



**KAMMER FÜR PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN IM LAND BERLIN
KÖRPERSCHAFT ÖFFENTLICHEN RECHTS**

Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht

Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin

vorgelegt von

Prof.Dr.Dr.h.c Reinhard Wiesner

7.6.2005

Übersicht:

A Auftrag

B Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe

I. Systemfunktion der Kinder- und Jugendhilfe

1. Förderung der Entwicklung junger Menschen
 - a) durch Unterstützung und Ergänzung des Erziehungsauftrags der Eltern
 - b) durch Ausgleich einer behinderungsbedingten Beeinträchtigung
 - c) Fachliche Ansätze und Hilfesettings

2. Leistungskonkurrenzen
 - a) Schule
 - b) Krankenversicherung
 - c) Sozialhilfe

3. Psychotherapeutische Leistungen zwischen SGB V und SGB VIII

II. Therapie in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

1. Reformmaterialien
2. Jugendberichte
 - a) Fünfter Jugendbericht
 - b) Siebter Jugendbericht
3. Therapie als Leistungssegment in spezifischen Hilfesettings
 - a) Erziehungsberatung
 - b) Heimerziehung
4. Therapie im Regierungsentwurf 1978

III. Therapeutische Leistungen im Leistungsrecht des SGB VIII

1. Hilfe zur Erziehung (§ 27)
 - a) Erziehungsberatung (§ 28)
 - b) Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31)

- c) Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32)
 - d) Vollzeitpflege für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche (§ 33 Satz 2)
 - e) Heimerziehung (§ 34)
 - f) Atypische Hilfeformen nach § 27 Abs. 2
2. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a)
 - a) Gesetzessystematik
 - b) Die einzelnen Maßnahmen
 3. Hilfe für junge Volljährige (§ 41)
 4. Krankenhilfe (§ 40)
 5. Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17)
 6. Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts (§ 18)

IV. Landesrechtliche Regelungen und Praxisempfehlungen

1. Berlin
2. Andere Bundesländer
3. Praxisempfehlungen

V. Verhältnis zu Leistungen nach dem SGB V

1. Leistungskonkurrenz
2. Psychotherapie i.S. des SGB V
3. Therapie i.S. des SGB VIII
 - a) Therapie als Leistung der Hilfe zur Erziehung
 - aa) Funktion der Hilfe zur Erziehung
 - bb) Therapiebegriff
 - cc) Bedeutung des Psychotherapeutengesetzes
 - b) Therapie als Leistung der Eingliederungshilfe
 - aa) Funktion der Eingliederungshilfe
 - bb) Struktur des Leistungstatbestands
 - cc) Psychotherapie in der Eingliederungshilfe

VI. Konsequenzen des Nachrangs für das Verwaltungsverfahren

1. Der konstitutive Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe
2. Die Weiterleitungspflicht der Behörde nach § 16 SGB I
3. Die Vorleistungspflicht nach § 43 SGB I
4. Die gesteigerte Pflicht zur Zuständigkeitsklärung im Rehabilitationsrecht
5. Die Zuständigkeitsklärung als Amtspflicht der Behörde

C. Zusammenfassung

A Auftrag

Zu untersuchen sind folgende Fragen

1. Wie ist die Versorgungssäule Psychotherapie im SGB VIII rechtlich begründet?
2. Welche Abgrenzungskriterien ergeben sich nach dem SGB V?
3. Welche Folgen für das Verwaltungsverfahren ergeben sich aus dem Nachrangigkeitsgrundsatz des SGB VIII? Muss etwa bei Störungen mit Krankheitswert erst bei den Krankenkassen ein Kostenübernahmeantrag gestellt werden?

Im Verhältnis der einzelnen Fragestellungen untereinander hat die Frage unter 1 Priorität.

B Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe

Der Begriff „Psychotherapie“ wird im Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe - (SGB VIII) nicht verwendet. An verschiedenen Stellen des Leistungskatalogs ist jedoch von „therapeutischen Hilfen“ die Rede. Darüber hinaus geht der Gesetzgeber, indem er die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe zu Grunde legt, an anderen Stellen von der Erbringung therapeutischer Leistungen aus, ohne dies explizit zum Ausdruck zu bringen. Es ist deshalb notwendig, zunächst die Bedeutung des Begriffs Therapie zu erschließen, um sodann Aussagen zum Stellenwert der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe machen zu können.

I. Systemfunktion der Kinder- und Jugendhilfe

Die Bedeutung von „Therapie“ im Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe erschließt sich aus der Systemfunktion der Kinder- und Jugendhilfe.

1. Förderung der Entwicklung junger Menschen

Zur Funktionsbestimmung der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Abgrenzung zu anderen Sozialleistungen dient der Begriff des Ausgleichstatbestandes¹. Nach der Zielsetzung in § 1 SGB VIII versteht sich öffentliche Jugendhilfe als Sozialisationshilfe im weitesten Sinn. Ihr Ziel ist die Integration des jungen Menschen in die Gesellschaft durch ein differenziertes Leistungsspektrum, das in unterschiedlicher Gewichtung Elemente der Erziehung, Bildung, Betreuung und Therapie enthält. Die Leistungen sollen sowohl die Entfaltung der körperlichen, geistigen und seelischen Anlagen fördern als auch Störungen des Erziehungs-, Entwicklungs- und Reifeprozesses verhindern und beseitigen.

a) durch Unterstützung und Ergänzung des Erziehungsauftrags der Eltern

Der in § 1 Abs. 3 SGB VIII entfaltete Auftrag der Jugendhilfe ist im verfassungsrechtlichen Kontext zu sehen. Die Einlösung des Rechts eines jeden jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit ist danach – neben der Schule – in erster Linie **Aufgabe der Eltern** im Rahmen der ihnen obliegenden Erziehungsverantwortung (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG). Über die inhaltliche Bindung des Elternrechts an das Kindeswohl hinaus sichert die Verfassung dem Kind oder dem Jugendlichen Schutz und Hilfe im Rahmen des **staatlichen Wächteramts** zu (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG). Das staatliche Wächteramt hat im Hinblick auf das Elternrecht akzessorischen Charakter, d. h. der Staat hat die elterliche Erziehungsautonomie, soweit sie reicht, zu respektieren. Dies bedeutet:

- Der Staat hat (außerhalb der Schule) keine Befugnis zu einer mit dem elterlichen Erziehungsrecht konkurrierenden und ihrerseits autonomen Erziehungssteuerung.
- Das Mandat der staatlichen Gemeinschaft richtet sich auf Korrektur und Kompensation elterlichen Erziehungsversagens, es verleiht aber kein Recht zur begleitenden Erziehungskontrolle und zur Elternbevormundung.
- Bei der Wahl der Mittel ist der Staat an den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebunden.²

Im Hinblick auf die Systemfunktion der Kinder- und Jugendhilfe bedeutet dies, dass diese in erster Linie eine die elterliche Erziehungsverantwortung **unterstützende und ergänzende** Funktion hat. Die elterliche Erziehungsverantwortung ersetzende Leistungen kommen erst dann in Betracht, wenn das Kindeswohl gefährdet ist und die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind,

¹ Bley B III 1.

² Siehe dazu im Einzelnen Jestaedt a.a.O.Rn. 177ff.

die Gefährdung abzuwenden (§§ 1666,1666 a BGB)³. Daraus wird der ambivalente und komplexe Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe deutlich⁴, der hohe Anforderungen an die tätigen Personen stellt und verlangt, diese Doppelrolle gegenüber den Hilfesuchenden offen zu legen⁵

Bewusst verwendet das Gesetz den Ausdruck „**Hilfe zur** Erziehung“, um damit die sekundierende Funktion der Kinder- und Jugendhilfe im Erziehungsprozess deutlich zu machen. Gemeint ist nicht die Hilfe an das Kind zur Selbsterziehung, sondern die Hilfe **für die Eltern** zur Wahrnehmung ihres Erziehungsauftrags, die „über die Eltern“ dem Kind oder Jugendlichen zu gute kommt.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind daher an die Eltern in Bezug auf die Kinder adressiert. Die Hilfestellung ist damit weder alleine auf das Kind als Individuum, noch auf die Eltern(teile) als Individuen konzentriert, sondern knüpft an der Erziehungs- und Lebensgemeinschaft von Eltern und Kind, am „System“ Familie an, sie ist zugleich Kind- und Eltern orientiert – mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung entsprechend dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall: So kann die Hilfe stärker den Eltern als Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden, sie kann sich gleichzeitig an Eltern und Kinder wenden in Form von systemischer Hilfe bzw. Therapie, sie kann sich parallel und räumlich voneinander getrennt aber mit einander koordiniert an das Kind im Heim oder der Pflegestelle und an die Eltern richten.

b) durch Ausgleich einer behinderungsbedingten Beeinträchtigung

Im Zusammenhang mit Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte junge Menschen (§ 35 a) hat die Kinder- und Jugendhilfe aber noch eine weitere Funktion. Wenn die Erziehung von Kindern und Jugendlichen in erster Linie in den Verantwortungsbereich der Eltern fällt und damit der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe auf diesen Erziehungsauftrag der Eltern bezogen ist, kommt ihr – jedenfalls idealtypisch – im Hinblick auf die Eingliederung seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher ein originärer Auftrag zu. Denn die Verhinderung bzw. Beseitigung einer Behinderung bzw. die Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft trotz fortbestehender Behinderung gehören nicht in den Verantwortungsbereich der Eltern, wenngleich sie durch ihr Tun oder Unterlassen sowohl Ursachen für das Entstehen einer (seelischen) Behinderung setzen als auch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entscheidend beeinflussen können.

³ Rechtstechnisch erfolgt der Eingriff nach deutschem Recht in zwei Stufen: Zunächst wird den Eltern die elterliche Sorge im erforderlichem Umfang entzogen und auf eine andere Person übertragen (Vormund, Pfleger). Dieser nimmt sodann die erforderlichen Schritte zur Abwehr der Kindeswohlgefährdung an Stelle der Eltern vor, indem er z.B. Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch nimmt.

⁴ Vgl. dazu Wiesner ZfJ 2003,121.

⁵ Vgl. Wahlen Manuskript S. 10.

Die Eingliederungshilfe nach § 35 a gehört zu den so genannten Rehabilitationsleistungen, deren Zielsetzung in § 1 SGB IX umschrieben wird. Danach erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. Diese Ziele sind im Hinblick auf Erwachsene formuliert und müssen für Kinder alters- und entwicklungsentsprechend „übersetzt“ werden. **Seelisch** behindert sind (junge) Menschen, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und damit ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Bei keiner anderen Form der Behinderung stehen Erziehung und Funktionsstörungen in einer so engen Wechselwirkung zueinander wie bei einer **seelischen** Behinderung. Dies war auch der Grund dafür, (wenigstens) die Eingliederungshilfe für *seelisch* behinderte Kinder und Jugendliche (primär) der Kinder- und Jugendhilfe zuzuordnen, um damit die Frage nach der Ursache für den Hilfebedarf (seelische Störung des Kindes oder Jugendlichen oder mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern) und fruchtlose Abgrenzungsstreitigkeiten zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe zu vermeiden.⁶

Zwar wird umgangssprachlich mit dem Begriff der „Behinderung“ eine Eigenschaft verbunden, tatsächlich aber handelt es sich um einen **Interaktionszustand**, bei dem ein Zusammenwirken von individueller Beeinträchtigung mit Unzulänglichkeiten der Lern- und Lebenswelt die Anpassungsmöglichkeiten eines Kindes oder Jugendlichen einschränkt.⁷ Wenn auch – im Unterschied zur Hilfe zur Erziehung - die Eingliederungshilfe als nicht spezifisch kind- und damit entwicklungsbezogene Hilfe in stärkerem Maße auf das behinderte Individuum ausgerichtet ist, so spielen (bei behinderten Kindern und Jugendlichen) die Beziehung zwischen Eltern und Kind und das Potential und die Ressourcen der Eltern, insbesondere ihre Fähigkeit und Bereitschaft am Hilfeprozess mitzuwirken, eine entscheidende Rolle bei der Einschätzung des Hilfebedarfs und ihrer Erfolgsaussichten.

c) **Fachliche Ansätze und Hilfesettings**

Die Kinder- und Jugendhilfe ist von ihrer fachlichen Ausrichtung her sehr stark (sozial) pädagogisch geprägt, zum Teil werden die Begriffe Jugendhilfe und Sozialpädagogik sogar gleichgesetzt, wenn etwa vom „Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie“ die Rede ist, wo in der Sache das Verhältnis zwischen Sozialarbeit/ Sozialpädagogik und

⁶ Siehe dazu Wiesner SGB VIII vor § 35 a Rdnr. 30 ff.

