behörden (Vorbereitung und konkrete Begleitung bei Fachärzten, Jugendamt, Kinderpsychologen, Elternabenden, Klassenlehrer), Fahrdienste zu Klassenkameraden und Sportvereinen, Hilfeplangespräche.

Bisher wurden kindbezogene Leistungen der psychiatrischen Fachklinik für die Mutter als Patientin erbracht, die diesen Bedarf nur in kleinen Teilen abzudecken vermag. Die Leistungen sind nur sehr bedingt finanziert, originär nur die Suchtbehandlung der Eltern und die Betreuung der Kinder als Begleitkinder, d.h. Verpflegung,

Unterbringung und Betreuung der Kinder während Therapiezeiten der Eltern über ca. 36 Stunden pro Woche. Erzieherinnen führten eine Kinderanamnese durch. Die Klinik organisierte Fahrdienste zur Schule. Mit der Mutter wurden – nicht familienspezifische – Grundlagen der Tagesorganisation und Haushaltsführung erarbeitet. Gespräche der Mutter mit den Erzieherinnen am Rande der Betreuung enthielten beraterische Aspekte. Die Mutter wurde auf allgemeine Hilfsangebote verwiesen und an diese herangeführt. Es erfolgte einer Erziehungsberatung im Rahmen der Einzelpsychotherapie auf Kosten suchtspezifischer Inhalte. Es gab gemeinsame erlebnispädagogische Aktivitäten der Eltern, Kinder und Erzieherinnen. Die Familie wurde zu externen kindbezogenen Terminen begleitet. Hilfeplangespräche wurden auf Kosten suchtbbezogener sozialpädagogischer Maßnahmen wahrgenommen.

Bei der Mutter ist zu beachten, dass die Sucht bereits in 2. Generation besteht. Angemessene Behandlung ist in besonderem Maße Prävention für die Kinder. Ohne einen hinreichenden Ausbau der elterlichen Kompetenz ist die Rückfallwahrscheinlichkeit wesentlich erhöht. Überforderungserleben und Versagensgefühle als Mutter waren wesentliche Konsumauslöser. Die Mutter kommt aus einem anderen Landkreis. Im Laufe der Behandlung hat sie sich aus guten suchtprophylaktischen Gründen entschieden, die Adaption und Nachsorge vor Ort zu nutzen, sich evtl. dauerhaft an Ort der Behandlung nieder zu lassen. Die Frage, welches Jugendamt wann zuständig war/ist, verhindert schnelle Kostenlösungen.

Gerade zu Behandlungsbeginn war die Mutter am Abend und Wochenende wieder massiv mit ihren Defiziten konfrontiert (ohne entlastende Drogen). Die Abbruchgefahr war groß. Je früher gezielte Hilfe im Sinne des obengenannten Bedarfes einsetzen könnte, desto geringer wäre die Abbruchwahrscheinlichkeit, desto eher wären Ressourcen zur Suchtbewältigung frei, gäbe es Erfolge und positive Rückkopplungen, gäbe es für die Kinder spürbare Erleichterungen und Verbesserungen. Der aktuelle therapeutische Bedarf beim Sohn wäre evtl. zu vermeiden gewesen. Es besteht vermehrter psychotherapeutischer Bedarf zu adäquaten Bewältigung von Schuld- und Schamgefühlen, die sich aus elterlichem (Fehl-)Verhalten ergeben, und die aktuelle Erziehungskompetenz beeinträchtigen. Eine sozialpädagogische Familienhilfe, Elternschulung oder Erziehungsberatung im Therapieverlauf erscheint der erwachsenenpsychiatrischen Klinik nur sinnvoll in enger Kooperation mit den Behandlern und Erziehern.

Notwendig wäre aus Sicht der Klinik eine Anerkennung, dass bei nahezu allen drogenabhängigen Elternteilen mit stationärem Behandlungsbedarf auch Defizite in der elterlichen Kompetenz vorliegen, die zum Wohl des Kindes vermindert werden müssen. Es braucht Anerkennung, dass eine erfolgreiche Suchtbehandlung nicht automatisch auch diese Erziehungsdefizite auflöst und dass eine Stärkung der Erziehungskompetenz die Wahrscheinlichkeit auf erfolgreiche Suchtbewältigung verbessert und damit auch die Aussicht auf geordnete Verhältnisse für die betroffenen Kinder. Die psychiatrische Klinik wünscht sich eine Verpflichtung, Jugendhilfeleistungen während der stationären Behandlung der Mutter zu finanzieren und eine enge fachliche Verzahnung der Suchthilfe- und Jugendhilfeleistungen im Therapieprozess (aus einer Hand). Hier bedürfe es Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen der Einrichtungen, die bundesweit greifen, sowie eine Zuständigkeitsklärung, die sicherstellt, dass in jedem Fall innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen angezeigte Jugendhilfeleistungen im Umfang bestimmt, bewilligt und aufgenommen werden. Unabhängig von bisherigem Wohnort, Ort der Therapieeinrichtung, momentan geäußerter Wohnortplanung der Patienten, Dauer der Erstkostenzusage.

Im Kontext der ambulanten Suchtrehabilitation und Nachsorge bestehen ungedeckte Bedarfe. Für die ambulante Therapie können nur vier Gespräche mit Angehörigen abgerechnet werden, zu wenig für eine angemessene Arbeit mit den Angehörigen. Außerdem sind in der Nachsorge nur zwei Stunden für Partner angedacht. Kinder sind hier in der Regel gar nicht vorgesehen.

Fallvignette 4: Haushaltshilfe als Leistung für Alleinerziehende

Ein gemeindepsychiatrischer Dienst erhält Kontakt zu einer Familie, nachdem eine Schulsozialarbeiterin eine Mitteilung nach § 8a SGB VIII gemacht hat, weil sie sich große Sorgen um die damals 17jährige Tochter machte, die eine hohe Verantwortung für das Funktionieren ihrer Familie übernommen hatte. Die Mutter (wie sich später herausstellte schon seit vielen Jahren erkrankt) wurde von der damals 13jährigen Tochter nach einem Suizidversuch in der Wohnung gefunden. Darauf folgte ein stationärer Klinikaufenthalt. Während des Klinikaufenthalts

trennten sich die Eltern und die Mutter mietete eine eigene Wohnung für sich an. Es bestand kaum und wenn nur unregelmäßiger Kontakt zu den Kindern.

Der Familienvater lebte fortan in alleinerziehender Lebenssituation mit sechs seiner Kinder im Alter zwischen sechs und 17 Jahren. Zwei ältere Kinder waren bereits ausgezogen. Sämtliche Familienmitglieder waren durch die Situation ausgesprochen schwer belastet, Hilfen und Unterstützung hatten sie bislang noch nicht erfahren und hatten große Bedenken, Kontakt zum Jugendamt zu haben. Der Vater, der zuvor aufgrund seiner Arbeit wenig zu Hause war, hatte daraufhin schweren Herzens seinen Job gekündigt und lebt seitdem von Leistungen des Jobcenters. Er organisierte den Haushalt, kümmerte sich zudem um die Mutter seiner Kinder und stellte sich den Herausforderungen seines Alltages. Er war aber selbst derart belastet, dass er wenig Blick auf sich selbst und die Bedürfnisse und Lebenssituationen seiner Kinder hatte. Es wurde sehr deutlich, dass sich die Kinder große Sorgen um den Vater machten, seine eigene Überforderung erkannten und sich große Sorgen um den weiteren Verlauf machten (finanziell, organisatorisch etc.). Keines der Kinder war in der Lage, über die eigenen Befindlichkeiten zu sprechen, weil sie es auch nie gelernt hatten. Für das Thema „Mutter und Umgang damit“ schien wenig Platz zu sein, zumal sie den Vater nicht mit ihren eigenen Problemen noch mehr belasten wollten. Es gab keine Möglichkeit, über das soziale Netzwerk der Familie Hilfen zu rekrutieren. Sie wollten die neue Situation ohne Hilfe bewältigen. Zur damaligen Zeitpunkt wäre sehr wünschenswert gewesen, die Familie ganz konkret durch eine Haushaltshilfe zu unterstützen, um für Entlastung sorgen zu können und den Kindern die Verantwortung für Haushaltsorganisation und Vater in Teilbereichen nehmen zu können. Zudem wäre täglich ein verlässlicher Ansprechpartner vor Ort gewesen. Über die Krankenkasse wäre keine Haushaltshilfe bewilligt worden, weil die Mutter nun einen anderen Wohnsitz hatte. Das Jugendamt sah keine Notwendigkeit für die Gewährung einer Haushaltshilfe, weil der Vater keine Defizite und die bekannten Herausforderungen eines Alleinerziehenden habe.

Fallvignette 5: wenig Veränderung trotz langjähriger ambulanter Hilfen

A ist acht Jahre alt. Sie besucht eine Kindergruppe für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Ihre Mutter stammt aus Afrika und hat traumatische Fluchterfahrung gemacht. Sie lebt mit ihren drei Kindern (zehn, acht und fünf Jahre) alleinerziehend in Deutschland. Sie ist psychisch sehr belastet, hat Momente, in denen sie sich sehr kraftlos, überfordert und überlastet fühlt, ihr fällt die Alltagstrukturierung und -bewältigung zeitweise sehr schwer. Die Mutter lehnt eine Diagnostik ab, sie will selbst keine ambulante sozialpsychiatrische Betreuung und keine Therapie.

Bevor A in die Gruppe kam, war bereits fünf Jahre eine sozialpädagogische Familienhilfe in der Familie. Die Hilfe wurde beendet mit dem Argument, es verändere sich wenig, u.a. da die Mutter wenig mitwirkungsbereit sei. Sie wünschte sich von der sozialpädagogischen wohl überwiegend Entlastung durch die Freizeitbeschäftigung der Kinder. Nach Einschätzung des Allgemeinen Sozialen Dienstes handelt es sich nicht um eine akute Kindeswohlgefährdung und die Mutter könne nach Ende der Hilfe ihre Unterstützungsbedarfe ausreichend durch das Aufsuchen von sozialräumlichen Angeboten im Stadtteil decken. Die damalige sozialpädagogische Familienhilfe hatte das Mädchen als letzten Schritt der Hilfe an die Kindergruppe der gemeindepsychiatrischen Hilfen angebunden.

Dort wurde nach einigen Monaten festgestellt, dass die Mutter psychisch sehr belastet ist, sie kaum dafür sorgen kann, dass die Tochter regelmäßig zur Gruppe gebracht und wieder abgeholt wird. Die Mutter zeigte starke Ängste (Haus verlassen), vergisst Dinge immer wieder. Das Mädchen zeigte ebenfalls deutliche Ängste. Es gibt in Überforderungsmomenten auch Gewalt der Mutter gegenüber den Kindern, wie A schließlich berichtete. Die Mutter ist bereit, wieder eine sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch zu nehmen. Der Allgemeine Soziale Dienst möchte nach fünf Jahren nicht erneut eine sozialpädagogische Familienhilfe gewähren. Entweder es gelänge die Stabilisierung durch Nutzung der Angebote im Sozialraum oder es müsse eine Herausnahme der Kinder erfolgen.

Fallvignette 6: wenig Veränderung trotz langjähriger ambulanter Hilfen

Die Mutter von zwei kleinen Kindern (sechs und vier Jahre) ist seit vielen Jahren psychisch krank (emotional instabile Borderline-Persönlichkeitsstörung). Sie hat Schwierigkeiten in ihrer Emotionsregulation, beim Einfühlen in die Bedürfnisse der Kinder und bei der angemessenen Beantwortung von deren Fragen. Seit mehreren Jahren arbeiten eine sozialpädagogische Familienhelferin und ein ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuer in der Familie, beide vom gleichen Träger, was eine gute Auftragsklärung und Koordination ermöglichte. Zentral war die Stabilisierung der Mutter sowie Hilfe bei der Alltagsbewältigung, der Selbstfürsorge, die Stärkung in der Elternrolle und Förderung der Feinfühligkeit. Die Mutter wurde erfolgreich angebunden an eine Therapie und an das Krankenhaus A, um Entwicklungsschwierigkeiten des Kindes im Zusammenspiel mit der Mutter aufzudecken und zu behandeln. Die Hilfe zur Erziehung wurde vom Allgemeinen Sozialen Dienst beendet, da die sozialpädagogische Familienhilfe bereits viele Jahre gewährt wurde, aber keine deutliche Verbesserung der elterlichen Kompetenz erreicht werden konnte. Eine außerfamiliäre Unterbringung der Kinder wurde nicht initiiert. Die Hilfe beschränkte sich auf die ambulante sozialpsychiatrische Betreuung.

Fallvignette 7: Finanzierung von Leistungen im Zusammenhang der Aufnahme älterer „Begleitkinder“

Begleitkinder sind unterschiedlich alt. Es gibt kleine Kinder, Grundschulkinder, aber auch 13- bis 17jährige Begleitkinder bzw. -jugendliche. Diese älteren Kinder/Jugendlichen haben einen anderen Bedarf als jüngere und Kleinkinder. Dies ist entsprechend zu berücksichtigen (z.B. Schulbesuch [inkl. Fahrt], Nachmittagsbetreuung, Gesprächsangebote für Ältere, Frühförderung/Kinderbetreuung für kleinere Kinder, spezifische altersgerechte Freizeitaktivitäten). Zudem müssen auch altersgerechte Unterbringungsmöglichkeiten für die Eltern und Kinder gewährleistet sein. Die Schwierigkeit in der Praxis besteht darin, die jeweiligen Vorhaltekosten (Personal, Ausstattung) und Leistungen auskömmlich finanziert zu bekommen..

Fallvignette 8: längere Behandlungsdauer bei Eltern in Entwöhnungsbehandlung

Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung benötigen häufig eine längere Behandlungsdauer, da z.B. Ausfallzeiten durch die Eingewöhnung, mögliche Krankzeiten des Kindes entstehen und die Therapiepläne insgesamt nicht so eng gestaltet werden können wie bei anderen Patient*innen. Zudem müssen die Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kindern verändert und neue verlässliche Beziehungserfahrungen (für Kinder) aufgebaut werden können. Das erfordert Zeit. Die Spezifika der Behandlung von Eltern und Kindern sind bei den Rahmenbedingungen der Behandlung zu berücksichtigen.