Psychiatrie gemeint ist. Diese Ausrichtung ist historisch bedingt und verweist auf die Wurzeln der Jugendhilfe als Jugendfürsorge. Anders als etwa die Medizin hat die Sozialpädagogik aber bis heute Schwierigkeiten, ihren Standort und ihr Selbstverständnis zu finden⁸.

Als Hilfeformen kommen – neben der fallunabhängigen Sozialarbeit (Gemeinwesenarbeit) - ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfesettings in Betracht. Dabei teilen sich die ambulanten Formen in solche, die unmittelbar in der Lebenswelt der leistungsberechtigten Personen erbracht werden (sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) und solche, die in ambulanten Praxen oder Beratungsstellen erbracht werden.

In einzelnen Aufgabenfeldern der Jugendhilfe sind seit langem Psychologinnen und Psychologen tätig, allen voran in der Erziehungs- oder Familienberatung, aber auch in den verschiedenen Formen der Heimerziehung.⁹ In den letzten Jahren wurden auch aufsuchende Formen der Familientherapie entwickelt¹⁰.

Die historisch erklärable Dominanz sozialpädagogischer Erklärungsmodelle und Hilfeansätze wird zunehmend mit psychotherapeutischen und medizinischen Erklärungsmodellen und Behandlungsformen konfrontiert. Zu beobachten ist die Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Disziplinen im letzten Jahrzehnt insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit der seelischen Behinderung. Wird die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche von den einen als erster Schritt hin zu einer umfassenden Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder- und Jugendlichen mit Entwicklungsproblemen verstanden, sehen die anderen in der Eingliederungshilfe einen Fremdkörper, der möglichst bald wieder (aus der Jugendhilfe) zu entfernen ist. Dringend notwendig ist deshalb eine strategische Debatte über das **Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe**. Ausgehend von der in § 1 entwickelten Zielsetzung und dem aktuellen Stand fachlicher Erkenntnisse erscheint es dringend geboten, sich einem Methodenpluralismus und einer stärkeren Kooperation und Koordination zu öffnen, in der auch die Psychotherapie einen gleichberechtigten Platz erhält. Fiskalische Überlegungen und die sozialpädagogische Ausrichtung der sozialen Dienste in den Jugendämtern stehen einer raschen Neuorientierung jedoch im Weg.

2. Leistungskonkurrenzen

Bei seinem Auftrag, die Entwicklung junger Menschen zu fördern, steht das Leistungssystem der Kinder- und Jugendhilfe in Konkurrenz mit anderen Institutionen. Diese haben sich

⁷ Specht 1988, S.471

⁸ Schraper, S.12 ff.,

⁹ Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen/ sonstige Einrichtungen am 31.12.2002, Wiesbaden 2004, Tabelle 10 (www.destatis.de)

historisch entwickelt und sind bis heute unzureichend aufeinander abgestimmt. Unterschiedliche Systemlogiken und vor allem auch unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten (steuerfinanzierte, beitragsfinanzierte Leistungen) erschweren Koordination und Kooperation.

a) Schule

Im Hinblick auf die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme am Unterricht (Schulpflicht) ist zuerst die Schule zu nennen. Ihr Auftrag ergibt sich aus den Schulgesetzen der Länder. So bestimmt z. B. § 2 des Schulgesetzes des Landes Berlin¹¹, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes der Verwirklichung des Rechts auf Bildung gemäß Artikel 20 Abs. 1 der Verfassung von Berlin dienen. Der damit erteilte Auftrag geht über die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinaus. Die Schule wird angehalten, alle wertvollen Anlagen der Schülerinnen und Schüler zur vollen Entfaltung zu bringen und ihnen ein Höchstmaß an Urteilskraft, gründliches Wissen und Können zu vermitteln. Ziel ist die Heranbildung von Persönlichkeiten, die sich der Verantwortung gegenüber der Allgemeinheit bewusst sind und deren Haltung bestimmt ist von der Anerkennung der Gleichberechtigung aller Menschen. Damit wird der Schule (in Berlin) eine umfassende Verantwortung für die Persönlichkeitsentwicklung der Schülerinnen und Schüler übertragen.¹²

Darüber hinaus gehört dazu auch die Verpflichtung der öffentlichen Schulen, der Schulträger und der Schulaufsichtsbehörden, lernbeeinträchtigte, behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Schüler schulisch angemessen zu fördern¹³.

Trotz der Spezifik der Aufgaben von Schule einerseits und der Kinder- und Jugendhilfe andererseits gibt es verschiedene **Schnittstellen** etwa im Bereich der Tageseinrichtungen, der Schulsozialarbeit und im Hinblick auf die Förderung von Kindern mit so genannten Teilleistungsstörungen. Letztere können, wenn sie nicht frühzeitig erkannt und Kinder (in und durch die Schule) nicht entsprechend gefördert werden, eine (drohende) seelische Behinderung zur Folge haben und damit einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35 a auslösen. In Betracht können aber auch spezifische Lernhilfen („Lerntherapie“) als Form der Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. kommen¹⁴.

Die Aufgaben der **Schule** sind im Hinblick auf die betroffene Altersgruppe gegenüber denen der Kinder- und Jugendhilfe **vorrangig**. Dies ergibt sich aus dem strukturellen Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe als Bereich der öffentlichen Fürsorge nach § 10 SGB VIII. Solange

¹⁰ Siehe dazu Conen 1999 und Riedel 2005

¹¹ Schulgesetz des Landes Berlin v. 26. Januar 2004 (GVBl. S.26)

¹² Zur analogen Situation in Baden-Württemberg vgl. Schoch S. 194.

¹³ Vgl. dazu §§ 36 ff. des Schulgesetzes Berlin sowie OVG Münster, ZfJ 2004, 463 f., JAmt 2004, 203.

allerdings die Schulgesetze der Länder keine konkreten Förderpflichten (für Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwäche) enthalten¹⁵, läuft die Nachrangregelung in der Praxis leer.

b) Krankenversicherung

Die Krankenversicherung hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Zu diesem Zweck hat die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, zur Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung einer Krankheit, zur medizinischen Rehabilitation und zur Zahlung von Krankengeld zu gewähren. Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenbehandlung und Krankengeld ist das **Vorliegen einer Krankheit**, einem regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Entscheidend kommt es dabei auf die Möglichkeit und die Notwendigkeit einer Heilbehandlung an (SGB V).

Obwohl die unterschiedlichen Systemfunktionen von Kinder- und Jugendhilfe einerseits und Krankenversicherung andererseits eindeutig zu Tage treten, sind in der Praxis auch hier **Schnittstellen** zu verzeichnen. Dies gilt zum einen für den Personenkreis junger Menschen, der nicht krankenversichert ist und deshalb im Zusammenhang mit jugendhilfespezifischen stationären Hilfen Krankenhilfe als Annexeistung von der Jugendhilfe erhält (§ 40 SGB VIII). Dies gilt aber vor allem im Hinblick auf die Abgrenzung von Krankenbehandlung nach dem SGB V

- zu therapeutischen Leistungen im Kontext der Hilfe zur Erziehung (§ 27 Abs. 3),
- zu Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a) und
- zu Hilfen für junge Volljährige (§ 41).

Auch im Verhältnis zwischen Krankenversicherung und Kinder- und Jugendhilfe gilt der **Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe**. Vorbehaltlich der jeweiligen Anspruchsgrundlagen im Kinder- und Jugendhilferecht sind die Träger der Kinder- und Jugendhilfe nur für die Deckung solcher Bedarfe zuständig, die nicht durch Leistungen der Krankenversicherung gedeckt werden.

c) Sozialhilfe

¹⁴ Siehe dazu unten V 3 a bb am Ende.

¹⁵ Siehe dazu in Berlin die AV Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten vom 14.9.2001 (Amtsbl. S. 4238)

Die Sozialhilfe - zuletzt neu geordnet im Rahmen der Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch als Zwölftes Buch¹⁶ und des Vierten Gesetzes über moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt („Hartz IV“)¹⁷ - hat die Aufgabe, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 1 Satz 1 SGB XII). Der Erfüllung dieses allgemeinen Auftrags dienen die in § 8 SGB XII aufgezählten Hilfearten. Damit hat der Gesetzgeber die grundsätzliche Unterscheidung von Hilfe zum Lebensunterhalt einerseits und Hilfe in besonderen Lebenslagen aufgegeben¹⁸. **Schnittstellen** zur Kinder- und Jugendhilfe liegen hier insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte junge Menschen, nachdem die Sozialhilfe weiterhin für die Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte junge Menschen zuständig ist, während die Kinder- und Jugendhilfe (vorrangig) für seelisch behinderte junge Menschen zuständig ist (§ 10 Abs. 2 SGB VIII). In der Praxis treten insbesondere Zuständigkeitsstreitigkeiten auf, wenn junge Menschen mehrfach behindert sind bzw. wenn das Störungsbild nicht eindeutig einer geistigen oder seelischen Behinderung zugeordnet werden kann. Eine spezifische Kollisionsnorm für diesen Fall sieht das Recht nicht vor. Da dem Kinder- und Jugendhilferecht nur ein Vorrang hinsichtlich der seelischen Behinderung zukommt, die Sozialhilfe aber auch für diesen Personenkreis nachrangig zuständig bleibt, wird im Allgemeinen bei den genannten Abgrenzungsschwierigkeiten eine (subsidiäre) Zuständigkeit der Sozialhilfe angenommen¹⁹.

3. Psychotherapeutische Leistungen zwischen SGB V und SGB VIII

Bedeutsam wird die Frage insbesondere für die **Zuordnung von Leistungen der Psychotherapie**. Diese sind als Leistungen i. S. von § 1 Abs. 3 PsychThG zunächst Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzlichen Regelungen des SGB V werden durch ein differenziertes Regelwerk ergänzt, das Normen konkretisierende Funktion hat. Für die psychotherapeutische Krankenbehandlung sind die Regelungen der nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V ergangenen Psychotherapierichtlinien sowie der als Anlage zum Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 SGB V ergangenen Psychotherapievereinbarungen maßgeblich. Darin werden die in der vertragsärztlichen, also ambulanten ärztlichen Versorgung zulässigen Behandlungsmethoden und differenzierte Verfahrensregelungen für die Leistungsgewährung bestimmt.

Auch nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes bleibt jedoch die Gewährung heilkundlicher psychotherapeutischer Leistungen auf der Grundlage des Heilpraktikergesetzes

¹⁶ G. vom 27.12.2003 BGBl. I S. 3022

¹⁷ G. vom 24.12.2003 BGBl. I S. 2954

¹⁸ Grube/ Wahrendorf, SGB XII, § 8 Rn. 2.

¹⁹ Siehe dazu Wiesner, SGB VIII, § 35 a Rdnr. 28 ff.

möglich²⁰. Somit bleibt Raum für eine heilkundliche und eine nicht heilkundliche Psychotherapie als Leistung der Kinder – und Jugendhilfe²¹.

II. Therapie in Kontext von Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

1. Reformmaterialien

Hinweise darauf, dass therapeutische Leistungen zum Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe gehören, finden sich bereits in den Materialien zur Reform des Kinder- und Jugendhilferechts aus den 70er Jahren, namentlich im Diskussionsentwurf 1973²² sowie in den Thesen des Deutschen Vereins zu einem neuen Jugendhilferecht (1971 bis 1973)²³.

So sieht bereits der **Diskussionsentwurf** in § 48 die „Gewährung offener und halboffener Erziehungshilfen“ vor und hebt dabei als typische Handlungsformen hervor:

- “1. Sozialpädagogische Einzel- oder Gruppenarbeit
2. Heilpädagogische Behandlung
3. Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie.“

In der Begründung wird zu den therapeutischen Hilfen (Nr. 3) ausgeführt:

“Nach den spezifisch sozialpädagogischen und den spezifisch heilpädagogischen Hilfen werden hier rein therapeutische Hilfen genannt. Dabei handelt es sich vorwiegend um psychotherapeutische oder spieltherapeutische Einzel- und Gruppenhilfen zur indirekten Selbstbeeinflussung des jungen Menschen gleichzeitig neben dem Abreagieren seelischer Spannungen. Für diese ist die Schaffung von entsprechenden Einrichtungen erforderlich. Die ambulanten therapeutischen Einzel-, Gruppen- oder Familienhilfen bedürfen weithin erst noch der Entwicklung.“²⁴

Diese Aussagen finden sich nahezu wortgleich in der Einzelthese 38 der **Thesen des**

²⁰ Vgl. dazu Jerouschek § 12 Rn. 14. Die Bezeichnung „Psychotherapeut“ bleibt aber den approbierten Personen vorbehalten.

²¹ Dazu siehe unten V

²² Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Diskussionsentwurf eines Jugendhilfegesetzes 1973

²³ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Thesen zu einem neuen Jugendhilferecht (Heft 8 der Arbeitshilfen des DV) Frankfurt 1973

²⁴ A.a.O. Fn.21 S.131

Deutschen Vereins, die sich mit den „ambulanten heilpädagogisch-therapeutischen und sozialpädagogischen Hilfen“ befasst²⁵. Dort wird in den Absätzen 1 und 2 ausgeführt:

“(1) Hilfeangebote für eine fachspezifische Beratung reichen für sich allein vielfach nicht aus und bedürfen der Ergänzung durch weitere heilpädagogisch-therapeutische und sozialpädagogische Hilfen.

(2) Ambulante heilpädagogische Hilfe dient der Behandlung von Erziehungs- und Entwicklungsstörungen durch spezifische heilerzieherische, psychotherapeutische, spieltherapeutische und andere Einzel- und Gruppenhilfen. Sie erfordert die Schaffung entsprechender ambulanter Einrichtungen, wie heilpädagogische Tagesstätten, Therapiegruppen u. a. Solche ambulanten therapeutischen Behandlungshilfen bedürfen weithin erst noch der Entwicklung.“²⁶ .

Aber auch bei der Beschreibung **stationärer Leistungen** wird auf therapeutische Hilfen Bezug genommen. So beschreibt § 55 des **Diskussionsentwurfs** die **Erziehungshilfe in Heimen** wie folgt:

“Erziehungshilfe in Heimen wird einem jungen Menschen in der Regel gewährt, wenn

- 1. die Entwicklungsgefährdung oder –störung, die nur durch eine eingehende sozialpädagogische Betreuung zu beheben ist oder*
- 2. Verhaltensstörungen nur mit den pädagogisch-therapeutischen Mitteln eines Heims zu beseitigen sind“.*

In der Begründung wird im Hinblick auf die „pädagogisch-therapeutischen Mittel“ (Nr.2) ausgeführt:

“Hier werden – im Gegensatz Nr. 1 – nicht nur pädagogische, sondern auch therapeutische Mittel genannt, um den Bedürfnissen der Jugendhilfepraxis nicht nur auf dem rein erzieherischen, sondern auch auf dem heilbehandelnden Sektor Rechnung zu tragen. Dabei wird nicht verkannt, dass der heilbehandelnde und der erzieherische Bereich in einem engen Wirkungs- und Sachzusammenhang stehen. Die genannten Bedürfnisse der Jugendhilfepraxis finden ihre Bestätigung in einer neueren, wissenschaftlich fundierten und repräsentativen Erhebung. Danach ist der Anteil der in FE (gemeint ist die Fürsorgeerziehung R.W.) und FEH (gemeint ist die Freiwillige Erziehungshilfe R.W.) betreuten jungen Menschen, die einer besonderen Behandlung in einem heilpädagogisch-therapeutischen Heim bedürfen, besonders groß.

²⁵ Die Übereinstimmung ist nicht zufällig, sondern geht auf die personelle Verknüpfung der Jugendhilfereformkommission, die den Diskussionsentwurf erarbeitet hat, mit den Vertretern in den Gremien des Deutschen Vereins zurück.

²⁶ A.a.O. Fn.22 S.87.

Es hat sich nämlich gezeigt, dass 69,7 % dieser in Heimen betreuten jungen Menschen spezieller heilpädagogisch-therapeutischer Hilfen bedürfen. Die genannte Zahl widerlegt die gelegentliche Behauptung, die Heimbetreuung sei auf längere Sicht entbehrlich. Ein bestimmter Kreis erheblich gestörter junger Menschen wird auch in Zukunft nicht ohne multiprofessionelle Hilfen in besonders ausgestatteten und dem Bedarf entsprechenden ausgewählten Heimen auskommen können.“²⁷.

In den **Thesen des Deutschen Vereins** wird unter 49. Allgemeine Voraussetzungen der Heimerziehung ausgeführt:

“Heimerziehung ist insbesondere zu gewähren, wenn Art und Schwere einer Entwicklungs- und Verhaltensstörung stationäre pädagogisch-therapeutische Hilfe erforderlich machen.“

In den Erläuterungen wird dazu ergänzt, dass die Unterbringung in der Regel in diesen Fällen in besonderen Heimen (heilpädagogisch-therapeutischen oder sozialtherapeutischen Heimen) erfolgen muss, die den Charakter von Facheinrichtungen haben sollen²⁸.

Vor allem die Ausführungen zur Heimerziehung sind vor dem Hintergrund der damaligen Heimdiskussion zu verstehen, deren Protagonisten die generelle Abschaffung der Heimerziehung forderten. Eine solche Forderung erwies sich jedoch bei nüchterner Betrachtung als unrealistisch, so dass Heimerziehung stärker den Charakter einer Ultima ratio für besonders „schwierige Kinder und Jugendliche“ erhielt.²⁹

2. Jugendberichte

Mit dem Thema Therapie in der Jugendhilfe befassten sich auch einzelne Jugendberichte, die die Bundesregierung in jeder Legislaturperiode dem Deutschen Bundestag vorzulegen hat (§ 84 SGB VIII).

a) Fünfter Jugendbericht

Wenige Jahre nach der Veröffentlichung der Reformmaterialien griffen die Sachverständigen der Kommission zum Fünften Jugendbericht³⁰ die Probleme verhaltensauffälliger und behinderter Kinder und Jugendlicher auf und identifizierten dabei die *zunehmende*

²⁷ A.a.O. Fn. 21 S. 141.

²⁸ A.a.O. Fn. 22 S. 98.

²⁹ Vgl. Kommission Heimerziehung der Obersten Landesbehörden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.), Zwischenbericht Heimerziehung und Alternativen, Frankfurt a.M. 1977

³⁰ Deutscher Bundestag, 1980

therapeutische Ausrichtung der Erziehungshilfen als eines der Schlüsselprobleme³¹. Zwar wird von der Kommission einerseits eine erhebliche Unterversorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten insbesondere für Kinder und Jugendliche konstatiert und eine Erweiterung solcher Angebote und Möglichkeiten prinzipiell begrüßt. Gleichzeitig warnen sie aber vor einer Überfremdung sozialpädagogischer Handlungsfelder durch klinisch und individual therapeutisch entwickelte und angewandte Formen von Behandlung und Beratung: "So wichtig therapeutische Kompetenz auch in sozialpädagogischen Feldern ist, so notwendig ist es, auf die Gefahren hinzuweisen, die durch eine zunehmende therapeutische Ausrichtung entstehen können, wenn durch sie sozialpädagogische Handlungsformen verhindert, komplexe Problemlagen scheinbar behandlungsgerecht reduziert oder für bestimmte Probleme Scheinlösungen gesucht werden. Dies geschieht etwa dann, wenn versucht wird, die mit der Vielschichtigkeit sozialpädagogischer Alltagspraxis verknüpften Probleme mit Hilfe von Verfahren zu lösen, die sich von Effektivitätsvorstellungen und methodischen Gesichtspunkten der therapeutischen Verfahren leiten lassen. Die Definition dessen, was als behandlungsbedürftiges Problem, was als seine Bedingungen, was als Ziel und Berechtigung von Interventionen zu gelten hat, ist im klinisch-therapeutischen Bereich relativ unproblematisch – wobei sich allerdings auch hier langsam erste Ansätze sozialtherapeutischer Sichtweisen durchsetzen. In Anwendung auf Probleme von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischen Handlungsfeldern jedoch, die mit lebensgeschichtlich bedingt reduzierten Lebensperspektiven und mit zum Teil entsprechend minimalen realen Chancen als verwahrlost oder dergleichen eingestuft werden, wird jede einseitige Ausrichtung auf psychologisch-therapeutische Interpretationen und Behandlungsformen zumindest fragwürdig".³²

In diesem Zusammenhang wird beklagt, dass die Ausgestaltung des Pflegesatzsystems die Einrichtung von Spezialistenstellen aus finanzpolitischem Kalkül, nicht aber aus sozialpädagogisch begründeter Notwendigkeit begünstige. Beklagt wird außerdem ein „doppeltes Dilemma für die sozialpädagogischen Fachkräfte“, der Rückzug sozialpädagogischer Fachkräfte angesichts des besseren Status höher stehender Professionen sowie angesichts der Strukturierungs-, Systematisierungs- und Methodisierungsmöglichkeiten therapeutischer Prozesse.³³

Gefordert wird deshalb, „**dass der Einsatz therapeutischer Verfahren in klarer Unterordnung und Einordnung in umfassende sozialpädagogische Konzepte** (Hervorhebung durch den Verf. RW) erfolgt. Dem entspricht auf der anderen Seite die Notwendigkeit, dass therapeutisch oder psychologisch spezialisierte Mitarbeiter im Bereich der Erziehungshilfe, also Mitarbeiter

³¹ A.a.O. Fn. 29, S. 179 ff.

³² A.a.O. Fn. 29, S. 180

³³ A.a.O.Fn. 29, S.181.

aus diagnostischen und therapeutischen Disziplinen, ebenso wie Verwaltungsfachleute durch Aus- und Fortbildung zunehmend auch sozialpädagogische Kompetenzen erwerben müssen.“³⁴

b) Siebter Jugendbericht

Im Siebten Jugendbericht wird auf den Wechsel von Schwerpunkten in der Erziehungsberatung hingewiesen: „Zunächst wurden vor allem Eigenschaften, Erleben und Erfahrungen der Kinder beachtet und Möglichkeiten individueller therapeutischer Einflussnahme genutzt; dann fanden familientherapeutische Ansätze Eingang; schließlich aber wird auch das Netzwerk sozialer Verbindungen der Familien stärker berücksichtigt.“³⁵ Knapp die Hälfte aller Beratungsstellen bietet Familientherapie an³⁶.

3. Therapie als Leistungssegment in spezifischen Hilfesettings

Aus den genannten Reformmaterialien aber auch aus verschiedenen Fachpublikationen schälen sich zwei Settings heraus, in denen Therapie als Leistungsform zur Anwendung kommt, nämlich insbesondere (Familien)Beratung im ambulanten und Heimerziehung im stationären Bereich. Die dazu geführte Diskussion hat das Verständnis und das Profil dieser Hilfeformen geprägt und wurde auch vom Gesetzgeber bei der Erarbeitung des Kinder- und Jugendhilferechts implizit und explizit zu Grunde gelegt.

a) Erziehungsberatung

Ein Hilfesetting, das seit langer Zeit auch Therapie zum Angebotsspektrum zählt, ist die so genannte Erziehungsberatung. So findet sich bereits im Leitfaden der Erziehungsberatung von 1956 folgende Aussage:

„Da jedes Kind sowohl vom ärztlichen, psychologischen als auch vom sozialen Gesichtspunkt untersucht werden muß, ist es unerlässlich, daß das Personal einer Erziehungsberatungsstelle sich mit voller Sachkenntnis der drei Gebiete einzuschalten vermag“³⁷.