Fallvignette 9: Aufklärung der Kinder über Erkrankung der Mutter

Wenn beim Jugendamt bekannt ist, dass ein Träger für Betreutes Wohnen in einen Fall involviert ist, kommen Anfragen wie „Können Sie nicht auch ein Auge auf die Kinder haben?“ oder „Können Sie die Kinder über die Erkrankung der Eltern aufklären“, ohne dass eine zusätzliche Hilfe nach dem SGB VIII gewährt wird. Auch im Bereich der Eingliederungshilfe ist insbesondere im Bereich der Aufklärung der Kinder über die Erkrankung eine Versorgungslücke, ebenso in der Beratung der krankheitsbedingten Erziehungsschwierigkeiten bzw. der Verhaltensweisen der Kinder als Reaktion auf die (akute) Erkrankung der Eltern, denn dies fällt nicht in den Bereich der Eingliederungshilfe.

Fallvignette 10: Arbeit mit Kindern nach Suizidversuch

Mutter begeht vor drei Jahren Suizidversuch. Die älteste Tochter rief seinerzeit den Rettungswagen, putzte das Blut auf, tröstete die Geschwister. Die Familie wird seitdem von einer sozialpädagogischen Familienhilfe und einem gemeindepsychiatrischen Dienst unterstützt. Der Suizidversuch wurde seitdem nicht mit den Kindern aufgearbeitet, die Kinder nicht über die Erkrankung der Mutter aufgeklärt.

Fallvignette 11: Trennung im Lichte einer Suiziddrohung

Einer alleinerziehenden Mutter mit Borderline-Erkrankung und Depression „droht“ das Jugendamt mit Inobhutnahme, so das Empfinden der Mutter. Sie droht zurück: „Dann bringe ich mich um!“ Die 14jährige Tochter sagt

dem Jugendamt, sie wolle nicht weg, habe Angst um die Mutter. Sie sagt, es wäre für sie leichter zu gehen, wenn das Familiengericht entsprechend entscheiden würde. Die Loyalität der Kinder zu ihren Eltern ist so stark, dass es im Zweifelsfall einen Fürsprecher im Außen braucht, vor allem wenn es um emotionalen Missbrauch geht.

Fallvignette 12: Androhung von Suizid bei drohender Abschiebung

Eine ausreisepflichtige Familie mit einer auf einen Monat befristeten Duldung befindet sich im permanenten Klageprozess mit den Gerichten und lebt schon seit sechs Jahren in Deutschland. Zuvor lebten sie auf der Durchreise in Schweden und Belgien. Der Vater ist schwer psychisch erkrankt (kaum Realitätswahrnehmung), die Mutter hat in Deutschland drei Kinder geboren, ein Kind wurde in Belgien geboren. Die Mutter hat bereits einen Suizidversuch begangen, leidet fast permanent unter Migräne. Der gemeindepsychiatrische Dienst stellt sich die Frage, was mit den Kindern geschieht, wenn die Eltern nach Bekanntwerden einer bevorstehenden Abschiebung mit Suizid drohen.

Zuständigkeit und deren Abgrenzung

Fallvignette 13: Begleitkinder zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung

Eine Suchtkranke Mutter möchte eine Mutter-Kind Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte durchführen. Sie habe keine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit vorzuweisen. Die Deutsche Rentenversicherung verweist auf die Krankenkasse. Die Krankenkasse möchte mit Muster 61 prüfen, wer zuständig sei. Im Antrag für die Krankenkasse sei keine Unterlage enthalten für die Mitnahme von Kindern. Telefonische Aussage: „Es reiche aus eine Begleitperson im Hauptantrag anzugeben“.

Fallvignette 14: Aufnahme suchtkranker Schwangerer in Reha erst nach Geburt

Eine suchtkranke, schwangere Mutter (24. Schwangerschaftswoche) möchte schon vor der Geburt eine Rehabilitation mit ihrem Kind durchführen. Sie stellt einen Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung und die Reha wird bewilligt. Bei der Mutter entstehen Komplikationen bei der Schwangerschaft. Die Fachklinik verschiebt die Aufnahme eigenmächtig auf die Zeit nach der Geburt. Die Mutter habe dann einen weiteren Antrag auf Mitnahme des Neugeborenen zu stellen (G581). Sie müsse nun abwarten.

Zugang zu Hilfe und Anschlussfähigkeit des fachlichen Handelns

Fallvignette 15: Lotsenfunktion zur Erleichterung des Zugangs

Die niedrigschwellige Lotsenfunktion in ambulanten Hilfen ist zentraler Baustein zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern, allerdings nicht annähernd auskömmlich finanziert und nicht als Leistung etabliert. Die Finanzierung erfolgt daher über Stiftungsgelder, sozialräumliche Mittel. Jedes Jahr beginnt erneut die Suche nach Sponsoren, die Antragsstellung, die Vorstellung in diversen Gremien, erleben die Träger immer wieder frustrierende Absagen, als sei diese Form der Unterstützung nicht gewollt. In der Arbeit stehen wenige Stunden zur Verfügung für die Zielgruppe, die allerdings einen großen Bedarf hat, bei der viel Netzwerkarbeit und sensible sowie feinfühlig Unterstützung erforderlich ist (z.B. begleitende Elterngespräche, Anbindung der Eltern durch vertrauensvollen Kontakt an weitere Hilfsangebote wie z.B. Hilfe zur Erziehung oder ambulante sozialpsychiatrische Betreuung, regelmäßige Reflexion zur Gruppendurchführung/ Supervision)

Es bräuhete aufsuchende, feinfühlig und niedrigschwellige Hilfe für die Kinder und ihre Eltern, die dabei unterstützen, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen sowie Hilfe (Einzelbetreuung, Beratung) für das Kind, auch wenn die Eltern (vorerst) keine Hilfe annehmen können. Es braucht niedrigschwellige Beratungsangebote wie z.B. für Kinder, deren Eltern alkoholkrank sind oder die Beratung für Eltern und Elterngespräche. Erstrebenswert erscheinen daher auskömmlich finanzierte, professionell geschulte Patenschaften für die Kinder (Auffangen der Kinder in Krisenzeiten, Beziehungsaufbau zum Kind und den Eltern in krisenfreien Zeiten, dadurch Entlastung, Klinikaufenthalt der Eltern wird z.B. mit „gutem Gewissen“ möglich, da das Kind gut versorgt ist).

Fallvignette 16: Anbindung an Geburtsklinik schon während Schwangerschaft

Eine 29jährige Zweitgebärende mit bekanntem Drogenabusus befindet sich aktuell im Methadonprogramm. Sie ist mit Hepatitis B und C infiziert. Zur Erstvorstellung kommt sie in den Kreißsaal in der 32.+1 Schwangerschaftswoche mit Verdacht auf vorzeitige Wehen. Die Entlassung gegen ärztlichen Rat erfolgt am gleichen Tag.

Die Schwangere ist verlobt, der Partner sitzt in der Justizvollzugsanstalt. In der Schwangerschaft hatte sie keinen festen Wohnsitz, es gab kurzfristige Aufenthalte in einer Mutter-Kind-Einrichtung und im Frauenhaus. Sie bezieht ALG-II. Das erste Kind lebt in einer Pflegefamilie, alle zwei Monate besteht Kontakt. Das Jugendamt ist über die erneute Schwangerschaft informiert und bereits involviert, die Betreuung durch eine Familienhebamme ist in die Wege geleitet. Die Teilnahme am Neonatalen Drogenentzugsprogramm ist geplant. Die Patientin möchte unbedingt das Kind behalten. Sie ist in regelmäßiger ärztlicher Versorgung bei einem Facharzt und Hausarzt.

Der erste Kontakt zur Hebamme in Mentorinschulung (im Folgenden Klinikhebamme) ist am Folgetag (32.+2 Schwangerschaftswoche) nach der Erstvorstellung und der Einlieferung mit Rettungswagen zur Wiedervorstellung wegen Verdachts auf vorzeitige Wehentätigkeit erfolgt. Die Patientin leidet an Übelkeit und Erbrechen. Sie hat keinen Mutterpass dabei und wohnt nach eigenen Angaben im Frauenhaus. Sie wirkt sehr agitiert, aufgebracht, überfordert, gereizt und will nicht stationär bleiben, sie habe zu viele Termine. Sie bleibt über Nacht zur Beobachtung im Kreißsaal.

Die erneute Entlassung gegen ärztlichen Rat folgt am nächsten Morgen nach der Gabe der ersten Lungenreifespritze. Eine zweite Lungenreifungsspritze ist beim Facharzt am Folgetag geplant. An diesem Tag nimmt der Kreißsaal-Arzt Kontakt zum Facharzt auf. Die Familienhebamme ist im Urlaub und nicht erreichbar. Daraufhin wird eine Information auf den Anrufbeantworter beim Jugendamt und dem Klinik-Sozialdienst mit der Bitte um Rückruf gesprochen, da die Schwangere aus der Mutter-Kind-Einrichtung rausgefliegen und wieder ohne Wohnsitz ist. Die Kreißsaal-Oberärztin nimmt Kontakt zur Jugendamtsmitarbeiterin auf und erfährt, dass es zurzeit keine Handhabe wegen Kindeswohlgefährdung gibt, da die Patientin noch schwanger ist.

In den Folgetagen beobachtet und notiert die Klinikhebamme den weiteren Fallverlauf. Die Kreißsaaloberärztin bespricht telefonisch mit der Familienhebamme das weitere Vorgehen. Wenn die Schwanger in den Kreißsaal kommt, soll es umgehend eine Rückinformation an die Familienhebamme geben. Ziel ist, dass diese den Kontakt mit der Schwangeren halten kann, sie weiterhin begleitet, um Vertrauen aufrecht zu erhalten, damit diese in der Klinik entbindet. Die Klinikmitarbeiter sollen vertrauensbildende Maßnahmen ergreifen (z.B. keinen Druck ausüben), damit die Schwangere in der Level-1-Klinik entbindet und die umgehende medizinisch indizierte Versorgung des Neugeborenen gewährleistet ist. Der Chefarzt wird über die Patientin informiert.

In der 34.+2 Schwangerschaftswoche kommt die Patientin gemeinsam mit der Familienhebamme zum Geburtsmodus-Gespräch in den Kreißsaal. Sie zeigt sich sehr ungeduldig, lässt sich jedoch gut mit Kaffee zum Warten umstimmen, den sie als vertrauensbildende Maßnahme annehmen kann. Aktuell geht es um die Titerkontrolle der Hepatitis B/C, dann soll über das weitere Prozedere entschieden werden. Am Folgetag gibt es eine interdisziplinäre Abstimmung zwischen Pädiater und Gynäkologen über das weitere Vorgehen und einen Behandlungsplan, der wie folgt aussieht: Einbestellung der Schwangeren zu einem weiterem Gespräch mit Gynäkologen, Pädiatern, Anästhesistin sowie Empfehlung für einen Kaiserschnitt beim aktuellen Hepatitis C-Titer, gegebenenfalls Psychiatrische Vorstellung, wenn Patientin den Kaiserschnitt ablehnen sollte.

Die Schwangere kommt in der 35.+4 Schwangerschaftswoche mit Rettungswagen bei beginnenden Wehen in den Kreißsaal. Die Familienhebamme wird umgehend informiert. Die Schwangere lehnt einen Kaiserschnitt ab, entbindet sehr schnell spontan und problemlos. Das Kind wird auf die Neonatologische Station aufgenommen. Die Mutter verlässt mittags mit der Familienhebamme die Klinik. Am Folgetag trifft die Klinikhebamme die Mutter vor der Neonatologischen Station. Sie berichtet stolz von der Geburt und einem bevorstehenden Gespräch mit dem Jugendamt und dem Personal der Neonatologischen Station, wie es weiter gehen soll. Weitere Informationen erhält die Klinikhebamme nicht, da die Mutter nur eine mündliche, aber keine schriftliche Schweigepflichtsentbindung und Zustimmung an der Projektteilnahme erteilt hat. Der Kontakt zwischen der Familienhebamme und der Mutter ist nach Recherche der Hebamme bald nach der Geburt abgerissen.

Im vorliegenden Fall ist gelungen, die wiederkehrend wohnungslose Schwangere an die Geburtsklinik anzubinden, ihr Vertrauen zu gewinnen und sie bei der spontanen Geburt angemessen zu unterstützen. Nach der Geburt erfolgt ein Procedere des eingriffsorientierten Kinderschutzes. Mutter und Kind sind dem intensiven „Neonatalen Drogenentzugsprogramm“ nach dem Lübecker Modell zugeführt worden. Das Kind konnte sofort nach der Geburt im Universitätsklinikum medizinisch versorgt werden. Eine Wochenbettbetreuung der Mutter fand nicht statt.

Fallvignette 17: erschwerter Hilfezugang wegen Angst vor dem Jugendamt

Der siebenjährige Sohn nimmt auf Wunsch der Mutter an der Kindergruppe des sozialpsychiatrischen Dienstes teil. Die Mutter ist psychisch sehr belastet (große Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit, Gefühl der Überforderung, kann kaum aufstehen aus dem Bett, hat Albträume, kann nachts kaum schlafen). Der Sohn macht ihr zu Hause Probleme, sie wünscht sich mehr Freizeitaktivität für ihn und Entlastung für sich. Die Mutter hat große Angst vor dem Allgemeinen Sozialen Dienst. Sie will keinesfalls eine Hilfe zur Erziehung. Sie will andererseits aber auch keine ambulante sozialpsychiatrische Betreuung, da sie die eigene psychische Belastung vor allem ihr Kind mitbedingt sieht und ihm die Schuld dafür gibt. Sie hat keine Krankheitseinsicht. Der Junge ist sehr auffällig und belastet, hat ein sehr negatives Selbstbild und gerät oft in Konflikte mit den Gleichaltrigen in der Gruppe. Er nimmt nur sehr unregelmäßig teil, kommt in der Gruppe nicht richtig an. Da es sich um ein niedrigschwelliges Angebot handelt, endet seine Teilnahme schließlich nach einem Abschlussgespräch wieder. Die Gruppe ist aus unserer Sicht für ihn oft überfordernd und insgesamt zu wenig Hilfe für ihn, er bräuchte eine Einzelfallhilfe. Eine Hilfe zur Erziehung ist aber zu hochschwellig für die Familie. Eine akute Kindeswohlgefährdung liegt nicht vor.

Fallvignette 18: erschwerter Zugang wegen fehlender Einsicht und Angst vor Jugendamt

Der Vater weiß, dass es ihm psychisch schlecht geht, er hat aber sehr große Angst und Scham, da er weiß, dass er seinem Kind und dessen Bedürfnissen in Krisen kaum gerecht wird. Er schafft es nicht und traut sich nicht, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil extrem große Ängste vor dem Jugendamt und einer Inobhutnahme hat. Von seinen drei Kindern (vier, sieben und neun Jahre) wünscht er sich, dass sie mehr Rücksicht nehmen, da er sie zeitweise als große Belastung erlebt. Die Kinder werden „zum Problem“. Auch dauert sehr lange, bis der Vater sich eingestehen kann, dass er psychisch krank ist (Angst „verrückt“ zu sein, abgestempelt zu werden, Inobhutnahme des Kindes, mangelnde Krankheitseinsicht bei Ich-Syntonie der Symptome). Eine Begleitung durch ambulante sozialpsychiatrische Dienste ist erst dann möglich.

Die Kinder besuchen die niedrigschwelligen, sozialräumlichen Angebote, wie bspw. eine Kindergruppe, nur sporadisch. Das Tabu, über die konkrete Krankheit des Vaters bzw. die oft „komischen“ Stimmungen und das „Anderssein“ zu sprechen oder dieses große Geheimnis nach außen zu tragen, ist immens. Die Kindergruppe ist bedrohlich, auch, da die Kinder sensibel wahrnehmen, dass der Vater Ängste bekommt und eine Teilnahme des Kindes nicht mehr befürwortet. Da die Fachkräfte in der Kindergruppe die Feinfühligkeit in der Ansprache nicht in einer Weise gelungen, dass das Vertrauen des Vaters erhalten bleiben konnte, nimmt der Vater sie aus der Gruppe. Der Versuch, die Sorgen anzusprechen, hat zu einer Konfrontation geführt. Der Vater bricht alle Hilfenkontakte ab.

Fallvignette 19: unangemeldeter Hausbesuch als Zugang

Eine Mutter von zwei Kindern (drei und sechs Jahre) hat seit Monaten starke Sorgen und existenzielle Probleme. Der Vater hat seinen Arbeitsplatz verloren, die Familie hat finanzielle Probleme, die Eltern haben sich getrennt und Überforderungssituationen häufen sich. Die Mutter schläft seit Wochen wenig und schlecht, ist reizbar und schnell zu irritieren. Die Kinder sind – obwohl sie ihre Mutter sehr lieben – eine zunehmende Belastung für sie. Die Mutter schafft kaum die notwendige Versorgung. Plötzlich hört sie Stimmen, ist sehr niedergeschlagen und antriebsarm. Sie fühlt sich und die Kinder verfolgt. In der Folge zieht sie sich immer mehr zurück, verlässt das Haus nur, wenn unbedingt nötig, pflegt sich weniger und entwickelt zusätzlich starke Ängste – auch um die Kinder. Hilfeangebote ihrer Freunde wehrt sie ab. Die Kinder fallen im Kindergarten und in der Grundschule auf, da sie der Jahreszeit entsprechend unangemessen gekleidet sind und verändert wirken. Als das Jugendamt unangemeldet an der Tür klingelt, aktualisieren sich alle Ängste und die Mutter lehnt alle Hilfen der Kinder- und

Jugendhilfe, des sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Psychiatrie ab. Die Mutter fühlt sich komplett handlungsunfähig.

Fallvignette 20: Verweigerung einer von Jugendlicher gewünschten Therapie durch Eltern

Eine 17jährige Jugendliche nahm Kontakt mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener (Einzel-)Praxis mit Krankenversicherungszulassung auf. Sie macht sich Sorgen, da sie häufig depressive Episoden habe, ferner beginne sie, an den Unterarmen mit einer Rasierklinge zu ritzen. Sie wolle eine Psychotherapie machen, aber ihre Eltern sollen davon nichts erfahren, da diese auch nichts von ihren Problemen wissen sollen. Ich stelle fest, dass bei der Patientin die natürliche behandlungsbezogene Einsichtsfähigkeit vorhanden ist und sie in der Lage ist, die Tragweite ihrer Entscheidungen zu beurteilen. Nach Durchführung der Diagnostik wird eindeutig eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung festgestellt. Nach der Aufklärung und der Einwilligung der Patientin ist es notwendig, einen Behandlungsvertrag abzuschließen. Die Patientin ist jedoch nicht voll geschäftsfähig und außerdem privat krankenversichert, sodass das SGB I an dieser Stelle nicht anwendbar ist. Es kann mit ihr besprochen werden, dass sie ihre Eltern informieren solle, damit diese in die Behandlung einwilligen. Das setzt sie auch um. Es stellt sich heraus, dass die Mutter selbst schwer psychisch krank und regelmäßig in psychiatrischen Kliniken untergebracht ist. Der Vater ist alkoholkrank und lebt von der Familie getrennt. Die Eltern verfügen über das gemeinsame Sorgerecht. Die Mutter willigt in eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Tochter nicht ein. Es reicht schon, wenn sie ständig mit den „Psychos“ zu tun habe. Das möchte sie ihrer Tochter ersparen. Diese sei nicht krank. Der Vater ist psychisch kaum erreichbar und ansprechbar und stimmt der Aufnahme einer Psychotherapie ebenfalls nicht zu.

Übergänge zwischen den Systemen

Fallvignette 21: zeitnahe Übergang in Entgiftung mit Kind nach Inobhutnahme

Die Mutter, geb. 1982, ist opiat-, kokain- und alkoholabhängig. Sie wird substituiert, hat keine psychosoziale Betreuung, aber eine sozialpädagogische Familienhilfe ist in der Familie. Bei einem Rückfall werden die Tochter (15 Jahre) und der Sohn (acht Jahre) in Obhut genommen. Das Jugendamt vereinbart mit der Mutter, dass diese eine Therapie macht.

Die sozialpädagogische Familienhilfe vermittelt die Mutter an die Drogenberatung. Die Fachkraft in der Beratung erhält eine Schweigepflichtsentbindung und tauscht sich mit der sozialpädagogischen Familienhilfe aus, um ein umfassendes Fallbild, insbesondere zum Konsum, zu erhalten. Es wurde besprochen, dass angezeigt ist, den Sohn mit zur Therapie zu nehmen. Jugendamt müsse noch zustimmen. Die Drogenberatung vermittelt eine Entgiftung. Die sozialpädagogische Familienhilfe nimmt Kontakt zur Therapieeinrichtung auf, klärt Plätze. Die Drogenberatung informiert unmittelbar nach dem Gespräch. Das Jugendamt übernimmt die Kosten für die Begleitung des Sohns zur Therapie. Zur Beschleunigung der Kostenübernahme für die Mutter durch die Rentenversicherung erfolgen insg. zwölf Anrufe. Vier Wochen nach dem Erstgespräch kann die Mutter in die Entgiftung vermittelt werden und hat im Anschluss einen nahtlosen Übergang in eine Therapie.

Die beteiligten Akteure werten als Faktoren für den erfolgreichen Verlauf eine sehr enge, verbindliche Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischer Familienhilfe, Jugendamt und Drogenberatung, die mit regelmäßigem fallunabhängigem Austausch über Angebote, Abläufe und Standards gefestigt ist. Kennzeichnend für die Arbeit ist transparentes Vorgehen und verbindliche Fallabsprachen in alle Richtungen. Die Suchthilfe hat einen Kinderschutzstandard und somit eine entsprechende Grundhaltung. Die Mutter hat kooperativ mitgewirkt, das Jugendamt war gut erreichbar. In der Therapieeinrichtung waren Plätze frei und so konnte der Sohn zeitnah wieder aus der Inobhutnahme zurück zur Mutter. Die Entscheidung der Rentenversicherung zwei Wochen nach Antrag erfolgte schnell. Die Drogenberatung kümmerte sich um das Fallmanagement, die sozialpädagogische Familienhilfe hat die Mutter „mitgenommen“.

Fallvignette 22: Fortsetzung ambulanter Versorgung des Kindes während Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtung

Michael, fünf Jahre, hatte bereits im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung eine ambulante Versorgung in Anspruch genommen (Ergotherapie und logopädische Betreuung). Diese soll während der Rehabilitation fortgesetzt werden. Hilfreich wäre eine einfache Kostenübernahme, sodass zum einen ggf. vorhandene Angebote in einer Rehabilitationseinrichtung genutzt und abgerechnet werden können, ohne dass die Eltern in umliegende Praxen fahren müssen. Bei Nutzung externer Angebote entsteht zum anderen ggf. ein erheblicher Zeit- und Kostenaufwand (Terminvereinbarung, Begleitung, Fahrtkosten), der entsprechend abgegolten werden sollte.

Fallvignette 23: verzögerte Initiierung ambulanter Hilfen zur Erziehung

Die Mutter, geb. 1986, lebt zusammen mit ihren drei Kindern, Tochter A (geb. 2003), Sohn B (geb. 2006), Tochter C (geb. 2007). Sie ist seit März 2017 in intensiver Erziehungsberatung und kann zunehmend erkennen, dass nicht mehr der seit vielen Jahren getrennt lebende Ehemann für alle Katastrophen im Familienleben verantwortlich ist, sondern dass ihre eigene psychiatrische Erkrankung das Familienleben maßgeblich beeinflusst. Sie steht an drei von sieben Tagen nicht rechtzeitig auf, kann den Kindern nicht das Essen zubereiten, den Schulweg müssen die Kinder (Grundschule) selber meistern, Arzttermine werden nicht eingehalten bzw. vereinbart, sie spricht von suizidalen Gedanken, ihre älteste Tochter ist in stationärer KJP zur Diagnostik

Da die Problemlagen immer vielfältiger wurden, die Mutter vor allem ihren eigenen Anteil zunehmend erkennen konnte und damit die Bereitschaft entstand, etwas ändern zu können, wurde gemeinsam erarbeitet, dass ein intensives Angebot der Hilfen zur Erziehung („FLEX“) im Haushalt der Mutter hilfreich erlebt werden kann. Zusätzlich sollte das Kindeswohl und die Versorgung der Kinder intensiver beobachtet werden.

Im Januar 2018 wurde die Familie durch den gemeindepsychiatrischen Dienst zum ersten Hilfeplangespräch begleitet und es wurde verabredet, dass die Mutter bei einem bald stattfindenden Hausbesuch durch die Sachbearbeiterin des Jugendamts den Antrag auf ambulante Hilfe zur Erziehung stellt. Entsprechend wurde die Beratung eingestellt, die Fachkraft in der ambulanten Hilfe zur Erziehung sollte sich bei Bedarf melden um Hintergrundinformationen einzuholen. Im Juni 2018 wurde der gemeindepsychiatrische Dienst angerufen. Es habe einen Personalwechsel im Jugendamt gegeben. Die Frage war, ob die Hilfe in der Familie noch notwendig sei. Im Juli 2018 war immer noch keine Hilfe installiert, die Beratung wurde wieder aufgenommen, um jetzt bis zum Übergang die Familie weiter zu stabilisieren, bis die FLEX endlich installiert ist.

Fallvignette 24: Abstimmungsaufwand nach Beendigung einer stationären Entwöhnungsbehandlung

Der 21-jährigen Mutter wurde vom Jugendamt angeraten, mit ihrem zweijährigen Sohn eine Entwöhnungsbehandlung durchzuführen. Es hat eine Kostenzusage für 24 Wochen und die Aufnahme des Kindes als sog. „Begleitkind“ vorgelegen. Die Diagnosen lauten psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein, mit einem Abhängigkeitssyndrom (F15.2), außerdem psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide mit einem Abhängigkeitssyndrom (12.2) und daneben pathologisches Spielen (F63.0). Die Mutter wuchs nach Scheidung der Eltern im 4. Lebensjahr mit einem suchtkranken Elternteil auf und machte früh Gewalterfahrungen. Auch in der Schule wurde sie Opfer von Hänseleien und Ausgrenzung. Sie begann im Alter von 15 Jahren multiplen Suchtmittelmissbrauch und konnte hierdurch wichtige Entwicklungsaufgaben nur unzureichend bewältigen. Die Kombination dieser Faktoren führte bei ihr zu massiver Selbstunsicherheit, gekoppelt mit einem defizitären Selbstwertgefühl.

Während der stationären Therapie war die Mutter lange überfordert mit der zuverlässigen Bewältigung von Alltagsaufgaben, insbesondere mit ihren Pflichten als Mutter und der emotionalen Bindung zu ihrem Kind. Damit sie nachmittags an den Psychotherapieangeboten teilnehmen konnte, war ihr Sohn halbtags bei einer Tagesmutter untergebracht. Vormittags kümmerte sie sich selbst um ihr Kind und nahm unregelmäßig Möglichkeiten wie Babyschwimmen oder Krabbelgruppe in der naheliegenden Stadt wahr.

Die Mutter brauchte dringend Unterstützung zur Verbesserung ihrer Erziehungskompetenzen und der emotionalen Mutter-Kind-Bindung. Geplant war deshalb auch eine externe Unterstützung durch die Entwicklungspsychologische Beratung in einer nahegelegenen Lebensberatung einzubeziehen. Diese wendet sich gleichermaßen an unsichere und belastete Eltern, an Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in besonderen Lebenssi-

tuationen (Frühgeborene, behinderte Säuglinge, Kinder jugendlicher und psychisch kranker Eltern) und an Familien, mit denen die Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen stationärer oder ambulanter Hilfen bereits Kontakt hat. Aufgrund von Wartezeit und langwieriger Kostenklärung konnte dieses zusätzliche externe Angebot nicht mehr in der Behandlungszeit der stationären Entwöhnungsbehandlung stattfinden. Von daher wurde im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten der Einrichtung versucht, auch an der Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und der Erziehungskompetenzen der Mutter zu arbeiten.