Dementsprechend werden in den 1973 von den Jugendministern der Länder verabschiedeten **Grundsätzen für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen** deren Aufgaben wie folgt beschrieben:

³⁴ A.a.O.Fn. 29, S.182.

³⁵ Deutscher Bundestag 1986 S. 38

³⁶ A.a.O. Fn. 34, S. 39

³⁷ Spittler/ Specht S.72.

„(1) Die Erziehungsberatungsstelle hat folgende Aufgaben:

- a) Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Bedingungen unter Berücksichtigung ihrer **psychischen**, physischen und sozialen Faktoren,
- b) Veranlassung oder Durchführung der zur Behebung festgestellter Auffälligkeiten erforderlichen Maßnahmen; sie schließen damit die Durchführung der notwendigen Beratung gegenüber Kindern, Jugendlichen und Eltern oder anderen an der Erziehung beteiligten Personen oder Stellen – gegebenenfalls auch durch schriftliche Stellungnahme – ein und umfassen erforderlichenfalls auch **die Durchführung der notwendigen therapeutisch-pädagogischen Behandlung**, soweit nicht die Inanspruchnahme anderer Einrichtungen angezeigt ist,
- c) Mitwirkung bei vorbeugenden Maßnahmen gegen Erziehungsfehler; die Erziehungsberatungsstelle soll im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihre Kenntnisse und Erfahrungen auch anderen Institutionen zur Verfügung stellen und vor allem den Eltern zugänglich machen.“³⁸

Bereits im Jahre 1977 führten Forderungen von Psychologen, die „Psychotherapie“ so zu definieren, dass zur Ausübung nur der in eigener Praxis tätige Arzt oder Psychologe berechtigt ist, zu einem **Beschluss des Vorstands der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung**. Dieser Beschluss wendet sich gegen eine Definition von Psychotherapie, die voraussetzt, dass ein individuelles Problembewusstsein den Behandlungsbedürftigen zum Psychotherapeuten führt und dass Störungsbedingungen oder Veränderungen in erster Linie bei der Einzelperson liegen, zu der die therapeutische Beziehung hergestellt wird:

„Anwendung und Erfolgssaussichten dieser Versorgungsform haben indessen ihre Grenzen dort, wo die Störungsbedingungen und Einflussmöglichkeiten nicht nur bei einer Einzelperson, sondern ebenso bei ihren Beziehungspersonen oder im Beziehungssystem einer Familie bzw. einer ähnlichen Gruppierung liegen, ferner auch dort, wo die Notwendigkeit einer verändernden Einflussnahme nicht von dem Betroffenen selbst, sondern zunächst von anderen nichtprofessionellen oder professionellen Kontaktpersonen erkannt wird.“³⁹

Für diese Konstellationen verweist die Bundeskonferenz auf die **multidisziplinären Arbeitsgruppen** in den Beratungsstellen:

„Künftige Regelungen der Berufsausübung von Psychotherapeuten und künftige Regelungen der Kostendeckung für Psychotherapie dürfen deswegen auf gar keinen Fall dazu führen, dass

³⁸Spittler/ Specht S. 81

diese Form der psychosozialen Versorgung eingeschränkt oder in ihrer Struktur entscheidend verändert wird. Es muss vielmehr geprüft werden, ob nicht die Zusammenarbeit in einer Arbeitsgruppe bei künftigen Regelungen besonders begünstigt werden sollte.

Psychotherapie, auf welche Definition man sich auch einigt, macht aber immer nur einen Teil der psychosozialen Versorgung aus. Die Verständigungsschwierigkeiten, die bei der Vorbereitung von Neuordnungen gegenwärtig zu Tage treten, dürfen nicht dazu führen, dass sich Definitionen an angestrebten Kostenregelungen orientieren, statt Behandlungsbedürfnisse und Behandlungsformen zugrunde zu legen. Angesichts der Ausweitung, die der Begriff „Therapie“ erfahren hat, sollte die Art und Weise sowie die Zielsetzung verändernder Einflussnahme ebenso klar benannt werden wie die Voraussetzungen, unter denen sich die Beherrschung der Methode und ihre Anwendung kontrollieren lassen.

Es dürfte sich dabei herausstellen, dass gleichartige, wissenschaftlich begründete Verfahren, mit denen auf Verhalten und Einstellung Einfluss genommen wird, sowohl in den gegenwärtigen Versorgungssystemen des Gesundheitswesens wie der Jugendhilfe angewandt werden. Dieser Sachverhalt muss bei künftigen Regelungen der Berufsausübung und der Kostendeckung berücksichtigt werden. Sie dürfen auf gar keinen Fall zu einer Einschränkung von Methoden und Tätigkeiten in einem der beiden Bereiche und damit zu einer Verschlechterung der psychosozialen Versorgung führen.“⁴⁰

Die Betonung des psychotherapeutischen Auftrags von Familienberatungsstellen in den **Empfehlungen des Landeswohlfahrtsverbandes Baden** für die Tätigkeit von psychologischen Beratungsstellen für Familien und Jugendliche vom 23. März 1984 hat eine lebhaftige Kontroverse über den Stellenwert von Therapie im Allgemeinen und von Psychotherapie im Besonderen in Beratungsstellen ausgelöst. Da Beratung in der Erziehungsberatung die Aufgabe hat, die „Klärung von belastenden Problemen“, das „Erarbeiten eines neuen Verständnisses“ und „die Entwicklung von Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten“ vorzunehmen, erscheint eine **klare Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie nicht möglich.**⁴¹

b) Heimerziehung

Als anderer Ort, an dem Therapie stattfindet, wird bereits in den Materialien zur Reform des Jugendhilferechts die Heimerziehung genannt. Dabei dürfte der Stellenwert von Therapien im

³⁹ Spittler/ Specht S. 229 f.

⁴⁰ Spittler/ Specht S. 231

⁴¹ Hundsalz 1995, S. 161

Bereich der Heimerziehung in dem Umfang angestiegen sein, in dem ambulante Hilfen ausgebaut wurden und Heimerziehung eine strenge Indikation voraussetzt.

Bereits der Zwischenbericht der Kommission Heimerziehung der Obersten Landesjugendbehörden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege befasst sich mit **Therapie im Heim** und äußert sich zum Begriff Therapie wie folgt:

„Zunächst wäre es sinnvoll zu definieren, was Therapie meint; dies aber ist – nach Lage der derzeitigen psychologischen und pädagogischen Diskussion – sehr schwierig; einen inhaltlich einheitlichen Therapiebegriff gibt es zur Zeit nicht; innerhalb der unterschiedlichen Theorieansätze (Lerntheorie, Kommunikationstheorie, Psychoanalyse usw.) finden sich jeweils spezifische Therapiebegriffe.

Wenn aber eine inhaltlich qualifizierte Bestimmung von Therapie unmöglich ist, bleibt nur der Ausweg einer formalen. Therapeutisches Handeln kann – so der Vorschlag – verstanden werden als ein sich auf besondere Schwierigkeiten im menschlichen Verhalten beziehendes spezifisches, methodisch präzisiertes, strukturiertes Handeln.

Wenn dieser Definitionsvorschlag trägt, bedeutet er, dass der Unterschied zwischen Therapie und Pädagogik nicht zum Beispiel der zwischen psychoanalytisch-orientiertem und pädagogischem Handeln ist, sondern der zwischen einem psychoanalytisch-strukturierten therapeutischen und einem pädagogisch-psychoanalytischen Handeln.

Um die Tragweite dieser gleichsam nur quantitativen formalen Definition von Therapie abschätzen zu können und um, vor allem, Grenzen und gegenseitiges Aufeinander-Angewiesen-Sein zwischen pädagogischem und therapeutischem Handeln näher bestimmen zu können, scheint es notwendig, den Unterschied zwischen pädagogischem und therapeutischem Handeln als Unterschied zwischen offenerem und strukturiert-methodischerem Handeln genauer zu fassen. Dies ist nur in idealtypischer Form möglich, in dem also Modelle gegeneinander gestellt werden, die so in der Praxis kaum existieren, die vielmehr sich eher als unterschiedliche Akzentuierungen mit fließenden Übergängen zeigen, die auch eher auf Möglichkeiten des Handelns bezogen sind als daß sie vorfindliche Realität abbilden“.⁴²

In ihrer Untersuchung „Was leistet Heimerziehung“ charakterisiert die Planungsgruppe Petra zehn Jahre später Heimerziehung als „Verbindung von Alltag, Pädagogik und Therapie“, wobei klargestellt wird, dass der dritte Aspekt, die Therapie, fakultativ ist und nicht zwingend Heimerziehung konstituiert. In den Empfehlungen wird ausgeführt:

⁴² A.a.O. Fn. 28 S. 70 f.

„Im Bereich der Therapie scheint es uns zentral zu sein, darauf hinzuweisen, dass Therapie ein gezieltes, differenzial-diagnostisch ausgelotetes Angebot sein sollte, nicht aber eine differenzlos angewandte Routine, die es dann zwangsläufig an Indikationsklärung, Zielgerichtetheit und Evaluation fehlen lässt. ...

Noch wichtiger scheint es uns, darauf hinzuweisen, dass die spezifische Chance der Heimerziehung gerade in ihrer Integration alltagsgestaltender, pädagogischer und therapeutischer Aspekte liegt. Gerade unter diesem Aspekt ist es verwunderlich, dass innerhalb der verschiedenen zur Verfügung stehenden analytischen Angebote nicht die pädagogiknäheren Konzepte eines therapeutischen Milieus dominieren, sondern ausdifferenzierte Formen therapeutischer Tätigkeit, die die spezifischen Kooperationschancen innerhalb der Organisation Heim gerade nicht nutzen. Obwohl auch integrierte Angebote ihre Probleme haben, müsste man darauf hinarbeiten, dass in stärkerem Ausmaße nicht nur nach dem therapeutischen Angebot, sondern nach der Integration dieses Angebots in eine ganzheitlich verstandene Arbeit an den Kindern gefragt wird.“⁴³

4. Therapie im Regierungsentwurf 1978

Auf die anfangs zitierten Reformmaterialien hat sich die Bundesregierung gestützt, als sie im Jahre 1977 den Referentenentwurf und ein Jahr später den **Regierungsentwurf für ein neues Jugendhilfegesetz**⁴⁴ vorgelegt hat. Dieser sah in § 41 „offene pädagogische und therapeutische Hilfe“ vor. In der Begründung wird zum Begriff „pädagogische und therapeutische Hilfe“ ausgeführt:

„Das Gesetz verwendet die Formulierung „pädagogische **und** therapeutische Hilfe“ als Oberbegriff. Es stellt damit klar, dass **alle pädagogischen und therapeutischen Verfahren** und Methoden einbezogen sind, die zur Abwendung der Gefährdung oder zur Beseitigung der Störung geeignet sind. Die in früheren Entwürfen verwendete Formulierung „pädagogisch-therapeutische Hilfe“ wurde kritisiert mit dem Hinweis, dass **pädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Handeln von unterschiedlicher Struktur seien** und sich im Hilfeangebot nicht kombinieren ließen. Eine Zusammenfügung der beiden Begriffe sei wissenschaftlich falsch. Es müsse damit gerechnet werden, dass die Verwendung des Begriffes „pädagogisch-therapeutisch“ entweder als eine besondere Form von Pädagogik verstanden werde oder aber als eine therapeutische Vorgehensweise, an die nicht die Anforderungen

⁴³ Planungsgruppe Petra S. 93 f.

⁴⁴ Bundestags-Drucks. 8/ 2571 vom 8.11.1978 Der Gesetzentwurf scheiterte 1980 am Widerstand des Bundesrates.

gerichtet zu werden brauchen, die man bei psychotherapeutischen Verfahren voraussetzen müsse.⁴⁵ (Hervorhebungen vom Verf.R.W.)

Der Regierungsentwurf hält darüber hinaus den Ausbau von Konzepten für die pädagogische Arbeit und die Ausstattung der Heime mit qualifiziertem Fachpersonal (Erzieher, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Psychologen, Psychagogen) für notwendig.⁴⁶ Hinsichtlich des künftigen Profils der Heimerziehung nimmt die Regierungsbegründung ausdrücklich Bezug auf den Zwischenbericht der Kommission Heimerziehung der Obersten Landesjugendbehörden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

III. Therapeutische Leistungen im Leistungsrecht des SGB VIII

Der Regierungsentwurf 1978 ist indes nie Gesetz geworden. Dies geschah erst mit einer erneuten Initiative Ende der 80-er Jahre. Während das Jugendwohlfahrtsgesetz bis zu seiner Ablösung durch das Achte Buch Sozialgesetzbuch im Rahmen der Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts im Jahre 1990 den Begriff „Therapie“ nicht kannte, hat ihn der Gesetzgeber des Kinder- und Jugendhilferechts – der Reformdiskussion folgend - im SGB VIII an mehreren Stellen des 2. Kapitels, das die Leistungen der Jugendhilfe beschreibt, aufgenommen.

1. Hilfe zur Erziehung (§ 27)

Zentrale Bedeutung dabei hat die Definition des Begriffs „Hilfe zur Erziehung“ in § 27 als „Türöffner“ für die in den §§ 28 – 35 beschriebenen Hilfetypen.

So bestimmt § 27 Abs. 3, dass Hilfe zur Erziehung „**insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen**“ umfasst.

Dieser Absatz war in § 26 des Regierungsentwurfs 1988⁴⁷ noch nicht enthalten. In seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf hatte der Bundesrat die Einfügung dieses Absatzes mit der Begründung gefordert, auf die im Referentenentwurf, nicht aber im Regierungsentwurf genannten pädagogischen und therapeutischen Hilfeleistungen als wesentliche Bestandteile der verschiedenen Hilfearten dürfe nicht verzichtet werden.⁴⁸ Nach dem die Bundesregierung dem Vorschlag in ihrer Gegenäußerung zugestimmt hatte⁴⁹, wurde er vom Deutschen Bundestag in den Gesetzentwurf aufgenommen.⁵⁰

⁴⁵ Bundestags-Drucks. 8/2571 S. 96.

⁴⁶ A.a.O. Fn. 42, S. 101

⁴⁷ Bundestags-Drucks. 11/ 5948 v.1.12.1989

⁴⁸ Bundestags-Drucks 11/5948 S. 131.

⁴⁹ Bundestags-Drucks. 11/ 6002 v. 7.12.1989, S. 6.

⁵⁰ Bundestags-Drucks. 11/6748 v. 21.3.1990, S. 16.

§ 27 SGB VIII regelt die Voraussetzungen für die Gewährung von „Hilfe zur Erziehung“. Dabei handelt es sich nicht um eine Generalklausel für alle denkbaren Leistungen, die der Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dienen, sondern um einen spezifischen Hilfetypus im Leistungsspektrum des SGB VIII, das die §§ 11 bis 41 umfasst. Dieser ist durch einen individuell zu ermittelnden Hilfebedarf gekennzeichnet, und es kommen die Verfahrensregelungen und ergänzenden Vorschriften der §§ 36-40 zur Anwendung. Hinsichtlich der Rechtsfolgen enthalten die §§ 28-35 einen Katalog von „Maßnahmen“, die z.T. miteinander kombiniert werden können und der zudem nicht abschließend ist, was durch das Wort „insbesondere“ in § 27 Abs. 2 Satz 1 zum Ausdruck gebracht wird. Damit weist die Gesetzessystematik einerseits eine gewisse Elastizität im Hinblick auf die weitere fachliche Entwicklung auf, die wie in § 54 SGB XII allerdings mit dem Nachteil verbunden ist, dass sie der leistungsgewährenden Verwaltung auch Entscheidungsspielräume einräumt, die zunehmend für fiskalische Zwecke missbraucht werden.

Daher sollen zunächst die in §§ 28-35 geregelten Hilfetypen im Hinblick darauf untersucht werden, inwieweit sie explizit oder implizit - und damit § 27 Abs. 3 konkretisierend und ergänzend – Aussagen über (psycho)therapeutische Maßnahmen als Rechtsfolgen enthalten.

a) **Erziehungsberatung (§ 28)**

Die oben beschriebene Fachdiskussion über das Profil von Erziehungsberatungsstellen hat auch in den Wortlaut der gesetzlichen Regelung über die „Erziehungsberatung“ Eingang gefunden. § 28 SGB VIII beschreibt das Profil der Erziehungsberatung wie folgt:

„Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und –einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zu Grunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.“

Zwar taucht in der Profilbeschreibung der Begriff (Psycho)Therapie nicht auf, doch ist völlig unbestritten, dass (psycho)therapeutische Leistungen zum Leistungsprofil der Erziehungsberatung als Hilfe zur Erziehung gehören. Dies ergibt sich zum einem bereits aus der Generalklausel des § 27 Abs. 3, die aufgrund ihrer systematischen Stellung („vor der Klammer“) alle nachfolgenden Hilfen zur Erziehung prägt, zum anderen aber aus der oben geschilderten Fachdiskussion – beginnend mit den Grundsätzen für die einheitliche Gestaltung

der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen⁵¹. Die interdisziplinäre Arbeitsweise ist eines der Grundprinzipien der Erziehungsberatung⁵². Psychologen bilden im Übrigen mit knapp 50 % der Fachkräfte die größte Berufsgruppe in der Erziehungsberatung.⁵³

Erziehungsberatung i.S. des § 28 ist nicht zwingend an eine (gleichnamige) Beratungsstelle gekoppelt, sie kann auch durch andere Beratungsdienste erbracht werden, sofern sie die fachlichen Voraussetzungen dafür erfüllen.⁵⁴

b) **Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31)**

Von ihrer Entstehungsgeschichte her ist die sozialpädagogische Familienhilfe eine von der Sozialarbeit geprägte Hilfeform, was bereits in der Bezeichnung zum Ausdruck kommt. In den 15 Jahren seit dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes hat sich jedoch auch das Spektrum der sozialpädagogischen Familienhilfe ausdifferenziert.

Die Entwicklung der sozialpädagogischen Familienhilfe auf methodisch-konzeptioneller Ebene erfolgte unter kontroverser fachlicher Diskussion um die **Einbeziehung therapeutischer Elemente**, vor allem von Vorstellungen und Methoden aus der Familientherapie. Kontrovers sind auch die Antworten auf die Frage, wie strategisch mit der Armut der Familien umgegangen werden soll. Letztlich haben sich in starkem Maße systemisches Denken, familientherapeutische Betrachtungsweisen, auch Methoden der amerikanischen pragmatisch-lösungsorientierten therapeutischen Ansätze durchsetzen können, ohne dass aus sozialpädagogischer Familienhilfe Familientherapie geworden ist⁵⁵.

In verschiedenen Regionen Deutschlands sind Formen **aufsuchender Familientherapie** entwickelt worden, die als „benachbarte Arbeitsansätze“ klassifiziert werden, da sie hinsichtlich ihrer Arbeitsprinzipien (Ressourcenorientierung, Niederschwelligkeit, Mehrgenerationenperspektive) der Sozialpädagogischen Familienhilfe ähnlich sind, sich aber im Hinblick auf das therapeutische Konzept, Dauer der Hilfe und Qualifikation der Therapeut(inne)n davon unterscheiden⁵⁶. Rechtssystematisch lässt sich diese Hilfeform unter § 31 SGB VIII subsumieren, wenn man die Ähnlichkeit mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe betonen will. Es spricht aber wohl mehr für eine Qualifizierung als atypische Hilfeform und somit eine Zuordnung zu § 27 Abs. 2.⁵⁷

⁵¹ Siehe oben unter II 3 a.

⁵² Deutscher Bundestag 1986, S. 39

⁵³ Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Einrichtungen und tätige Personen/ sonstige Einrichtungen am 31.12.2002, Wiesbaden 2004, Tabelle 6.1 (www.destatis.de)

⁵⁴ Vgl. Wiesner SGB VIII § 28 Rn. 1.

⁵⁵ 10. Kinder- und Jugendbericht BT-Dr. 13/11368 S. 248 unter Hinweis auf DJI: Blüml/Helming/Schattner

⁵⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe, S. 476 ff.

⁵⁷ Siehe dazu unter e.

c) Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32)

Nach dem Gesetzeswortlaut soll die Erziehung in einer Tagesgruppe die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern. Ähnlich wie die sozialpädagogische Familienhilfe ist auch diese Hilfeform in erster Linie (sozial)pädagogisch geprägt. Bei der Begleitung der schulischen Förderung und im Rahmen der Elternarbeit können aber auch familientherapeutische Methoden zum Einsatz kommen.⁵⁸

d) Vollzeitpflege für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche (§ 33 Satz 2)

Neben der klassischen Vollzeitpflege für Kinder- und Jugendliche, die nicht bei ihren Eltern leben können, haben sich auch Sonderformen für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche entwickelt. Sie verbinden das familiäre Setting mit professioneller Erziehung⁵⁹. Für diese Kinder und Jugendlichen, deren Hilfebedarf dem der Kinder und Jugendlichen in den Formen der Heimerziehung ähnlich ist, kommen im Einzelfall auch (ergänzende) psychotherapeutische Leistungen in Betracht.

e) Heimerziehung (§ 34)

Anknüpfend an die Ergebnisse der Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung, die von der Planungsgruppe Petra vorgelegt worden sind⁶⁰, hat der Gesetzgeber die Heimerziehung als eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten charakterisiert. Damit ergeben sich hier bereits aus dem Gesetzeswortlaut Hinweise auf den Einsatz von (Psycho)Therapie. Zum Teil werden therapeutische Angebote in Heimen selbst bereitgestellt, zum Teil wird externe therapeutische Kompetenz herangezogen.

f) Atypische Hilfeformen nach § 27 Abs. 2

Der in den §§ 28 bis 35 beschriebene Katalog von Hilfetypen stellt nach herrschender Meinung keine abschließende Aufzählung dar, sondern hat den Charakter von Regelbeispielen, was auch in der Formulierung „insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35“ zum Ausdruck kommt. Auf dieser Grundlage sind in den letzten Jahren maßgeschneiderte flexible Hilfen

⁵⁸ Wiesner, SGB VIII, § 32 Rn. 12, Planungsgruppe Petra 1992, S. 135, 239.

⁵⁹ Vgl. dazu Planungsgruppe Petra

⁶⁰ Siehe dazu oben unter II 3 b.

entstanden, die ggfs. Module der einzelnen Hilfetypen aufnehmen und sich einem individuellen Bedarf besser anpassen können⁶¹. Gleichzeitig entziehen sich diese Hilfen aber einer Konturierung und Systematisierung, was ihre (statistische) Erhebung und den Vergleich mit anderen Hilfearten erschwert. Da auch für diese atypischen Hilfearten die Generalklausel des § 27 Abs. 3 gilt, können auch sie therapeutische Leistungsanteile enthalten.

2. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a)

Mit der Einfügung des Leistungstatbestands der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in den Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe durch das Erste Gesetz zur Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch vom 16.2.1993⁶² hat der Gesetzgeber diese Hilfeart vorrangig dem Leistungssystem der Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet, gleichzeitig aber zum Ausdruck gebracht, dass dieser Leistungstatbestand von seinen Voraussetzungen und den Rechtsfolgen her keinen Unterfall der Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. sondern einen eigenständigen Hilfetypus darstellt. Systematisch erfasst er ein Teilsegment aus dem Gesamtspektrum der Eingliederungshilfe, wie sie weiterhin für alle Arten der Behinderung und alle Alterstufen im SGB XII geregelt ist und inzwischen eine Plattform über das SGB IX erhalten hat.