Insgesamt zeigt sich ein schwieriger und aufwändiger Behandlungsverlauf. Eine anschließende Maßnahme des Betreuten Wohnens für Suchtkranke soll eine weitergehende soziale und berufliche Desintegration und weitere Chronifizierung des Krankheitsverlaufes vermeiden helfen. Die Mutter wäre zum Zeitpunkt der regulären Entlassung aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme noch mit einer eigenständigen, suchtmittelfreien Lebensführung und der Erziehung ihres Sohns, ohne weitere professionelle Unterstützung, überfordert. Deshalb wurden weiterführende Angebote während der Behandlung eingeleitet. Damit war ein erheblicher Abstimmungsaufwand verbunden.

Fallvignette 25: unfinanzierte Arbeit im Zusammenhang mit Nachsorge und Weiterbehandlung

Insbesondere für größere Familiensysteme (Elternpaare mit mehreren Kindern) gestaltet sich schwierig, bei einem notwendigen Wechsel des Wohnorts (z.B. Crystalkonsumentin mit hoher Rückfallgefährdung durch das soziale Bezugssystem am Wohnort) entsprechende Unterbringungsmöglichkeiten zu finden. Passende Angebote des Betreuten Wohnens für abhängigkeitskranke Mütter/Väter mit Kindern sind rar. Verschiedene Krankenkassen lehnen zudem die Übernahme der Adaptionsbehandlung ab. Auch sind die Auflagen des Jugendamts hinsichtlich der Nachbetreuung zu beachten. Sofern keine klaren Auflagen gegeben werden, kann die Rückkehr in „Heimatbezüge“ ohne die Veranlassung weiterer integrativer bzw. therapeutischer Leistungen – bei entsprechender Zuständigkeit durch das Jugendamt – mit einer hohen Rückfallgefahr einhergehen. Hierzu sucht man von Einrichtungsseite den Austausch mit den fallzuständigen Fachkräften in den Jugendämtern. Generell umfasst die suchtherapeutische Nachsorge zu wenige Möglichkeiten für die Zielgruppe mit dieser spezifischen Problemlage, Einzelgespräche durchzuführen. Diese sind über den Kostensatz kaum realisierbar, denn es sind z.T. erhebliche Abstimmungen im Vorfeld der Entlassung erforderlich. Dies alles stellt den Sozialdienst und die therapeutischen Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtung vor erhebliche Herausforderungen.

Fallvignette 26: stationäre Entwöhnungsbehandlung mit drei Kindern und unfinanzierte Nachsorge

Eine Mutter ist suchtmittelabhängig, vorwiegend von Crystal. Sie erscheint zum Vorgespräch in der Reha-Einrichtung. Sie habe bis zum 22. Lebensjahr ein normales Leben geführt – ohne Konsum. Dann, 2005, brach alles zusammen durch Trennung vom ersten Vater und Inobhutnahme des ersten Sohns. Es folgte ein erster Suizidversuch und ein zweiter Suizidversuch ein halbes Jahr später, wieder wegen großem Überlastungs- und Überforderungserleben als Alleinerziehende. Sie hat insgesamt fünf Kinder. Zum ältesten Sohn hat sie keinen Kontakt, er lebt beim Vater. Zum zweitältesten Sohn besteht wenig Kontakt, auch er lebt auch bei seinem Vater. Es folgen siebenjährige Zwillinge und eine sieben Monate alte Tochter.

Die Mutter möchte gern mit der jüngsten Tochter und den Zwillingen zur stationären Entwöhnung kommen. Die Zwillinge gehen in die erste Klasse und haben starke Verhaltensauffälligkeiten. Ihr werden im Vorgespräch die Anforderungen in der Therapie und im Alltag in der Therapieeinrichtung mit Kindern deutlich gemacht, um die Frage zu klären, ob sie diese Belastung bewältigen kann. Es zeigte sich, dass sie möglicherweise damit überfordert sein könnte, aber keine Alternative dazu hat. Sie weint sehr viel während des Gesprächs und die Vorstellung die Kinder zurückzulassen, kann sie kaum aushalten. Es wird deutlich, dass die Mutter psychisch und körperlich erschöpft ist und eine entsprechend lange Behandlungszeit benötigt, um stabil zu werden.

Es liegt ein massiver Crystalkonsum in den letzten sechs Jahren aus Überlastung und Überforderung vor – und um Traumata zu verdrängen oder auch um Zeit für sich zu haben (wenigstens in der Nacht). Sie habe sich auch mit „falschen“ Leuten umgeben, möchte lernen nein zu sagen und ihr Selbstwertgefühl erhöhen. Sie konsumiere zuletzt unregelmäßig und glaubt im Gespräch, dass sie es aus eigener Kraft schaffe, vor der Rehabilitation aufzuhören. Die finanzielle Situation ist desolat. Es erfolgte eine Zwangsräumung der Wohnung. Sie ist jetzt

mit ihren drei Kindern umgezogen und schläft derzeit auf Matratzen in einer neuen Unterkunft. Sie hat Schulden und steht im ALG-II-Bezug. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung sind allerdings erfüllt. Die Mutter möchte langfristig aus dem Umfeld weg, da sie dort rückfällig würde, will mit den Kindern aber in Berlin bleiben. Weiterhin führe sie seit Jahren eine On-off-Beziehung mit dem Vater ihrer jüngsten Kinder, der auch konsumiert.

Im Vorfeld der Aufnahme in die Reha-Einrichtung kommt es kurzfristig zur Verschiebung des Aufnahme-termins, da die Mutter zunächst versucht, ambulant zu entgiften, was ihr angesichts der Alltagsbelastungen trotz Begleitung nicht gelingt. Eine Entgiftungsbehandlung lehnt sie zunächst ab, da sie keine Betreuung für die Kinder hat. Durch Absprache mit dem Jugendamt und der Suchtberatung wird eine Entgiftung koordiniert und die Kurzzeitbetreuung der Kinder ermöglicht. Dennoch fällt es der Mutter schwer, sich von den Kindern zu trennen, da sie große Ängste hat, dass die Kinder doch nicht mit zur Therapie dürfen. Zudem muss dann noch geklärt werden, wie die Mutter mit drei Kindern und Gepäck am Aufnahmetag anreist.

Am Aufnahmetag der Entwöhnungsbehandlung hat die Mutter einen positiven Drogenbefund. Sie hatte es nicht geschafft, ambulant vollständig zu entgiften. Eine Entgiftung im Krankenhaus war ihr nicht möglich, da sie keine Betreuung für die Kinder hatte. Sie und die drei Kinder zurückzuschicken, war allerdings nicht zumutbar. Zudem lagen keine behandlungsbedürftigen Entzugssymptome vor.

In der Entwöhnungsbehandlung ist die Mutter motiviert, aber zunächst überfordert. Sie benötigt zwei Wochen, um ihre Tochter bei der Eingewöhnung zu begleiten sowie die älteren Kinder zu Beginn der Behandlung mit Begleitung in die neue Schule zu bringen. In dieser Zeit kann sie nur in geringem Umfang an Therapieangeboten teilnehmen. Damit ist auch der Kontakt zu anderen Rehabilitanden zunächst eingeschränkt. Sie nimmt im weiteren Verlauf an Therapiesitzungen teil, es wird hierbei deutlich, dass sie auf allen Ebenen Unterstützung benötigt. Es kommt vor, dass sie tageweise nicht an der Therapie teilnehmen kann, wenn z.B. eines der Kinder krank ist. Dennoch bemüht sie sich, allen Anforderungen gerecht zu werden. Die Behandlung von Seiten der Einrichtung wird ergänzt um Begleitung am Abend und am Wochenende. Im Fokus stehen auch die Bindung zum jüngsten Kind und die Erziehungsproblematik der beiden verhaltensauffälligen älteren Kinder. Die Mutter nimmt die Unterstützung im Rahmen der Elterngespräche, Elterntherapiegruppen und Begleitung durch die pädagogischen Kräfte anfangs zögerlich, dann aber zunehmend besser an. Die Kinder zeigen eine gute Entwicklung. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit der kooperierenden Grundschule und auch eine gute Begleitung der älteren, bereits verhaltensauffälligen Kinder. Zwischenzeitlich ist die Mutter allerdings immer wieder durch den Kontakt zum Vater verunsichert. Dieser wird in der Behandlung thematisiert. Sie gewinnt zunehmend inneren Abstand. Ihr Behandlungsplan für die Entwöhnungsbehandlung ist zwar auf die Situation von Eltern mit Kindern ausgerichtet, dennoch fühlt sie sich immer wieder überfordert. Sie schafft es aber mit entsprechender Unterstützung, die Behandlung zu absolvieren. Es gelang zudem, ihre Erziehungskompetenz wie auch die persönliche Entwicklung der Kinder und von ihr selbst zu stärken. Um dies zu erreichen, wurde die Behandlungszeit (über das Zeitbudget der Deutschen Rentenversicherung) verlängert. Allerdings sind die Probleme nach wie vor erheblich (psychische Probleme, Rückfallgefährdung, Erziehungsprobleme, schwierige soziale Situation, Arbeitslosigkeit), sodass die Mutter darüber hinaus noch einer längerfristigen Betreuung zusammen mit ihren Kindern zur weiteren Stabilisierung und Förderung der Teilhabe in einem geschützten Rahmen bedarf.

Zum Therapieende musste somit die Nachsorge und Wohnsituation vorbereitet werden. Die Mutter plante ins Betreute Wohnen zu gehen. Es sind erhebliche Anstrengungen erforderlich, um einen Platz in einer entsprechenden Einrichtung zu bekommen. Da hier spezifische Angebote wie eine sucht- und familienorientierte Unterstützung allerdings nicht gewährleistet sind, wird parallel dazu eine ambulante Nachsorge bei der Rentenversicherung beantragt und genehmigt. Eine einzelfall- und familienbezogene Unterstützung ist in der Nachsorge nur in begrenztem Umfang vorhanden.

Fallvignette 27: vorzeitige Entlassung der Mutter aus Geburtsklinik und Sorgen der Klinik

Der Kaiserschnitt erfolgt bei pathologischer Kardiotokografie im September 2011 um 8:51, Uhr. Der Junge wiegt 3230g. Bei der 21jährigen Mutter sind keine körperlichen Erkrankungen bekannt. In ihrer Selbstauskunft gibt die

Mutter Nikotinabusus von zehn Zigaretten pro Tag an. Sie hat eine abgeschlossene Berufsausbildung, ist zurzeit arbeitslos, verheiratet. Auch der Partner ist arbeitslos.

Die seinerzeit Schwangere wurde Anfang September wegen vorzeitigen Blasensprungs in der 39.+2 Schwangerschaftswoche aufgenommen. Die Einleitung der Geburt erfolgt mit Cytotec. Der Ehemann ist bis abends anwesend, fährt dann nach Hause. Die Mutter blieb untern alleine im Kreißaal zurück. Sie spürt nach Mitternacht zunehmende Wehen, bekommt Schmerzmittel und schläft etwas. Bei auffälliger Kardiotokografie wird um 6 Uhr eine Mikroblooduntersuchung gemacht. Die Schwangere ist sehr schweigsam, äußert keine Bedürfnisse, ruft den Ehemann nicht an. Bei pathologischer Kardiotokografie erfolgt ein sekundärer Kaiserschnitt um 8:51 Uhr. Es wird ein lebensfrischer Knabe geboren. Der Partner war bei der Geburt nicht anwesend. Die Mutter zeigte sich nicht kommunikativ.

Um 13:00 Uhr wird die Mutter auf die Wöchnerinnenstation verlegt. Sie stillt um 19:00 Uhr ab. Nach Ankunft von der Stations-Pflege und der Kreißaal-Hebamme zeigt sich die Mutter distanziert zum Kind. Sie wünscht gegen 22:00 Uhr die Entlassung gegen ärztlichen Rat. Aus Sicht der Pädater*innen kann das Kind noch nicht entlassen werden und sollte noch zur Beobachtung im Krankenhaus bleiben. Die Mutter möchte ohne Kind nach Hause, halte es im Krankenhaus nicht aus, könne nicht schlafen. Ein ausführliches Gespräch mit der Kreißaal-Ärztin, dem Oberarzt der Geburtshilfe und einer Kinderärztin bewirken kein Einlenken. Die Mutter lässt sich nicht umstimmen.

Gegen 23:00 Uhr wird die Hebamme in Mentorinschulung (Klinikhebamme) zum gemeinsamen Gespräch mit der diensthabenden Kreißaalärztin und der Mutter hinzugezogen. Der Ehemann kommt von zu Hause dazu. Die Mutter zeigt sich sehr angespannt, fühle sich unter Druck gesetzt und nicht verstanden. Sie zeigt sich gegenüber dem Kind passiv, distanziert, mit dem Kind jedoch ohne Interaktion. Sie lässt sich das Kind in den Arm legen, hält Blickkontakt, ohne zu kommunizieren. Der Partner stimmt der Entlassung nicht zu, er erkenne seine Frau im Verhalten nicht wieder. Diese zeigt sich eingeengt auf den Wunsch nach Entlassung und zu Hause schlafen zu wollen. Sie hält sich nicht für schlechte Mutter, weint, kann angekündigte mögliche Information an das Jugendamt für ihre Situation nicht nachvollziehen. Sie ist von der Kinderärztin über das Prozedere informiert worden, welches bei mütterlicher Entlassung gegen ärztlichen Rat und der Aufnahme ihres Kindes in die Kinderklinik stattfindet wird. Der Sozialdienst der Klinik wird hinzugezogen. Die Mutter lässt sich letztendlich und auf Drängen des Ehemanns auf eine Übernachtung in der Klinik ein. Sie erhält zum Schlafen homöopathische Mittel, die zu helfen scheinen und in der Nacht nochmals von ihr eingefordert werden. Der Ehemann berichtet vom für das Baby fertig vorbereiteten zu Hause, auch sei es für die Mutter kein Wunschkind. Er selber habe heute keine Zeit gehabt in die Klinik zu kommen. Die Mutter habe keinerlei psychiatrische Vorgeschichte, sie erscheine akut stark belastet bei ausgeprägtem Schlafmangel.