Ursprünglich waren Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche als Rechtsfolge der Hilfe zur Erziehung in § 27 geregelt. Der Gesetzgeber hat sich dann aber zu einer systematischen Trennung entschieden, weil er davon ausging, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe auch therapeutische Leistungen zum Einsatz kommen können, die nicht mit pädagogischen Leistungen verbunden sein müssen.

a) Gesetzssystematik

Rechtssystematisch beschränkt sich der Gesetzgeber in § 35 a auf die Formulierung der **Leistungsvoraussetzungen** und verweist

- hinsichtlich der *Aufgabe und des Ziels der Hilfe* auf § 53 Abs.3 SGB XII: Danach ist es besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern
- hinsichtlich der *Rechtsfolgen* auf § 53 Abs. 4 Satz 1, §§ 54, 56 und 57 SGB XII.
Rechtssystematisch werden die Rechtsfolgen nun nicht mehr an einer Stelle geregelt. Vielmehr verweist § 54 SGB XII zunächst auf die bereits in den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB

⁶¹ Grundlegend dazu Klatetzki 1995

IX geregelten Leistungen, um anschließend die dort nicht erfassten Maßnahmen in den Nummern 1 bis 5 eigenständig, aber nicht abschließend zu regeln. Inhaltliche Veränderungen gegenüber § 40 BSHG resultieren aus dieser neuen Systematik nicht⁶³.

Zwar taucht der Begriff „(Psycho)Therapie“ in § 35 a nicht auf. Dabei ist zu bedenken, dass der Gesetzgeber auf die Formulierung eigenständiger Rechtsfolgen in § 35 a verzichtet und im Interesse der Symmetrie mit der Eingliederungshilfe nach dem BSHG/ SGB XII auf die dortigen Regelungen verweist⁶⁴. Bereits aus der Systemfunktion der Eingliederungshilfe und den dafür vorgesehenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben, deren Ausgestaltung sich an den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), folgt ohne weiteres, dass zum Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe nach § 35 a auch (psycho)therapeutische Leistungen gehören.

Für die Anwendung des § 35 a bedarf es damit im Hinblick auf die Rechtsfolgen sowohl einer Prüfung der genannten Normen des SGB IX als auch des offenen Katalogs in § 54 SGB XII. Weiter erschwert wird die Rechtsanwendung dadurch, dass die Anwendung dieser Vorschriften nur insoweit in Betracht kommt, als sie für **seelisch** behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendlicher tatsächlich relevant sind. Dies erschließt sich nicht ohne weiteres aus dem Wortlaut der Vorschriften, auf die verwiesen wird, da diese nicht nach der Art der Behinderung differenzieren, sondern ist aus ihrem Sinngehalt zu ermitteln.

b) Die einzelnen Maßnahmen

Danach gehören zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)**. Inhaltlich umfasst der Leistungskatalog neben der Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von einer Behinderung bedrohter Kinder, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, **Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung**, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 26 Abs. 2 SGB IX).

Diese Maßnahmen sind vorrangig von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Darunter fällt insbesondere die selbständige Ausübung von Heilkunde durch Ärzte und durch Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz. Soweit der Träger der

⁶² BGBl. I S. 239

⁶³ Vgl. Grube/ Währendorf, SGB XII, § 54 Rn.1.

⁶⁴ Ob diese systematische Entscheidung richtig war, mag im Hinblick auf die Spezifik der Maßnahmen für Kinder und Jugendliche durchaus zu bezweifeln sein.

Sozialhilfe und - auf Grund des Verweises in § 35 a - der **Träger der Jugendhilfe** nachrangig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewähren, gelten für sie die im Rahmen des SGB V vereinbarten Rahmenverträge, Richtlinien und Empfehlungen (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Der Gesetzgeber hatte diesen Zusatz bereits im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des SGB IX eingeführt. Diese Regelung soll ausweislich der Regierungsbegründung gewährleisten, „dass die Träger der Sozialhilfe wegen der bedürftigkeitsunabhängigen Gewährung über die medizinischen und beruflichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen hinaus keine Leistungen erbringen müssen, es sei denn, solche Leistungen werden wegen der offenen Leistungskataloge auch von anderen Rehabilitationsträgern erbracht“.⁶⁵ Mit der Neuregelung soll jedoch, wie es an anderer Stelle der Regierungsbegründung heißt, keine Einschränkung des bisherigen Leistungskataloges verbunden sein.⁶⁶

Hinsichtlich der Konsequenzen gehen die Meinungen auseinander:

In der Kommentarliteratur wird darauf hingewiesen, dass auch künftig darüber hinaus gehende Leistungen unter dem Gesichtspunkt der ganzheitlichen und umfassenden Hilfe nicht ausgeschlossen seien, allerdings seien sie dann nicht Bestandteil der Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sondern eine eigenständige, weitergehende Hilfe der Eingliederungshilfe⁶⁷. Demgegenüber wird in der Rechtsprechung klar darauf hingewiesen, dass infolge der Anbindung der medizinischen Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe an die „entsprechenden“ Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch auf Eingliederungshilfe (nach § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BSHG) bestehe, soweit die in Rede stehende Rehabilitationsleistung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre⁶⁸. Nur diese Auslegung dürfte dem Regelungszweck gerecht werden, eine Symmetrie zwischen den Leistungen der medizinischen Rehabilitation herzustellen – unabhängig davon, welcher Rehabilitationsträger sie zu erbringen hat⁶⁹.

- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX)**

Die hier geregelten Leistungen der beruflichen Rehabilitation sind vor allem für **volljährige Behinderte** relevant und können im Hinblick auf den spezifischen Zweck dieser Untersuchung vernachlässigt werden.

- **Leistungen im Arbeitsbereich (§ 41 SGB IX)**

⁶⁵ Bundestags-Drucks. 14/ 5074 S. 124.

⁶⁶ So auch Schellhorn/ Schellhorn zu § 40 BSHG Rn. 6.

⁶⁷ Schellhorn/ Schellhorn § 40 BSHG Rn. 71.

⁶⁸ OVG Koblenz vom 1.9.2004 m.w.N. zur sog. Petö-Therapie.

⁶⁹ So jetzt auch BayVGH ZfSH/ SGB 2005, 169, der die Gewährung im Rahmen einer eigenständigen Hilfeform als Umgehung der gesetzlichen Begrenzung medizinischer Leistungen ablehnt.

Die Vorschrift erfasst Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte und ist für den Personenkreis seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher nicht bedeutsam. Im Hinblick auf den Untersuchungszweck können diese Leistungen ebenfalls vernachlässigt werden

- **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)**

Bedeutsam aus dem Leistungskatalog des § 55 Abs. 2 sind für diese Untersuchung

heilpädagogische Leistungen für Kinder im Vorschulalter (Nummer 2):

Der Begriff „Heilpädagogik“ wird gesetzlich nicht definiert, sondern als bekannt vorausgesetzt⁷⁰. Unter Heilpädagogik wird „die spezialisierte Erziehung, Unterrichtung und Fürsorge in Bezug auf behinderte Kinder und Jugendliche“ verstanden. In der Literatur wird Heilpädagogik als **besondere Form der Früherziehung** verstanden, „als eine spezialisierte Pädagogik, die von einer Bedrohung durch personale und soziale Desintegration ausgeht, und der es im Besonderen um die Herstellung oder Wiederherstellung der Bedingungen für eine eigene Selbstverwirklichung und Zugehörigkeit, für den Erwerb von Kompetenz und Lebenssinn, also um ein Ganzwerden geht, soweit es dazu spezieller Hilfe bedarf“⁷¹.

Der Rechtsprechung zu § 40 Abs. 1 Nr.2 a BSHG (heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind) liegt aber ein **breiteres Verständnis von Heilpädagogik** zu Grunde. Heilpädagogische Maßnahmen müssen nicht einer vom Leistungsträger gutgeheißenen wissenschaftlichen Auffassung entsprechen⁷². Zu den heilpädagogischen Maßnahmen gehören danach vor allem gezielte Einzel- oder Gruppenmaßnahmen (z.B. Musiktherapie), Frühförderungsprogramme in sozialpädagogischen Einrichtungen, sprachtherapeutische Behandlung in einem Sondertagesheim, die Unterbringung in einem Kindergarten sowie verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die nicht Ausübung der Heilkunde darstellen, wie problemzentrierte Gespräche und Übungen für die Eltern und das Kind zur genaueren Beobachtung der Problematik (Sprachstörungen), zur Wahrnehmungsänderung und zur Verhaltensänderung mit Hilfe verhaltenstherapeutischer und gesprächstherapeutischer Methoden.⁷³ Deshalb können im Rahmen dieser Maßnahmen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche auch **alle Methoden der Psychotherapie** zum Einsatz kommen, wenn und soweit sie zur Eingliederung geeignet und erforderlich sind.

⁷⁰ BVerwGE 49,30.

⁷¹ Speck, System Heilpädagogik, zit. nach Mrozynski, SGB IX § 56 Rn. 3.

⁷² OVG Lüneburg FEVS 42, 22

⁷³ OVG Bremen FEVS 41, 49.

Heilpädagogische Leistungen werden in Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung, die der medizinischen Rehabilitation zugerechnet werden, als Komplexleistung erbracht (§ 56 Abs. 2 SGB IX).

- **Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 SGB XII).**

Die Maßnahmen müssen geeignet und erforderlich sein, um dem behinderten jungen Menschen den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen und zu erleichtern (§ 12 Nr.1 EinglVO). Die Hilfe ist nicht auf den eigentlichen Schulbesuch beschränkt, sondern umfasst insbesondere den Schulbesuch unterstützende Maßnahmen („Integrationshelfer“) Die Leistungen haben besondere Bedeutung für **körperlich und/ oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche**⁷⁴, können aber auch für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in Betracht kommen. So ist im Zusammenhang mit Schulverweigerung etwa an Leistungsangst infolge einer Teilleistungsstörung zu denken oder an Schulphobie, bei der es sich häufig um eine Trennungsstörung handelt. Bei solchen Störungsbildern kommen häufig kombinierte psychotherapeutische und sozialpädagogische Maßnahmen zum Einsatz⁷⁵

Die anderen Leistungen aus dem Katalog des § 54 Abs. 1 SGB XII, wie insbesondere

- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XII),
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr.3 SGB XII),
- Hilfe in sonstigen vergleichbaren Beschäftigungsstätten nach § 56 (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XII)
- Nachgehende Hilfe (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr.5 SGB XII)

kommen in erster Linie für **geistig behinderte Kinder und Jugendliche** oder Volljährige in Betracht.

Abschließend ist im Hinblick auf § 35 a SGB VIII aber noch einmal darauf hinzuweisen, dass weder der Katalog des § 54 Abs. 1 SGB XII noch die Kataloge in den Normen des SGB IX, auf die von dort verwiesen wird, abschließenden Charakter haben, so dass im Einzelfall psychotherapeutische Leistungen für seelisch behinderte jungen Menschen auch unabhängig von den jeweiligen Katalogen indiziert sein können, wenn sie im Einzelfall zum Zweck der Eingliederung des jungen Menschen geeignet und notwendig sind.

3. Hilfe für junge Volljährige (§ 41)

⁷⁴ Siehe dazu auch § 12 EinGIH-VO.

Die Hilfe für junge Volljährige stellt rechtssystematisch einen eigenständigen Hilfetatbestand im Kinder- und Jugendhilferecht dar. Dies gilt insbesondere im Vergleich zur Hilfe zur Erziehung, da der Volljährige nicht mehr der elterlichen Sorge unterliegt und – rechtlich gesehen – autonom handelt. Faktisch wird mit dem Leistungstatbestand ein Kreis junger Menschen erfasst, der hinsichtlich seiner individuellen Persönlichkeitsentwicklung von der abstrakt-juristisch bestimmten Volljährigkeit abweicht, also in einzelnen Entwicklungsaspekten noch einem Minderjährigen gleichsteht.

Zum anderen stellt § 41 aber auch die Rechtsgrundlage für seelisch behinderte junge Menschen ab dem Zeitpunkt der Volljährigkeit dar, da nach § 10 SGB VIII (nur) Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, Leistungen nach diesem Buch vor gehen (§ 10 Abs. 2 Satz 2). Das heißt im Umkehrschluss, dass für den Kreis seelisch behinderter junger Menschen Maßnahmen nach dem SGB VIII solchen nach dem SGB XII vor gehen. „Junge Menschen“ i. S. des SGB VIII sind aber nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch junge Volljährige (§ 7 Nr. 4 SGB VIII). Die Praxis neigt allerdings dazu, die Gewährung von Leistungen an diesen Personenkreis restriktiv hand zu haben, da sie für die verbleibende Zeit (in der Regel bis zum 21. Lebensjahr, längstens bis zum Erreichen des 27. Lebensjahres) häufig eine Erfolgsaussicht ablehnt, die ihrerseits Leistungsvoraussetzung nach § 41 SGB VIII ist.⁷⁶

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Hilfe für junge Volljährige verweist § 41 Abs. 2 zum Einen auf § 27 Abs. 3 sowie die Leistungsprofile der Arten der **Hilfe zur Erziehung**, die auch für junge Volljährige in Betracht kommen und zum Anderen auf die Maßnahmen, die als **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche** (§ 35 a) in Betracht kommen.