Der Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch ist in zwei von fünf Risikobereichen positiv. Als soziale Belastung wird die Arbeitslosigkeit des Ehepaars gewertet. Die beobachtbaren deutlichen Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes wird mit ja beantwortet, weil die Mutter beim Zustand nach Kaiserschnitt am Vormittag am gleichen Tag abends gegen ärztlichen Rat nach Hause will, obwohl das Kind 24 Stunden überwacht werden und dann in die Kinderklinik aufgenommen werden muss. Die Mutter wirkt psychisch auffällig, das Denken wirkt eingeengt. Sie wirkt distanziert und nicht einsichtig, verdeckter Ärger ist im Gespräch mit der Klinikhebamme spürbar, auch eine Fixierung auf eigene Bedürfnisse. Ein vertiefendes Gespräch zur Klärung des Unterstützungsbedarfs und der aktuellen Lage der Patientin scheint angezeigt.

Für den Folgetag machen die Kreißaalärztin und die Klinikhebamme einen Plan und vermerken ihn in der Akte: Morgens sollen der Sozialdienst der Frauenklinik und die Nachsorgehebamme informiert und hinzugezogen werden. Es wird ein Coaching der Klinikhebamme für ein vertiefendes Gespräch durch die Psychologin/Projektmitarbeiterin angeregt. Der Mutter soll die Teilnahme am Frühe Hilfen-Programm zur begleitenden Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt angeboten werden. Der Einsatz des Beobachtungsbogens der Mutter-Kind -Interaktion wird für die Pflege auf der Wöchnerinnenstation angeordnet.

Am nächsten Morgen spricht die Stationsschwester die Information zum Unterstützungsbedarf der Mutter auf den Anrufbeantworter des Sozialdienstes der Klinik. Auf dem „Beobachtungsbogen für Station“ werden die aktuellen Beobachtungen vermerkt. Die Mutter verhält sich weiterhin distanziert. Sie ist nicht kommunikativ und

lässt ihr Kind im Kinderzimmer, auch wenn sie bereits nach dem Rauchen in ihr Zimmer mit „rooming in“ zurückgekehrt ist.

Die Mutter möchte auf jeden Fall am gleichen Tag vorzeitig entlassen werden. Die nachsorgende Hebamme wird von der diensthabenden Schwester der Wöchnerinnenstation informiert. Das Kind wird in die Kinderklinik verlegt, die Mutter meldet sich dort. Sie geht danach ohne Kind gegen ärztlichen Rat nach Hause. Der niedergelassene Frauenarzt wird telefonisch informiert, eine entsprechende Nachricht ist auch im Entlassungsschreiben vermerkt. Das Coaching für das vertiefende Gespräch einschließlich der Zustimmung zur Teilnahme am Projekt kann wegen der vorzeitigen Entlassung nicht wie vorgesehen umgesetzt werden. Die Mutter bekommt alle Informationen zum Frühe Hilfen-Programm mit nach Hause. Die nachsorgende Hebamme gibt die Rückinformation, dass sie die Mutter nachbetreut und keine Probleme zu Hause bestehen.

Die positive Rückmeldung der nachsorgenden Hebamme und die im Fallbericht geschilderten Eindrücke von der Mutter während des Klinikaufenthalts sind für die Klinikhebamme der Anlass, nochmals Kontakt zur Mutter aufzunehmen. Sie bittet die Mutter, die Einverständniserklärungen zur Teilnahme am Frühe Hilfen-Programm zu unterschreiben, was sie auch tut. Die Mutter erklärt sich außerdem zur Nachbefragung durch die Projektbeteiligten, eine Hebamme und Psychologin einverstanden. Die Wochenbettbetreuende Hebamme und der kleine Sohn sind bei dem Gespräch ein paar Monate nach der Geburt dabei. Es festigt sich im Gesprächsverlauf der Eindruck, die Mutter habe rund um die Geburt mit Notfallkaiserschnitt eine akute Belastungsreaktion gezeigt. Inzwischen scheint sie in ihre Rolle als Mutter gut hineingewachsen und auch feinfühlig zu sein, das Kind ist gut entwickelt. Kontakt zum Jugendamt hat es gegeben, ein Bedarf an Familienhilfe wurde dabei nicht festgestellt. Die Familie ist in ein familiäres und soziales Netzwerk eingebunden.

Im Nachgespräch wird die Mutter gefragt, wie sie die Situation damals erlebt hat. Der Geburtstermin sei eigentlich später gewesen und so habe sie sich noch nicht darauf eingestellt. Eigentlich sei sie immer mit ihrem Freund zusammen, der Kaiserschnitt war dann ohne Freund, das war ganz schwierig. Er sei auch telefonisch nicht zu erreichen gewesen, was sonst nie vorkomme, die Hebammen hätten es wieder und wieder probiert. Schließlich sei sie nicht mehr in der Lage gewesen, darum zu bitten. Der Freund erschien erst später, weil am gleichen Tag Katzenbabys geboren worden seien. Er habe immer auf den Anruf gewartet, der sei nicht gekommen. Erst zu spät habe er bemerkt, dass das Handy auf lautlos gestellt war, darüber sei er erschrocken gewesen und sofort in die Klinik gerast. Die Frau sei im Zimmer mit dem Baby gewesen, sie habe sich total allein gefühlt und völlig entkräftet, da sie zwei Nächte nicht geschlafen habe. Im Krankenhaus habe sie nicht ausreichend Kraft geschöpft und als Lösung kam ihr nur die Flucht nach Hause in den Sinn, denn sie mag nirgendwo alleine schlafen. Sie habe doch wieder fit werden müssen, um für ihren kleinen Sohn da zu sein. Ein Familienzimmer wurde angeboten, das habe sie gar nicht richtig wahrgenommen.

Auf die Frage, was sie belastet habe, hat die Mutter geantwortet, bei ihr sei „eine Sicherung durchgebrannt“, sie habe sich allein gefühlt. Die Schwestern hätten sich Mühe gegeben, sie zu überreden und im Nachhinein sei es ihr unangenehm, wie sie sich verhalten habe. Die „Drohung“ mit dem Jugendamt hätte sie nicht abgehalten, zu gehen. Sie habe sich dafür eingesetzt, dafür zu sorgen, dass das Jugendamt wieder draußen ist. Sie wolle sich nicht vom Jugendamt unterstützen lassen. Einen Vorbereitungskurs habe sie gemacht.

Als hilfreich habe sie empfunden, zu Hause zu sein. Auch mit der Unterstützung der Hebamme hatte sie ein gutes Gefühl. Zusammen haben sie den Kontakt mit dem Jugendamt gehabt, es gab ein gemeinsames Treffen zu Hause bei der Familie. Die Hebamme habe ihr auch eine Liste mit Kinderärzten in ihrer Nähe gegeben. Beim ersten habe sie über eine Stunde warten müssen und da sei so ein Chaos im Wartezimmer gewesen. Sie sei unverrichteter Dinge wieder gegangen und habe einen Termin bei einem anderen Kinderarzt wahrgenommen. Das sei eine zuverlässige Praxis, sie äußert sich zufrieden. Sie hat alle Vorsorgetermine mit dem Jungen wahrgenommen. Der Kinderarzt hat ihr ein Rezept für weitere Nachsorgetermine mit der Hebamme übergeben. Die konnte ihre eigenen Gründe für die beobachteten Schwierigkeiten bei der Suche nach dem Kinderarzt nachvollziehen und habe sie nicht bewertet. Es war gut, dass die Hebamme kam.

In der Frauenklinik habe sie „brenzlige Situationen“ erlebt. Sie hatte keine Klingel und das Kind wurde ihr nach dem Kaiserschnitt auf den Bauch gelegt, als sie noch betäubte Beine hatte. Da war viel Angst und große Angst das Kind nicht richtig festhalten zu können. Hilfreich fand sie den Geburtsvorbereitungskurs einer Heb-

amme, allerdings macht diese keine Nachsorge. Es fand sich schnell eine andere Hebamme und die kam zum Hausbesuch.

Als „brenzlige Situationen“ in der Kinderklinik hat sie die von den Ärzten eingeforderte Rückmeldung mit dem Sozialdienst der Kinderklinik erlebt. Das war schwierig für sie und hat gar nicht geklappt. Sie habe die Nummer immer wieder erfolglos gewählt. Dann gab der Sozialdienst der Frauenklinik für diesen Umstand eine Rückmeldung, die überhaupt nicht weitergeholfen habe. Auch von den Frühen Hilfen habe sie keine Rückmeldung erhalten, obgleich sie ihre Handynummer auf Band gesprochen habe. Hilfreich wäre für sie gewesen, wenn sie den Grund erfahren hätte, wieso ihr Kind in der Kinderklinik stationär aufgenommen werden musste. Erst im Entlassungsbrief und von der Hebamme hätte sie den Grund nachlesen und erfahren können, dass ihr Kind nicht krank sei.

Die Nachsorge habe gut geklappt, zehn Tage tägliche Besuche, ab dem 11. Tag dann 16 Besuche etwa alle zwei Tage bis zur achten Lebenswoche. Die Entwicklung von Mutter und Kind, auch die Interaktion, sei sehr gut gewesen. Sie habe sich gegen Stillen entschieden und gleich abgestillt, das sei Sache der Mutter.

Als Rückmeldung würde sie geben, dass es im Großen und Ganzen gut gelaufen sei, sie sich allerdings etwas vernachlässigt von den Frühen Hilfen und den Sozialdiensten der Klinik gefühlt habe. Eine Anbindung ans Bürgerhaus ist gelungen, der Freund habe einen Zettel für ein Eltern- Kind- Cafe jeden Freitag nach Hause gebracht, da gehen sie regelmäßig zusammen hin. Außerdem gehe sie regelmäßig zum Babyschwimmen. Der Freund habe die Entlassung auf eigenen Wunsch ohne Kind und ihre Befindlichkeit in Frage gestellt, allerdings später auch Verständnis gehabt. Die Familie lebe 15 km entfernt im Umfeld der Geburtsklinik. Sie selbst sei Einzelkind und gelte als Dickkopf.

Fallvignette 28: Beendigung einer Patenschaft

Die alleinerziehende Mutter hat Angst- und Panikattacken und ist depressiv. Sie lebte mit ihrer Tochter in einer abgeschlossenen Wohnung im Hause ihrer Mutter. Sie befand sich in großer Ambivalenz zwischen scheinbar unauflöslicher Abhängigkeit und Autonomiebestrebungen. Den Antrag für eine Patenschaft stellte sie 2010 auf Anraten ihrer Ausbildungsstätte. Paten war ein kinderloses Paar, die Patenschaft dauerte 27 Monate an. In dieser Zeit waren eine sozialpädagogische Familienhilfe, der Allgemeine Soziale Dienst, eine Ausbildungsstätte und ein Frauenhaus in Kontakt mit der Familie.

Die Patenschaft sollte die Mutter unabhängiger von der Betreuung ihrer Tochter durch die Großmutter machen. Auf diesem Wege sollte auch die Ausbildung gestützt werden. Dem Kind sollte eine stützende, Resilienz fördernde und die Parentifizierung reduzierende Beziehung an die Seite gestellt werden. Gleich zu Anfang wurde deutlich, wie wenig es der Mutter möglich war, eine Struktur aufrecht zu erhalten. Die Termine für die Patenschaft mussten weit im Voraus geplant werden. Dann musste die Mutter kurz vorher noch einmal erinnert werden. Die Paten erkannten bald, dass die Mutter dem Kind immer viele Versprechungen machte, diese aber fast nie einhielt. Die Ausbildung zur Altenpflegehelferin beendete sie mit großer Mühe. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die Mutter die Realität zuweilen verkannte, als sie zu einem Zeitpunkt erklärte, die Prüfung bestanden zu haben, als dies noch gar nicht der Fall war. Unter der Prüfungsbelastung hatte sie viele Panikattacken. Es war ihr nicht zu vermitteln, dass sie in den Zeiten größerer Anspannung ihre Tochter nicht zu ihrer eigenen Beruhigung heranziehen durfte. Sie behandelte das Kind nicht altersgemäß. Es durfte nicht allein laufen, andererseits sollte es die Mutter trösten. Sie erkannte die Bedürfnisse ihres Kindes nicht in ausreichendem Maße.

Ende 2012 kam es zu einem Eklat: Die Mutter hatte per Internet einen Mann mit chauvinistischen Zügen und deutlicher Gewaltbereitschaft kennengelernt, der schnell den Anspruch erhob, über sie und ihre Tochter bestimmen zu dürfen. Als er begann, die Mutter und den Rest der Familie (Kind, Großmutter mit Partner und dem jüngeren Bruder der Mutter) zu bedrohen, floh die Mutter in ein Frauenhaus, verriet diesem Mann allerdings die Adresse des Frauenhauses und musste in ein weiteres Frauenhaus umziehen. Dort bemerkten die Fachkräfte, dass die Mutter die Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend berücksichtigt. Es bekam nicht einmal ausreichend Nahrung. Die Paten versuchten in dieser Zeit und vor allem um die Festtage herum, den Kontakt zu

halten. Dabei wurde deutlich, dass die Mutter mit dem Kind ständig unterwegs war. Sie fuhr in andere Städte und besuchte Hochzeiten, wie sie erklärte.

Schließlich wurde ihr mit Unterstützung des Jugendamts der Kreisstadt, in der sich das zweite Frauenhaus befand, verdeutlicht, dass sie das Angebot der Paten, das Kind im Notfall auch über Nacht zu betreuen, annehmen musste, bis sich ihre Situation stabilisiert habe. Im Übrigen wurde ihr dringend empfohlen, sich psychotherapeutische Hilfe suchen. Die Paten wurden sehr schnell zu einem wichtigen Stützpunkt des Kindes außerhalb des extrem verstrickten Familiensystems. Die Paten organisierten die Teilnahme an einem Tanzkurs zur Förderung der Motorik und an einem Schwimmkurs. Sie kümmerten sich um die zahnmedizinische Versorgung, den regelmäßigen Kita-Besuch und förderten Sprache und andere Fähigkeiten im vorschulischen Bereich. Das Mädchen wurde zunehmend selbstbewusster. Als die Mutter plötzlich alle Verbindungen kappte und mit dem Kind in zwei Frauenhäusern außerhalb der Stadt Unterschlupf suchte, sorgten die Paten für die Rückkehr des Kindes in die alten Bezüge (Kita und Kontakt zu Familienangehörigen). Sie nahmen das Kind mit Unterstützung durch das Jugendamt bei sich auf. Das Kind kam zur Ruhe und entfaltete seine Potenziale.

Kurz vor der Einschulung nahm die Mutter das Kind wieder zu sich und kappte – leider mit Einverständnis des ASD – nun alle Kontakte zu den Paten. Es kam nach ca. acht Monaten Aufenthalt des Kindes bei seinen Paten nicht einmal zu einem geordneten Abschied und der Übergabe der persönlichen Dinge des Kindes. Die fallführende Fachkraft im Jugendamt erklärte, „nur“ wegen einer Patenschaft würde sie mit der Mutter keinen Konflikt eingehen.

Fallvignette 29: Beendigung einer Patenschaft

Die Mutter kümmerte sich bereits vor der Geburt ihres Sohns um die Einrichtung einer Patenschaft. Aufgrund der Abwesenheit des Vaters und wenig anderen Unterstützungsmöglichkeiten sowie den krankheitsbedingt starken Stimmungsschwankungen (schizo-affektive Störung) wurde eine Patenschaft eingerichtet. Sie war geprägt von guten und stabilen Phasen, in denen es der Mutter gelang, das Kind ausreichend zu versorgen, jedoch auch von starken Einbrüchen, sodass die Patin einbezogen wurde, um einen regelmäßigen Kitabesuch bzw. auch eine angemessene Förderung des Kindes zu ermöglichen. Problematisch im Verlauf der Patenschaft war die mangelnde Unterstützung der Mutter durch andere Hilfen bzw. auch die Annahme der bereits installierten Hilfe. Die Mutter zog sich in schwierigen Phasen, die gekennzeichnet waren von Stress und Überforderung, oft zurück und ließ lediglich die regelmäßige Unterstützung der Patin zu.

In vielen Gesprächen wurde die Stabilität der Mutter thematisiert und eine ambulant-therapeutische bzw. auch stationäre Unterbringung besprochen. Nach einer Mitteilung wegen vermuteter Kindeswohlgefährdung wurde mit der Mutter eine kurzfristige Unterbringung des Kindes in einer Bereitschaftspflegefamilie besprochen. Aufgrund der Kitaschließzeiten konnte die berufstätige Patin hier nur zum Teil unterstützen. Die Unterbringung dauerte zehn Monate. Auch in dieser Zeit konnte sich die Mutter nicht stabilisieren (trotz Aufenthalt in der Tagesklinik). Die Patin nahm auch während der Unterbringung des Kindes ihre regelmäßigen Besuchszeiten wahr und unterstützte das Kind in der unsicheren Lebenssituation und blieb als feste und vertraute Bezugsperson erhalten. Bei Gesprächen im ASD wurde deutlich, dass die Mutter wesentlich mehr Zeit für eine Stabilisierung benötigte und es wurde eine dauerhafte Unterbringung des Kindes gesucht und gefunden.

Leider konnte bei den Beteiligten (ASD, PEB, Pflegeeltern) keine Einsicht erreicht werden, die Patenschaft weiterhin aufrecht zu erhalten. Sowohl die neue Dauerpflegefamilie als auch der ASD sahen die zweijährige Beziehung zwischen Patin und Kind nicht als erhaltenswert an und empfahlen die Verabschiedungsphase einzuleiten. Der Kontakt brach im August 2013 ab.

Fallvignette 30: Schweigepflichtsentbindung für Geburtsklinik zwecks Überleitung in weiterführende Hilfen nach Entbindung

Eine 34jährige Schwangere kommt in der 34. Schwangerschaftswoche zur ambulanten Vorstellung und Abklärung von Unwohlsein bei einmaliger Blutdrucksenkungs-Spritze in den Kreißsaal. Sie hat eine bekannte schwere Depression, ist mit Citalopram medikamentös eingestellt und nimmt zusätzlich regelmäßig wegen Schlafstörungen Valium. Es ist ihre 4. Schwangerschaft und bevorstehende 2. Geburt. Die Schwangere ist verheiratet, der

Ehemann deutlich älter und Arbeiter. Er ist nicht mehr berufstätig und hat die Rente beantragt. Gemeinsam haben sie eine zweijährige Tochter, die 2009 zur Welt kam, eine Spontangeburt. Die Patientin wünscht sich nun einen Kaiserschnitt und gegebenenfalls eine Sterilisation, da sie sich durch die Schwangerschaft sehr belastet fühlt.

Drei Wochen später überweist sie der behandelnde Frauenarzt zur stationären Aufnahme in die Klinik zur Entlastung bei schwerer Depression. Sie ist inzwischen in der 37.+0 Schwangerschaftswoche und wünscht sich nach wie vor einen Kaiserschnitt. Dieser wird für die 38.+0 Schwangerschaftswoche geplant. Die Sterilisation erwägt sie weiterhin. Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Frauenklinik wird über Anrufbeantworter von der Aufnahme informiert. Ein Psychiatrisches Konsil wird von der Stationsärztin angefordert.

Ein erstes vertiefendes Gespräch mit der Hebamme in Mentorinschulung (im folgenden Klinikhebamme) erfolgt in der 37.+1 Schwangerschaftswoche bei der Kardiotokografie-Kontrolle im Kreißaal. Die Schwangere zeigt Interesse an einem Frühe Hilfen-Programm teilzunehmen. Sie denkt über die Empfehlung des Pädaters nach und erwägt zu stillen. Im Gespräch mit der Hebamme zeigt sie sich ambivalent bezüglich der Entscheidung zwischen Spontangeburt oder Kaiserschnitt. Die Patientin berichtet davon mit der Erziehung des ersten Kindes überfordert zu sein. Sie äußert Ängste und die Befürchtung, die Versorgung und Erziehung von zwei Kindern nicht perfekt zu schaffen. Daraufhin empfiehlt die Hebamme Familienunterstützende Angebote und übergibt der Patientin die Flyer von einem Besuchsdienst, vom örtlichen Kinderschutzzentrum und von der Familien- und Erziehungsberatungsstelle am Ort.

Die Schwangere zeigt sich in der Folge durch besseren Nachtschlaf und die stationäre Aufnahme deutlich entlastet, wirkt insgesamt allerdings immer noch sehr angespannt. Der per Anrufbeantworter informierte Sozialdienst kommt am Nachmittag des Aufnahmetags, da die Schwangere eine Haushaltshilfe für die Versorgung ihrer Tochter und für die Zeit nach der Entlassung zu Hause braucht.

In der 37.+2 Schwangerschaftswoche erfolgt ein psychologisches Beratungsgespräch mit einer Mitarbeiterin des Psychoonkologischen Dienstes der Frauenklinik. In den Folgetagen sind die Kardiotokografie-Kontrollen unauffällig, die Schwangere wirkt teilweise immer noch sehr angespannt und überfordert. Sie braucht viel Zuwendung von den Pflegekräften, wie diese berichten. Schließlich trifft sie die Entscheidung für einen Kaiserschnitt ohne Sterilisation. In Absprache mit dem Pädater kann die Patientin stillen. Dieses wird in der Akte so vermerkt.

Die Entbindung erfolgt im Mai 2011 per Kaiserschnitt in der 38. Schwangerschaftswoche, der Junge wiegt 3.900g. Zunächst wird die Mutter auf der Frauenstation weiterbetreut, da das Kind auf der ebenfalls dort befindlichen Neugeborenenstation behandelt wird. Im Verlauf wird sie auf die Wöchnerinnenstation verlegt. Am ersten Tag nach der Operation stillt sie konservativ ab. Diese Entscheidung erfolgt nach Rücksprache mit dem Pädater wegen der Wirkung der Antidepressiva auf das Kind.

Am 3. Tag nach Geburt gibt es ein zweites vertiefendes Gespräch der Klinikhebamme mit der Mutter auf der Neugeborenenstation. Sie versorgt ihr Kind selbstständig, wirkt dabei sehr unsicher, ängstlich, will alles richtig machen. Ein Hilfesystem ist nach Aussage der Mutter organisiert, die Hebammenbetreuung in der Wochenbettversorgung gesichert. Es ist keine Familienhebamme. Der Kontakt zur Hebamme ist über den Sozialdienst zustande gekommen, wie auch die Organisation der Haushaltshilfe und die Anbindung an die Erziehungsberatungsstelle. Am 5. Lebenstag wird das Neugeborene auf die Wöchnerinnenstation verlegt, wo die Mutter liegt. Am 6. Tag nach der Geburt wird die Mutter mit ihrem Kind in die häusliche Umgebung entlassen. Ein Helfernetzwerk zur Unterstützung der Mutter und Familie konnte initiiert werden.

Die Mutter hatte keine Schweigepflichtentbindung und Einwilligung zur Teilnahme am Frühe Hilfen-Programm vorgelegt bekommen, die damals noch in Arbeit waren. Die klinikinterne Kommunikation des behandelnden Teams aus Pflegepersonal, Kinder- und Frauenärzt*innen, Hebammen und Sozialdienst beschränkte sich hauptsächlich auf informelle Wege des mündlichen Austauschs während der Visiten oder Fallbesprechungen. Eine Dokumentation der verabredeten weiterführenden Hilfen oder die Möglichkeit der Nachverfolgung, ob diese von der Familie in Anspruch genommen wurden, gab es nicht. Im Projekt wurden nach diesen Erfahrungen die notwendigen Dokumente für die Geburtshilfe zur Verfügung gestellt. Außerdem sind Vorschläge zum Um-

gang beim Hilfebedarf von jungen Müttern mit psychischer Erkrankung in Zusammenarbeit mit Kolleg*innen aus der Klinik für Psychiatrie entwickelt und auch Leitlinien zur Diskussion gestellt worden.

Fallvignette 31: Bekanntwerden psychischer Erkrankung während Therapie des Sohns

Die alleinerziehende Mutter meldet einen 8jährigen Jungen zur Psychotherapie an. Sie verfügt über das alleinige Sorgerecht. Er leide unter diffusen Ängsten und Phobien, u.a. an einer ausgeprägten Schulphobie. Er könne zuweilen wochenlang nicht in die Schule gehen, da er dann Panikattacken bekomme. Nach intensiver Diagnostik wird die Indikation für eine Psychotherapie gestellt. Da auch der Junge in die Behandlung einwilligt, wird sie begonnen. In der 15. Therapiestunde berichtet der Junge, dass er Angst um die Mama habe, da diese immer wieder sehr seltsam sei und manchmal tagelang das Bett nicht verlassen würde. Er habe Angst, dass sie sich etwas antun könnte. Es sei aber noch nie dazu gekommen, dass sie einen Selbstmordversuch unternommen hätte. Immer wenn die Angst groß sei, dass der Mutter etwas passieren könne, könne er sie nicht alleine lassen und in die Schule gehen. Er bleibe dann zu Hause und wolle der Mama helfen, was diese jedoch ablehne. Die Beziehung zwischen Mutter und ihrem Sohn ist insgesamt von großer Zuneigung geprägt. Es kommt nie zu verbaler oder physischer Gewalt. Allerdings steht die Mutter immer wieder nicht ausreichend psychisch (und physisch) zur Verfügung. Die Versorgung für den Jungen ist aber meist gewährleistet. Im Elterngespräch, in dem sie auf die Aussagen des Jungen angesprochen wird, berichtet sie, dass das alles nicht stimme. Ihr gehe es prächtig und das alles habe sich ihr Sohn nur ausgedacht. Er sei es doch, der Probleme habe und nicht sie. Sie neige dazu, die Psychotherapie des Sohns beenden zu wollen, wenn der Therapeut ihr nicht glaube und weiterhin einen solchen Unsinn mit ihr besprechen wolle. Es gibt jedoch keine Gründe, den Wahrheitsgehalt der Aussagen des Jungen anzuzweifeln. Seine Not ist deutlich spür- und wahrnehmbar. Der Vater kann nicht einbezogen werden, da er letztlich als unbekannt gilt und sich noch nie um seinen Sohn gekümmert hat.

Fallvignette 32: Antizipation familiengerichtlichen Entscheidungsverhaltens

Eine Patchworkfamilie mit zwei Kindern ist Gegenstand von mehreren Mitteilungen nach § 8a SGB VIII an das Jugendamt. Die 11jährige Tochter trank bereits mit neun Jahren schweren Alkohol und hat Umgang mit älteren Jungs (Vergewaltigung im Alter von zehn). Sie hat einen sieben Jahre älteren Freund. Die Mutter ist schwer psychisch krank. Dem Jugendamt reichen die Gefährdungsmomente nicht aus, da diese aus Erfahrung dem zuständigen Richter beim Familiengericht nicht ausreichen würden.

Fallvignette 33: Antizipation familiengerichtlichen Entscheidungsverhalten

Zwei drei und sechs Jahre alte Töchter leben mit ihrer Mutter. Diese hat eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, ein (starkes) Alkoholproblem und Probleme mit regelmäßiger Selbstverletzung. Der 11jährige Bruder wurde auf eigenen Wunsch in Obhut genommen und lebt in einer Wohngemeinschaft. Die sozialpädagogische Familienhilfe wurde mit einer Mitteilung nach § 8a SGB VIII eingestellt, da die Mutter nicht mitwirkte. Eine Herausnahme erfolgte nicht, da zu wenig Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen, um die Erziehungsfähigkeit in einem Gerichtsverfahren in Frage zu stellen. Der Allgemeine Soziale Dienst wartete auf Mitteilungen aus der Schule oder Kita, um handeln zu können.

Die sechsjährige Tochter besucht daraufhin die Kindergruppe des sozialpsychiatrischen Dienstes, nachdem die Mutter bei der Suchtberatung von dem niedrigschwelligen Angebot erfahren hatte. Das Mädchen ist hoch auffällig, schläft in der Gruppe ein, verbrennt sich selbst absichtlich immer wieder an heißem Wasser, reißt sich die Haare aus, hortet zu Hause Essen unter ihrem Bett. Im Gespräch mit der Mutter ergibt sich dringender Hilfebedarf. Die Mutter bricht die Hilfe ab. Eine Mitteilung ans Jugendamt hat erneut keine Herausnahme zur Folge.