Die Ausführungen zu § 27 Abs. 3, zur Erziehungsberatung (§ 28), zur Heimerziehung (§ 34) sowie zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gelten daher für diesen Personenkreis entsprechend.

4. Krankenhilfe (§ 40)

Nach dem Vorbild der Sozialhilfe⁷⁷ kennt auch das Kinder- und Jugendhilferecht den Leistungstatbestand der Krankenhilfe. Dieser hat aber nur den Charakter einer Annexleistung, d.h. er kommt nur im Zusammenhang mit der Gewährung bestimmter originärer Leistungen der Jugendhilfe als Annex zur Anwendung. Damit sollte vermieden werden, dass sich Eltern in

⁷⁵ So Fegert in Wiesner SGB VIII § 35 a Rn. 88 f.

⁷⁶ Vgl. Wiesner, § 41 Rn.23 f.

⁷⁷ §§ 36 ff. BSHG, §§ 47 ff. SGB XII

diesen Fällen an zwei Behörden, das Jugendamt und das Sozialamt wenden müssen.⁷⁸ Soweit die Leistungspflicht reicht, wird die Krankenhilfe nach dem SGB XII verdrängt (§ 10 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII).

Die Leistungspflicht wird nur ausgelöst im Zusammenhang mit Leistungen der Hilfe zur Erziehung, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, sowie der Hilfe für junge Volljährige, wenn der junge Mensch über Tag und Nacht, also stationär, zum Zweck der Hilfe (in einer Einrichtung oder in einer Pflegefamilie) untergebracht ist. Der Leistungsumfang bestimmt sich nach dem der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 40 Satz 1 SGB VIII i.V. mit §§ 47-52 SGB XII). Deshalb kann für junge Menschen, die eine der genannten Hilfen erhalten, auch Krankenhilfe in Form von heilkundlicher Psychotherapie in Betracht kommen.

5. Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17 SGB VIII)

Nach § 17 haben Mütter und Väter einen Rechtsanspruch auf Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung. Die Beratung soll helfen,

1. ein partnerschaftliches Zusammenleben in der Familie aufzubauen,
2. Konflikte und Krisen in der Familie zu bewältigen,
3. im Falle der Trennung oder Scheidung die Bedingungen für ein dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche Wahrnehmung der Elternverantwortung zu schaffen.

Welche fachlichen Methoden und Konzepte bei der Beratung Anwendung finden können, wird vom Gesetzgeber nicht geregelt. In Betracht kommen alle Verfahren, die dem Regelungszweck dienen und fachlich anerkannt sind. Dazu zählen systemische Beratung, aber auch an andere familientherapeutische Ansätze, gruppensystemische und psychoanalytische Verfahren sowie Mediation⁷⁹.

6. Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts (§ 18 SGB VIII)

Nach § 18 Abs. 3 haben alle umgangsberechtigten Personen Anspruch auf Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts. Bei der Herstellung von Besuchskontakten und der Ausführung gerichtlicher oder vereinbarter Umgangsregelungen soll in geeigneten Fällen Hilfestellung geleistet werden. Seit der Kindschaftsrechtsreform und deren Ziel, die gemeinsame elterliche Sorge als Leitbild für die nach der Trennung fortbestehende

⁷⁸ So BVerwGE 52, 214; 67, 256

⁷⁹ Wiesner § 17 Rdnr. 24; Vorläufige Standards zum Begleiteten Umgang www.ifp-bayern.de/cms/BU_Standards.pdf

Elternverantwortung zu verankern und nach Möglichkeit in der Praxis zu realisieren, haben sich die Konflikte stärker auf das Umgangsrecht verlagert. Vor allem der vereinbarte oder gerichtlich angeordnete „betreute Umgang“ wird häufig durch Beratung oder familientherapeutische Maßnahmen flankiert, um das Konfliktniveau zu senken und die Eltern (wieder) zu befähigen, den Umgang autonom zu gestalten⁸⁰.

V. Landesrechtliche Regelungen und Praxisempfehlungen

1. Berlin

Das Berliner Ausführungsgesetz zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (AG KJHG) vom 9. Mai 1995 i. d. F. der Bekanntmachung vom 27.4.2001 (GVBl. S. 134) enthält in § 27 eine spezifische Regelung über Therapeutische Leistungen. Sie hat folgenden Wortlaut:

„Therapeutische Leistungen

Therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach § 27 oder Eingliederungshilfe nach § 35 a des Achten Buches Sozialgesetzbuch erbracht, wenn sie geeignet und notwendig sind und pädagogische Mittel allein nicht ausreichen. Sie umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftliche anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen.“

In der **Gesetzesbegründung** wird dazu ausgeführt:

„ Therapeutische Leistungen erfüllen im Rahmen der Hilfen nach §§ 27 oder 35 a SGB VIII die Funktion der Unterstützung, Förderung oder im Extremfall der Wiederermöglichung des pädagogischen Prozesses. Neben psychotherapeutischen Leistungen kommen auch andere therapeutische Leistungen in Betracht wie Beschäftigungs-, Kunst- und Gestaltungs-, Bewegungs- und Musiktherapie oder körperorientierte Verfahren. Die Feststellung der geeigneten und notwendigen Art der Therapie und ihres Umfangs erfolgt durch fachdiagnostische Dienste. Das Merkmal der erforderlichen therapeutischen Qualifikation beinhaltet einen anerkannten Abschluß in dem jeweiligen therapeutischen Verfahren; darüber hinaus muß die persönliche Qualifikation in Beziehung zu den Bedürfnissen des jeweiligen

⁸⁰ Vgl. Wiesner SGB VIII § 18 Rn. 32.

*Einzelfalls gebracht werden können. Das Nähere wird durch Verwaltungsvorschriften geregelt.*⁸¹

Zu den genannten Verwaltungsvorschriften zählen die Ausführungsvorschriften über ambulante psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach den §§ 27 und 35 a SGB VIII (AV-Psychotherapie-ambulant) vom 1. November 2000⁸² und die Ausführungsvorschriften zu Aufgaben, Arbeitsweisen und Ausstattung der Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Jugendämter vom 1.1.1994⁸³. Während die erst genannte Ausführungsbestimmung bereits vor dem ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt zum 1.1.2003 außer Kraft gesetzt worden ist⁸⁴, trat letztere mit Fristablauf zum 31.12.2003 außer Kraft.

Verglichen mit den bundesrechtlichen Vorgaben in § 27 bzw. § 35 a SGB VIII ist der eigenständige rechtliche Gehalt des § 27 AGKJHG unbedeutend. Im Wesentlichen werden

- die Leistungsvoraussetzungen des Bundesrechts wiederholt
- der Begriff „Therapie“ erläutert und
- allgemeine Qualifikationshinweise gegeben.

Insoweit hat die Vorschrift vor allem eine interpretierende, keine materiell-rechtliche, über das Bundesrecht hinausgehende Funktion. Die ausdrückliche Bezugnahme des § 27 Satz 1 AGKJHG auf die §§ 27 und 35 a SGB VIII lässt (sogar) die Fehlinterpretation zu, (psycho)therapeutische Leistungen könnten nur auf diesen Rechtsgrundlagen erbracht werden, was – vor dem Hintergrund der vorangehenden Prüfung - eine Einschränkung des Bundesrechts bedeuten und zur Nichtigkeit der Vorschrift führen müsste. Eine bundesrechtskonforme Auslegung von § 27 AGKJHG muss daher zu dem Ergebnis führen, dass die Norm nur die §§ 27, 35 a SGB VIII interpretieren soll, ohne den Einsatz von Psycho(Therapie) in der Jugendhilfe abschließend zu regeln. Damit bliebe dann (noch) offen, ob die hier geregelten Grundsätze bei der Gewährung anderer Leistungen „entsprechend“ zur Anwendung kommen sollen oder ob sich der (Landes)Gesetzgeber insoweit einer Wertung gänzlich enthalten will und die Umsetzung des Bundesrechts der Praxis überlassen will. Freilich muss auch konzediert werden, dass die §§ 27 und § 35a SGB VIII in der Praxis wohl die Haupteinsatzbereiche für (psycho)therapeutische Leistungen darstellen. Eine ersatzlose **Streichung von § 27 AGKJHG**, wie sie ursprünglich geplant, dann aber doch nicht realisiert worden ist, hätte wegen des im Wesentlichen interpretierenden Charakters der

⁸¹ Abgeordnetenhaus von Berlin, Drucksache 12/ 4538 S. 19.

⁸² Abl. Nr. 56 vom 1.12.2000 S. 4556

⁸³ Dienstblatt IV S.19..

⁸⁴ Die AV-Psychotherapie - ambulant sind durch die "Verwaltungsvorschriften zur Aufhebung von

Vorschrift zwar keine materiell- rechtliche Bedeutung, hätte aber gerade deswegen **rechtspolitisch** als Signal für eine **restriktivere Praxis** verstanden werden können.⁸⁵

Die genannten **Verwaltungsvorschriften**, die den landesgesetzlichen Rahmen konkreter ausfüllen, waren vor allem im Hinblick auf die Verfahrensregelungen und die Ausführungen zu Leistungskonkurrenzen bedeutsam. Der Nachrang gegenüber der Krankenversorgung kommt in der Verwaltungsvorschrift dadurch zum Ausdruck, dass psychotherapeutische Leistungen nach dem SGB VIII ausgeschlossen waren, soweit es sich um Krankenbehandlung handelt.⁸⁶ Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des nachrangigen Leistungsträgers schon dann besteht ist, wenn der vorrangig zuständige Leistungsträger tatsächlich nicht (rechtzeitig) leistet. Vielmehr sind die Träger der Jugendhilfe verpflichtet, zu handeln, wenn sich Ansprüche gegen andere nicht oder nicht im erforderlichen Umfang zeitnah realisieren lassen.⁸⁷

Auffallend ist, dass generell – also auch für die Erbringung von **nicht heilkundlicher Psychotherapie** - als Grundlage und Voraussetzung die **Approbation vorgeschrieben** (Nr. 6 der AV) war, die nach § 1 PsychThG ausdrücklich nur für die Psychotherapie als Krankenbehandlung und die dort zugelassenen Verfahren gefordert wird. Eine solche Regelung erscheint nicht ohne weiteres zwingend, da das Tätigkeitsfeld sich ja gerade von dem der heilkundlichen Psychotherapie unterscheidet und im Hinblick auf die Wahl der Rechtsgrundlage für die Gewährung und Erbringung nach Abgrenzungs- und Unterscheidungsmerkmalen gesucht werden muss. In der Fachdiskussion, wie sie innerhalb der Fachorganisationen der Erziehungsberatung geführt wird, wird (deshalb) generell die Approbation als Tätigkeitsvoraussetzung abgelehnt⁸⁸. Andererseits erscheint eine solche Anforderung nicht von vornherein mit dem Bundesrecht unvereinbar, so dass die Entscheidung in den Gestaltungsspielraum des Landesgesetzgebers fällt.

Aus der Entscheidung des Landesgesetzgebers, auch für die nicht heilkundliche Psychotherapie die Approbation zu verlangen, ist deshalb der Schluss zu ziehen, dass nach seinem Willen auch im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe solche Formen der Therapie zum Einsatz kommen können, wie sie das SGB V i. V. mit den sog. Psychotherapierichtlinien zur Krankenbehandlung vorsieht. Die Vorschrift knüpft insoweit nicht an den Behandlungszweck, sondern an die Therapieform an.

In den Leistungsvereinbarungen, die die Ausführungsvorschriften abgelöst haben, ist (weiterhin) die Approbation als Qualifikation vorgesehen.