Fallvignette 34: Diskontinuität beim Übergang in die Volljährigkeit

B wohnt mit seiner allein sorgeberechtigten Mutter in einer kleinen Wohnung in N. Die Mutter ist psychisch erkrankt und es gibt viele Probleme im Zusammenleben, wie zum Beispiel die häufigen emotionalen Ausbrüche mit Androhung von Suizid, die Minderbegabung von B oder finanzielle Probleme. Dazu kommt, dass B unregelmäßig die Schule besucht hat und auch mal für einige Zeit von Zuhause ausgezogen ist. B hat immer wieder

unterschiedliche Hilfen wie Sozialpädagogische Familienhilfe und Jugendhilfe im Lebensfeld durchlaufen. Schließlich wurde die Familie drei Jahre durch eine Erziehungsbeistandschaft unterstützt.

Aktuell strebt B den Hauptschulabschluss an und möchte im Anschluss eine Ausbildung beginnen. Aufgrund seiner Volljährigkeit wurde die Erziehungsbeistandschaft nach § 30 SGB VIII beendet. Der Jugendliche selbst hat daraufhin beim Jugendamt einen Antrag auf Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 SGB VIII gestellt. Dem Antrag wurde stattgegeben, allerdings ein anderer Leistungserbringer beauftragt. Daraus ergaben sich Probleme. Der Jugendliche hat über die drei Jahre mit dem Erziehungsbeistand eine vertrauensvolle und intensive Beziehung aufgebaut. Der Trägerwechsel stellte sich im Nachhinein als sehr ungünstig heraus, da B kein Vertrauen aufbauen konnte. Die Hilfe wurde aufgrund fehlender Mitwirkung nach einem halben Jahr wieder beendet. Wünschenswert wäre daher eine Verlängerung der Hilfe mit demselben Ansprechpartner gewesen. Hier wurde die lange, durch großes Vertrauen geprägte Beziehung von B zu seinem Erziehungsbeistand nicht ausreichend berücksichtigt und B war mit der neuen Situation überfordert. Durch die Beendigung der Hilfe konnte B bei der Vorbereitung auf das Bewerbungsverfahren nicht weiter unterstützt werden.

Zusammenarbeit der Systeme

Fallvignette 35: keine Finanzierung von systemübergreifender Koordinations- und Planungsarbeit für versicherungsfinanzierte Träger

Die Mutter stellt einen Antrag auf Entwöhnungsbehandlung bei der Suchtberatung und die Kinder, drei und fünf Jahre sollen mitkommen. Die Einrichtung führt ein Vorgespräch durch, um einschätzen zu können, ob die Mutter ausreichend belastbar ist und um eine Vorstellung von einer Rehabilitation mit Kind zu vermitteln und um schon im Vorfeld mögliche Besonderheiten beim Kind zu eruieren. Das Jugendamt stimmt dem zunächst nicht zu, da die Kinder derzeit in einer Pflegefamilie untergebracht sind (bislang ohne Dauerperspektive), und fordert entsprechende weitergehende Informationen. Die Mutter und die Suchtberatung benötigen von der Rehabilitationseinrichtung nun Argumente, warum eine gemeinsame Unterbringung förderlich sei und wie diese mit welchen Angeboten in der Einrichtung realisiert wird. Es erfolgen mehrere Telefonate der Rehabilitationseinrichtung mit dem Jugendamt und der Suchtberatung.

Letztlich entscheidet das Jugendamt, dass die Kinder mit zur Therapie des Elternteils dürfen, aber dies wird an bestimmte Vorgaben geknüpft. Es sind Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt durchzuführen, was aufgrund der großen Entfernung der Entwöhnungseinrichtung aufwändig ist. Das Jugendamt fordert auf, alle fünf Wochen einen schriftlichen Zwischenbericht der Rehabilitationseinrichtung über den Stand der Therapie zuzuleiten. Zusätzlich finden Helfergespräche mit dem Jugendamt zum Sachstand sowie zur Abstimmung des bleibenden Bedarfs nach der Entwöhnungsbehandlung statt. In diesem Fall drängt das Jugendamt darauf, für den fünfjährigen Sohn eine Kinderrehabilitation durchzuführen. Hier stellt sich die Frage, wie vorzugehen ist:

Soll bereits im Vorfeld der Rehabilitation über den Kinderarzt ein entsprechender Kinderrehabilitationsantrag auf den Weg gebracht werden? Entsprechend kann sich das Aufnahmedatum verzögern. Der Antrag kann aber auch während der Entwöhnungsbehandlung gestellt werden. Wenn die spezifische Rehabilitationsklinik ausnahmsweise auch über eine zusätzliche Abteilung für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation verfügt, wird nach einem Konsil beim Leiter der Abteilung ein entsprechender Reha-Antrag gestellt. Gesondert zu klären ist in diesem Fall somit die Kostenübernahme für diese Rehabilitationsleistung. Zudem muss die parallele Behandlung des Elternteils sichergestellt sein (Kostenzusage, Aufnahmetag, vorhandene Behandlungsplätze in beiden Abteilungen, gemeinsame Unterbringung). Wichtig ist hierbei, dass dem Kostenträger deutlich wird, dass das Kind bereits im ambulanten Bereich Hilfsangebote in Anspruch genommen hat, welche nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben bzw. nicht ausreichen. In einer dritten Variante wird vom Jugendamt gegen die Mitnahme der Kinder entschieden, aber z.B. die Auflage erteilt, dass ein begleiteter Umgang abzusichern sei. Das bedeutet, dass der Umgang des in der Entwöhnungsbehandlung befindlichen Elternteils mit dem Kind für bestimmte Zeiten bei Anwesenheit einer neutralen, psychologisch geschulten Person gewährt wird. Dies muss dann gewährleistet werden (Personalbedarf, Abstimmung der Zeiten)

In der Rehabilitationseinrichtung treffen somit alle Themen aufeinander (Bedarf des Elternteils, der Kinder, Vereinbarungen mit dem Jugendamts bzw. vor dem Familiengericht, unterschiedliche Erwartungshaltungen, Koordination und Finanzierung der Leistungen). Hilfreich wäre zudem, im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung bereits ein Gespräch mit der Mutter/dem Vater und dem Kind/den Kindern zu führen, um Erwartungen, Behandlungsmöglichkeiten etc. zu besprechen, sich ein Bild von der Einrichtung machen zu können und den Kontakt herzustellen. Dies wird in verschiedenen Einrichtungen routinemäßig realisiert und sollte generell von den zuständigen Leistungsträgern übernommen werden.

Insgesamt entsteht bereits in der Vorbereitung ein erheblicher Aufwand, der sowohl Zeit als auch Kosten verursacht, und der nirgendwo Berücksichtigung findet. An sich sollten entsprechende Abstimmungen zwischen den Fachbereichen Jugendamt und Suchtberatung unter Einbezug der Leistungsträger und ggf. dem Familiengericht eigenständig im Vorfeld erfolgen. Voraussetzung dafür wäre, dass alle Bereiche die vorhandenen Informationen über stationäre Angebote für suchtkranke Eltern mit Kindern nutzen sowie die erforderlichen Schritte der Beantragung und die Klärung der Zuständigkeiten hinsichtlich der Kostenträgerschaft miteinander abstimmen. Dies erfordert zudem im Vorfeld bereits eine Klärung darüber, was im Einzelfall die Zielstellungen sind, was den Eltern aus Erfahrungen der Vorbehandlung bzw. Betreuung zuzutrauen ist und wie auch der Behandlungsantritt der Eltern und Kinder im Vorfeld unterstützt werden kann. Im Grunde müsste eine gemeinsame Haltung der jeweils zuständigen Stellen im Vorfeld auf Basis der jeweiligen Fallkonstellation erarbeitet werden. Aufgrund der Komplexität der Abstimmungsprozesse bei Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger kommt es oftmals zu Verzögerungen und auch dazu, dass die Rehabilitationseinrichtung in eine Vermittlerrolle zwischen Jugendamt und Suchtberatung gerät bzw. ggf. Verantwortung bei der Klärung von Zuständigkeiten übernimmt.

Besondere Abstimmungsprobleme gibt es zudem, wenn Eltern mit Kindern aus der Substitution in eine Entwöhnungsbehandlung wollen. Hierbei sind Substitutionsarzt, Suchtberatung, Jugendamt, Rentenversicherung und Einrichtung zu beteiligen. Grundsätzlich besteht somit bei der Behandlung von Eltern mit Kindern ein hoher Abstimmungsaufwand. Dieser sollte hinsichtlich der Personalbemessung angemessen berücksichtigt und auch entsprechend honoriert werden.

Fallvignette 36: Zusammenarbeit bei stationären und ambulanten Therapiebedarfen der traumatisierten Mutter

Die 39jährige Mutter ist Klientin einer auf sexualisierte Gewalt spezialisierten Krisen- und Beratungseinrichtung. Sie ist verheiratet, getrennt lebend, hat zwei Kinder, sechs und zehn Jahre alt. Sie hat in der Biografie wiederholte massive Traumata erlitten und bisher keine therapeutische Aufarbeitung erfahren. In der Ehe hat sie erneut körperliche und psychische Gewalt erlitten, bisher allerdings keine Anzeige gestellt. Die Sorge- und umgangsrechtlichen Fragen sind noch ungeklärt, der Vater drängt auf Kontakt. An Symptomen zeigt die Mutter starke Dissoziationen, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, hohe Anspannung, Depressionen, Ängste, Misstrauen und selbstverletzendes Verhalten. Der Unterstützungsbedarf geht deutlich über das Angebot der Krisen- und Beratungsstelle hinaus. Die Mutter benötigt aufgrund der Komplexität ein stationäres und anschließendes ambulantes Setting, was ihr die Therapiephasen der Stabilisierung, der Konfrontation und Integration ermöglicht. Allerdings hat sie massive Ängste vor einem möglichen Verlust der Kinder und vor einer Trennung bei einer stationären Aufnahme. Möglichkeiten der Mitaufnahme oder einer kliniknahen Unterbringung, die regelmäßigen Kontakt und eigenständige Unterstützung der Kinder ermöglicht, können geeignet sein, bei einem stationären Aufenthalt weitere Krisen und ggf. einen Behandlungsabbruch zu vermeiden. Hierfür ist eine Zusammenarbeit und Abstimmung der Kostenträger erforderlich (Krankenkassen, Jugendämter).

Im besten Fall sollten vor der Aufnahme in einem umfassenden Klärungsprozess bereits bestehende Hilfen sowie Bedarfe der beiden Kinder festgestellt und ein niedrigschwelliger Zugang zu benötigten Hilfen gewährleistet werden. Zudem sind Aspekte des Schutzes der Kinder für die Zeit während des Klinikaufenthalts abzuklären. Der Einbezug von Jugendämtern im Rahmen einer Hilfeplanung ist hierfür erforderlich. Ebenso ist die Frage der Beschulung und der längerfristigen Unterstützung bei eventuellen schulischen Defiziten während des Aufenthalts zu klären. Beide Kinder leiden unter Schuldgefühlen, Ängsten und zeigen soziale und schulische Probleme. Eine traumapädagogische und/oder -therapeutische Unterstützung zur Bewältigung der Situation ist daher für beide Kinder angeraten und während des stationären Aufenthalts zu initiieren. Dies erfordert eine Zusammenarbeit zwischen den stationären/teilstationären und den spezialisierten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe.

Für eine längerfristige Stabilisierung ist die Initiierung einer ambulanten Psychotherapie für die Mutter, ggf. auch für die Kinder indiziert. Im Hinblick auf den Schutz der Kinder müssten angemessene Angebote an die Mutter für die Zeit nach der Klinik gemacht werden. Im Rahmen einer niedrigschwelligen Erziehungs- und Familienberatungsstelle, falls erforderlich im Rahmen einer Familientherapie, kann die Mutter gezielt dabei unterstützt werden, trotz der eigenen Belastungen angemessen für ihre Kinder verfügbar zu sein. Eine längerfristige Begleitung spezifisch qualifizierter Familien- und/oder Einzelfallhilfe ist wünschenswert. Im Rahmen einer Rechtsberatung kann die Mutter die Vor- und Nachteile jeweiliger Vorgehensweisen bzgl. der Forderungen des Vaters klären und sie kann über die Möglichkeiten und Folgen einer polizeilichen Anzeige aufgeklärt werden.

Fallvignette 37: Aufbau eines Hilfenetzwerks vor Entlassung aus Geburtsklinik

Das erste Kind der Mutter kam 2009 in der 24. Schwangerschaftswoche zur Welt und ist eine Stunde nach der Geburt verstorben. Das zweite Kind wurde 2010 zu Hause geboren. Aktuell hatte die Mutter im August 2011 kurz nach Mitternacht einen Spontanpartus auf dem Weg zum Kreißsaal im Fahrstuhl. Die Geburt verlief komplikationslos. Das klinisch reife Mädchen entspricht etwa der 38.+0 Schwangerschaftswoche, wobei diese Angaben unklar sind. Aufgrund eines Fahrradunfalls wurde die Schwangerschaft sechs Wochen vor der Geburt festgestellt, fünf Tage vor der Geburt war die Schwangere erstmals beim Frauenarzt vorstellig. Sie lebt seit vier Jahren in fester Partnerschaft mit dem Vater, der arbeitslos ist. Sie ist Hausfrau, hat den Hauptschulabschluss, ist ebenfalls arbeitslos gemeldet und hat zuletzt an einer Arbeitsamtsmaßnahme des Jugendaufbauwerks teilgenommen.

Die Mutter ist gesund, raucht nach eigenen Angaben 8-10 Zigaretten am Tag und gibt an, einmal in der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben. Sie kommt aus einer kinderreichen Familie. Das Jugendamt und eine sozialpädagogische Familienhilfe sind in der Familie involviert, unter anderem wegen der einjährigen Tochter und zur Unterstützung beim Ordnung halten. Die Besatzung des Rettungswagens berichtet von desolaten häuslichen Verhältnissen.

Nach der Entbindung kommt die Mutter auf die Wöchnerinnenstation. Das Kind ist im Kinderzimmer, es werden Blutzuckerkontrollen abgenommen. Die Mutter hat abgestillt. Auf Anordnung des Pädiatrischen Konzils wird am Vormittag die Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Klinik informiert. Anlass ist die verdrängte Schwangerschaft und die erwähnten desolaten Verhältnisse zu Hause, von denen der Rettungsdienst berichtete. Dazu kommt die Beobachtung des Pflegepersonals, dass sich die Mutter bis um 7 Uhr noch nicht nach dem Kind erkundigte und noch schlief. Der Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch ist damit in drei von fünf Punkten positiv und ein vertiefendes Gespräch zur Klärung des tatsächlichen Hilfebedarfs ist angezeigt.

Ein erstes vertiefendes Gespräch der Hebamme in Mentorinschulung (künftig Klinikhebamme) auf Station fand am Morgen nach der Entbindung statt. Dabei berichtet die Mutter von der Anbindung an das Jugendamt und der sozialpädagogischen Familienhilfe, also dem bereits existierenden Helfernetzwerk. Mit Einverständnis der Mutter kam es zur Rücksprache mit der ihr bereits von der ersten Geburt bekannten und gewünschten Nachsorgehebamme aus dem Kreißsaal des Universitätskrankenhauses. Diese hatte allerdings für die sofortige Nachsorge keine freien Kapazitäten. Danach nahm die Klinikhebamme mit Einverständnis der Mutter mit der für die Familie zuständigen sozialpädagogischen Familienhilfe Kontakt auf, um einen Termin am selben Tag bei der Mutter zu Hause abzusagen und sie über den Klinikaufenthalt und die Geburt der zweiten Tochter zu informieren. Die sozialpädagogische Familienhelferin ruft auf die Sprachnotiz des Anrufbeantworters zurück und berät sich telefonisch mit der Klinikhebamme. Sie hält die Betreuung der Familie durch eine Familienhebamme für wichtig, da diese die Familie bis zu einem Jahr begleiten kann.

Der Sozialdienst der Klinik kommt ebenfalls am Morgen nach der Geburt um 10 Uhr auf Station und hinterlässt keine Aktennotiz. Die Klinikhebamme ruft bei einer Familienhebamme an, die die Wochenbettbetreuung übernehmen kann. Sie möchte am selben Tag auf Station kommen und sich vorstellen, die Mutter ist einverstanden und äußert sich erleichtert. Eine Rückmeldung an die sozialpädagogische Familienhilfe über die nun gefundene Wochenbettbetreuung erfolgt durch die Klinikhebamme, auch die Absprache, dass sie ebenfalls Mutter und Kind auf der Wöchnerinnenstation besuchen wird.

In Rücksprache mit dem zuständigen Kreißsaal-Arzt und Kinderarzt soll der Sozialdienst eine offizielle Meldung an das Jugendamt machen. Am gleichen Tag führt die Klinikhebamme zusammen mit einer Psychologin als

Coach ein weiteres vertiefendes Gespräch. Die Patientin wirkt sehr kooperativ und spricht offen über ihre aktuelle Lage. Sie wird über die Möglichkeit zur Projektbeteiligung aufgeklärt und unterzeichnet die Schweigepflichtentbindung für das klinische Personal gegenüber niedergelassenen Gynäkolog*innen, dem Kinderarzt, der Familienhebamme, der sozialpädagogischen Familienhelferin und dem Jugendamtsmitarbeiter. Nachmittags besteht nochmals ein kurzer Kontakt zwischen der Klinikhebamme und der Mutter, während die sozialpädagogische Familienhelferin und die Familienhebamme die Mutter besuchen. Gemeinsam wird über die in den nächsten Tagen geplante Entlassung gesprochen, die regulär am dritten Tag nach der Geburt folgt. Die Mutter gibt Wohlbefinden an, kann mit dem Kind Kontakt aufnehmen, hat gekuschelt, kommt mit der Kindesversorgung zurecht, füttert selbstständig. Sie gibt gute Unterstützung, auch durch Familie und Freunde an, habe für das Kind zu Hause alles vorbereitet.

Laut Stationsschwester gibt es keine Besonderheiten beim Füttern und Wickeln. Diese Beobachtungen werden auf einem Beobachtungsbogen für die Pflege festgehalten. Die Mutter erlebt die Organisation von Unterstützung als positiv und spricht darüber. Am selben Abend um 20 Uhr wünscht die Mutter die sofortige Entlassung, da die einjährige Tochter vom Vater nicht adäquat versorgt werden kann, der sei überfordert. Die Tochter trinke schlecht, schlafe nicht und lasse sich vom Vater nicht beruhigen. Die Mutter macht sich Sorgen, dass sie wieder abnimmt, die Tochter habe ständig Gewichtsprobleme.

Bei einem nochmaligen kurzen Gespräch der Klinikhebamme mit der Mutter ist der Fokus auf die verdrängte Schwangerschaft gerichtet. Es wird im Anamnesebogen in der Akte stichwortartig notiert. Die Mutter habe von der Schwangerschaft nichts bemerkt, Regelblutungen seien leicht gewesen, keine Übelkeit, keine spürbaren Kindsbewegungen. Nach einem Fahrradunfall habe sie Bauchschmerzen bekommen und sich beim Hausarzt vorgestellt, der ihr einen Schwangerschaftstest empfohlen habe. Der sei positiv gewesen, was die Patientin nicht erwartet habe, vor allem nicht schon so weit in der Schwangerschaft zu sein. Deshalb sei sie vor einer Woche erstmals bei einem Frauenarzt gewesen, der die 35. Schwangerschaftswoche geschätzt habe. Sie habe sich gefreut. Im Gespräch wird deutlich, dass die Mutter nach Hause drängt und sich große Sorgen um die Versorgung der einjährigen Tochter macht. Sie bekomme in der Nacht zusätzlich Unterstützung durch einen Freund. Nahrung und Wickelutensilien seien auch vorhanden.

Nach einer Fallbesprechung der Stationsärztin, des Kinderarztes und der Stationsschwester und in Rücksprache mit der Mutter erfolgt durch den Kinderarzt die Information an die Familienhebamme, dass die Mutter am nächsten Tag nach Hause komme, dem zweiten Tag nach der Geburt. Sie solle gleich zum Kinderarzt gehen. Diese Entscheidung hat allerdings nur sehr kurz Bestand, da der Vater mit dem älteren Kind auf der Wöchnerinnenstation zu Besuch ist und nicht nach Hause geht. Um 22 Uhr besteht die Patientin wiederum auf die sofortige Entlassung, wogegen aus gynäkologischer Sicht keine Einwände bestehen. Daraufhin wird die sozialpädagogische Familienhelferin über den Anrufbeantworter von der vorzeitigen Entlassung informiert. Die Oberärzte der Geburtshilfe und Neonatologie stimmen der Entlassung von Mutter und Kind zu, um das Kindeswohl des älteren Kindes nicht zu gefährden. Wichtig bei dieser Entscheidung war die Tatsache, dass ein Helfernetzwerk unter Einbezug des Jugendamts bereits etabliert ist und die Überforderung des Vaters als ein Risikofaktor für das Wohlergehen der einjährigen Tochter bewertet wurde. Er hatte bis zu diesem Zeitpunkt das Kind noch nie alleine zu Bett gebracht. Der Blick auf die Bedürfnisse der ganzen Familie und keinerlei Bedenken aus medizinischer Sicht ermöglichten ein reguläres Entlassungsverfahren kurze Zeit später gegen 23 Uhr.

Im Entlassungsbrief an den weiterbehandelnden Frauen- und Kinderarzt wurde die Zustimmung der Mutter zur Teilnahme an dem Frühe Hilfen-Programm einer begleitenden Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt, die Organisation einer Familienhebamme und das bereits bestehende Helfernetzwerk von sozialpädagogischer Familienhilfe und Betreuung der Familie durch das Jugendamt dokumentiert und auch weiterhin empfohlen.

Fallvignette 38: Kindeswohlfokus nach Trennung von alkoholabhängigem Vater

Die Mutter, geb. 1978, ist voll berufstätig und lebt mit ihren beiden Söhnen, geb. 2004 und 2006, in einem Haushalt. Wie viel Zeit sie für ihre Kinder hat, steht in Frage. Der Vater, geb. 1966, lebt getrennt, ist alkoholab-

hängig und besucht regelmäßig die ambulante Suchtberatung. Er hat sich verpflichtet, Ladungen der Klinik zum Alkoholttest nachzukommen und ist berechtigt, die Kinder gemäß Umgangsvereinbarung zu sehen.

Aufgrund des Suchtverhaltens des Vaters wurde eine sozialpädagogische Familienhilfe eingesetzt. Die in der Kommunikation und im Vertrauen gestörte Beziehung der Eltern führt zu einer verunsichernden Situation für die Kinder. Beide vermissen ihren Vater sehr. Infolge der dysfunktionalen Familieninteraktionen zeigt das ältere Kind seelische Störungen, insbesondere Aggressivität, Hyperaktivität, Schuldistanz und -probleme sowie Soziale Interaktionsprobleme. Neben der sozialpädagogischen Familienhilfe sind in der Familie folgende weitere Akteure aktiv: eine Klinik (Alkoholttest), das Jugendamt, eine Mediatorin (Elternbegleitung), die Polizei (Wohnungsverweis) und die Drogenberatung (Beratungstermine).

Aufgrund der Gefährdung des Kindeswohls werden keine Ziele, sondern konkrete Aufträge vereinbart. Für die Eltern hat Priorität, die Umgangsgestaltung zwischen den Kindern und ihrem Vater zu klären. Weitere Inhalte sind eine kindgerechte Wohnung und die Überprüfung der Gefährdungssituation beim Vater, die Zusammenarbeit der Eltern, der Haushalt und Zeitorganisation der Mutter sowie ambulante Suchtberatung für den Vater.

Bei den multimodalen, systemübergreifenden Rahmenbedingungen der Hilfen steht die Hilfeplanung im Zentrum, die sich im Gefährdungsbereich abspielt. Das Jugendamt und die Drogenberatung arbeiten jeweils im Vier-Augen-Prinzip. Vor Hilfebeginn hat im Jugendamt eine Fallreflexion stattgefunden. Aktivitäten zur Hilfeplanumsetzung sind die Umgangsklärung, Einschätzung mit beiden Elternteilen zur Gefährdung und zur Situation der Kinder, moderierende und sozialpädagogische Elterngespräche einzeln/gemeinsam sowie systemische Familienberatung, regelmäßiger Besuch des Vaters bei der ambulanten Suchtberatung, beteiligende Erarbeitung von Empfehlungen und Zielen sowie deren Umsetzung im Hilfeprozess.

Als wichtige Entwicklungen und Stationen können festgehalten werden eine zunehmende Stabilisierung sowie einvernehmliches Bewältigen der elterlichen Aufgaben. Die sozialpädagogische Familienhilfe kann auf einen geringen zeitlichen Umfang zur Nachsorge beschränkt werden. Interaktionen und Verhalten der Kinder haben sich reguliert, beide besuchen regelmäßig die Schule. Beim Zusammenwirken der Beteiligten setzen die Eltern ihre Kompetenzen einvernehmlich um. Die Eltern-Kind-Beziehungen entwickeln und stabilisieren sich. Das Krankenhaus berichtet direkt an das Jugendamt. Der Bedarf an Mediation und polizeilichen Einsätzen besteht nicht mehr. Die Beratung fokussiert auf die Erziehungsberatung und unabhängig davon auf die Suchtberatung des Vaters.

Bei der Zielerreichung kann eine nachhaltige Stabilisierung der Familiensituation und eine einheitliche elterliche Kompetenz gegenüber den Kindern konstatiert werden. Förderliche Faktoren war das Lösen des elterlichen Konfliktes und die Verarbeitung der Trennung mit der Etablierung neuer Kommunikationsmuster, von Humor und Offenheit. Es entstand ein verändertes „Familien-Bild“ und Miteinander. Eine einvernehmliche Präsenz der Eltern und gemeinsame Familienaktivitäten konnten eingeführt werden. Die Aufmerksamkeit galt in erster Linie dem Kindeswohl. Die Suchtberatung und Gruppe haben geholfen, die gesundheitliche Situation des Vaters zu stabilisieren.

Hinderliche Faktoren waren die fehlenden familiären Absprachen, keine Reflexion des Kindeswohls und destruktive Kommunikationsmuster der Beteiligten zu Beginn der Hilfe. Mit Blick auf die Prognose ist die Familiensituation nach Angaben des Jugendamts nach Hilfeende über einen Zeitraum von zwei Jahren stabil geblieben. Der weitere Verlauf ist unbekannt.

Fallvignette 39: Informationsaustausch bei untergebrachtem Kind

Im Juni 2017 wird der 16jährige F in einer stationären Wohngruppe aufgenommen. Er hatte sich beim Jugendamt gemeldet, da er mit seiner psychisch kranken Mutter nicht mehr zusammenleben konnte. Nach Angaben des Jugendamts war die Mutter schon längere Zeit an einer Psychose erkrankt und stand unter gesetzlicher Betreuung. F lehnte über einen langen Zeitraum den Kontakt zu seiner Mutter ab.

Ein gutes halbes Jahr später meldeten sich die Großeltern des Jungen bei der Einrichtung, um mitzuteilen, dass sie keinen Kontakt mehr zu ihrer Tochter hätten und sie vermuten würden, dass sie wieder in der Psychiatrie sei. Sie wollten aber erst mit der Einrichtung sprechen, um F nicht zu beunruhigen. Die Einrichtung nahm

Kontakt zur Betreuerin auf. Diese teilte mit, dass sie aufgrund ihrer Schweigepflicht keine Auskunft dazu geben dürfe, lediglich F selber dürfe sie etwas sagen. Gegenüber den Großeltern dürfe sie aufgrund ausdrücklichen Wunsches der Mutter auch nichts mitteilen. Erst mehrere Wochen später erfuhr die Einrichtung durch Zufall, dass die Mutter in der geschlossenen Abteilung aufgenommen worden war, nachdem sie ihre eigene Wohnung angezündet hatte. Diese Information wäre hilfreich gewesen, um F behutsam an diese Wahrheit heranzuführen zu können.