2. Andere Bundesländer

Ausführungsvorschriften im Bereich Hilfe zur Erziehung- ambulant" vom 12.11.2002 (ABI.Nr.1/10.1.2003) mit Wirkung vom 1.1.2003 außer Kraft gesetzt worden.

⁸⁵ Am 28.4.2005 hat das Abgeordnetenhaus dem Vorschlag des zuständigen Ausschusses folgend den § 27 gestrichen und seinen Inhalt als Absatz 7 an § 25 angehängt.

⁸⁶ Nr. 5 Satz 2 AV-Psychotherapie-ambulant.

⁸⁷ Vgl. Bieritz-Harder in Hauck/ Nofz, , SGB VIII , K § 10 Rn. 19.

⁸⁸ Vgl. dazu Hundsalz PKJPP 1998, 157, 163 und Menne 1994, 3; vgl. zum (früheren) Rechtszustand nach dem Heilpraktikergesetz auch Nothacker einerseits und Münder andererseits.

Kein Ausführungsgesetz eines anderen Bundeslandes enthält eine dem Berliner Ausführungsgesetz vergleichbare oder in anderer Weise auf therapeutische Leistungen Bezug nehmende Regelung. Dementsprechend sind auch aus diesen Ländern keine Verwaltungsvorschriften bekannt, die in den Flächenstaaten im Hinblick auf die Ausführung des Kinder- und Jugendhilferechts im Rahmen kommunaler Selbstverwaltung ohnehin nicht zulässig wären.

3. Praxisempfehlungen

Weder der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, noch die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesjugendbehörden oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, aber auch nicht einzelne Landesjugendämter haben Praxisempfehlungen zu diesem Thema erlassen. Stichprobenartige Umfragen in einzelnen Großstadtjugendämtern (München) oder deren Einzugsbereich (Starnberg) haben ergeben, dass dort psychotherapeutische Leistungen entweder nur über die Kassen abgerechnet werden oder von den durch Zuwendungen finanzierten Erziehungsberatungsstellen erbracht werden. Soweit also psychotherapeutische Leistungen in ambulanter Form auf der Grundlage des Achten Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, geschieht dies außerhalb von Berlin in Erziehungsberatungsstellen. Dort geht der Therapie keine Bewilligung im Einzelfall voraus.

V. Verhältnis zu Leistungen nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)

Bereits in den Materialien der 70er Jahre zum Profil der Erziehungsberatung wird über die Abgrenzung zwischen **Therapie als Heilkunde und Therapie als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe** diskutiert. Durch die Bezugnahme des Psychotherapeutengesetzes auf die heilkundliche Psychotherapie und die Ausgrenzung bestimmter psychologischer Tätigkeiten in § 1 Abs. 3 PsychThGist dann die zusätzliche Frage aufgeworfen worden, ob es Psychotherapie außerhalb der Heilbehandlung überhaupt noch geben kann.

1. Leistungskonkurrenz

Weil das gegliederte System der Sozialleistungen grundsätzlich keine Meistbegünstigung, also nicht die wahlweise Inanspruchnahme (teil-)identischer Leistungen aufgrund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen kennt, sondern die Deckung eines spezifischen Bedarfes jeweils einem Sozialleistungsträger zuordnet und dafür ein Rangverhältnis zwischen kollidierenden

Ansprüchen festgelegt hat, bedarf es zunächst der Feststellung, ob und in wie weit Leistungen auf der Grundlage des SGB V mit solchen auf der Grundlage des SGB VIII konkurrieren. Dazu bedarf es nach einer Identifikation der Schnittstellen bzw. der Konkurrenzbereiche der Bestimmung von Kriterien, die es ermöglichen, eine bestimmte Leistung - hier eine psychotherapeutische Leistung - (vorrangig) einem Leistungsträger zuzuordnen.

2. Psychotherapie im Sinn des SGB V

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu gewähren, wenn

- die allgemeinen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen und
- eine Krankheit diagnostiziert wird, die behandlungsfähig und behandlungsbedürftig ist.

Ist die Behandlung seelischer Erkrankungen erforderlich, so werden in den sog.

Psychotherapie-Richtlinien **nur bestimmte psychotherapeutische Behandlungsmethoden** zugelassen, nämlich

- tiefenpsychologisch fundierte oder
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Ausgeschlossen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind damit Gesprächspsychotherapie (einschließlich der jeweiligen Verfahren der Kinderpsychotherapie), Familientherapie und Gestalttherapie.

3. Therapie i. S. des SGB VIII

Wie oben dargestellt verwendet das SGB VIII zwar in § 27 Abs. 3 („Therapeutische Maßnahmen“) und in § 34 („Therapeutische Angebote“) den Begriff „Therapie“, ohne ihn jedoch zu definieren. Darüber hinaus werden auch im Rahmen von § 35a als Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 54 SGB XII i.V. §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX therapeutische Verfahren eingesetzt. In § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX ist expressis verbis die Psychotherapie in das Maßnahmenspektrum einbezogen.

Im Hinblick auf die – idealtypisch – unterschiedliche Zielsetzung der Hilfe zur Erziehung einerseits und der Eingliederungshilfe für (seelisch) Behinderte andererseits hat der Begriff „(Psycho)Therapie“ eine leistungs- bzw. bereichsspezifisch unterschiedliche Bedeutung und ist deshalb innerhalb des jeweiligen Leistungskontexts zu klären und zu definieren.

a) Therapie als Leistung der Hilfe zur Erziehung

aa) Funktion der Hilfe zur Erziehung

Hilfe zur Erziehung knüpft an die Interaktion zwischen Eltern und Kind an. Sie richtet sich auf den Erziehungsprozess und will seine Gestaltung verbessern. Der **Bedarf** von Hilfe wird primär an der Erziehungskompetenz der Eltern und dem Erziehungsbedarf des Kindes, der Differenz zwischen den Bedürfnissen des Kindes und dem Potenzial der Eltern fest gemacht. Die **Auswahl der Hilfe** richtet sich nach den Chancen der Beeinflussbarkeit und damit Verbesserungsfähigkeit des elterlichen Verhaltens.

Primär zielt sie auf die Förderung ihrer Erziehungskompetenz unter Erhalt der Lebensgemeinschaft von Eltern und Kind. Insbesondere für ältere Kinder kann auch eine unmittelbare ambulante oder teilstationäre Förderung des Kindes bei gleichzeitiger Beratung der Eltern in Betracht kommen. Reichen solche Hilfen nicht aus, so kommt eine zeitlich befristete unmittelbare Förderung des Kindes durch professionelle Erzieher(innen) an einem anderen Lebensort (Pflegestelle, Heim) und simultane Arbeit mit den Eltern in Betracht - mit dem Ziel, ihre Kompetenz bzw. ihr erzieherisches Potential so zu verbessern, dass sie das Kind (wieder) selbst, ggf. mit auslaufender ambulanter Unterstützung erziehen können. Im Hinblick auf die Bindungsdynamik des Kindes muss die Refunktionalisierung der Eltern innerhalb eines vertretbaren Zeitraums erwartbar sein, damit die Rückkehr zu den Eltern nicht gleichzeitig mit dem Abbruch einer neuen schützenswerten Bindung und damit einem erheblichen Entwicklungsrisiko für das Kind verbunden ist.⁸⁹ Im Einzelfall ist auch ein dauerhafter Wechsel des Lebensorts des Kindes in Betracht zu ziehen, wobei die Adoption wegen der damit verbundenen Rechtssicherheit den Vorrang vor einer Dauerpflege genießt (§ 36 Abs.1 Satz 2 SGB VIII).

bb) Therapiebegriff

Therapie ist deshalb ausgerichtet auf den Erziehungsprozess. Sie mag zwar an einer kranken Person anknüpfen, ihr Ziel ist aber nicht die Behandlung der Krankheit, sondern die Förderung der Entwicklung des Kindes (oder Jugendlichen) durch Förderung der Eltern-Kind-Interaktion. Zur Erreichung dieses Ziels können unterschiedliche Verfahren zum Einsatz kommen.

Von Anfang an kontrovers diskutiert wurde das **Verhältnis zwischen Pädagogik und Therapie**. Wie die Analyse der Materialien zur Reform des Kinder- und Jugendhilferechts sowie

⁸⁹ Die Frage der „Rückkehroption“ wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Sie ist gegenwärtig Gegenstand einer heftigen Kontroverse zwischen dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, dem Bundesverfassungsgericht und dem OLG Naumburg. Vgl. dazu zuletzt BVerfG 1 BvR 1664/ 04 vom 5.4.2005

der begleitenden Fachdiskussion gezeigt hat, ist die Wortwahl uneinheitlich. Dabei ist zu bedenken, dass in jener Reformphase die Eingliederungshilfe und der spätere § 35 a noch gar nicht im Blick waren. So ist zum Teil von pädagogisch-therapeutischen Leistungen, von heilpädagogisch-therapeutischen, aber auch von psychotherapeutischen Leistungen die Rede. Gemeinsam ist den unterschiedlichen Begrifflichkeiten, dass sie auf die Anwendung eines **breiten Methodenspektrums** gerichtet sind unter dem gemeinsamen Nenner, dass dieses nicht auf die individuelle Behandlung einer einzelnen Person, sondern – zur Förderung der Entwicklung des jungen Menschen – auf die „Behandlung“ des Interaktionssystems Eltern (bzw. Elternteil) – Kind gerichtet sein muss. Dies kommt besonders deutlich in der Fachdebatte zum Profil der Erziehungsberatungsstellen zum Ausdruck⁹⁰.

Nach anfänglicher begrifflicher Zusammenführung in dem Terminus „pädagogisch-therapeutisch“ hat sich inzwischen der Begriff „pädagogische **und** therapeutische Hilfe“ durchgesetzt, der der **unterschiedlichen Struktur pädagogischen und psychotherapeutischen Handelns** besser gerecht wird.⁹¹ Er lässt damit Raum für alle therapeutischen Verfahren und schließt deshalb immer auch alle psychotherapeutischen Verfahren ein.

Mit der Formulierung „pädagogische und **damit verbundene** therapeutische Leistungen“ in § 27 Abs.3, der wegen seiner systematischen Stellung eine strategische Bedeutung für alle Arten der Hilfe zur Erziehung (§§ 27-35) hat, hat der Gesetzgeber zum Ausdruck bringen wollen, dass therapeutische Leistungen in die pädagogische Zielsetzung der Hilfe eingebunden sein müssen.

Hierzu zählen zum einen therapeutische Leistungen, die **im Kontext mit einer pädagogischen Hilfestellung** zum Einsatz einkommen. Für einen solchen „Leistungsrahmen“ eignen sich solche Therapieformen, die **mit sozialpädagogischen Ansätzen kompatibel** sind und zu Synergieeffekten führen, jedenfalls aber sozialpädagogische Prozesse nicht negativ beeinflussen. Der zentrale Aspekt ist dabei die **Abstimmung zwischen beiden Hilfeansätzen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens**. Unerheblich sind dabei die quantitativen Anteile pädagogischer und therapeutischer Leistungen an der Gesamtleistung. Maßgeblich ist ausschließlich ihre Kompatibilität. Wegen der Ausrichtung sozialpädagogischer Ansätze auf das System Familie kommen insbesondere solche Therapieformen in Betracht, die systemisch angelegt sind.

Dabei darf der Passus „und damit verbundene therapeutische Leistungen“ nicht so eng verstanden werden, dass damit nur „eine pädagogisch-therapeutische Verquickung“ i.S. eines kombinierten Settings in Betracht kommt.⁹² Verschiedene Kombinationen sozialpädagogischer

⁹⁰ Siehe dazu oben II 3 a.

⁹¹ Siehe dazu oben II 4.

⁹² Vgl. Stähr in Hauck/ Nofz K § 27 Rn. 60

und therapeutischer Leistungen sind denkbar. Therapeutische Verfahren können dabei sozialpädagogische Ansätze stützen und ergänzen, wie umgekehrt der Einsatz therapeutischer Verfahren durch pädagogische Arbeit vorbereitet sein kann. Allerdings legt die Formulierung „und damit verbundener therapeutischer Leistungen“ eine gewisse „Akzessorietät der therapeutischen Leistungen nahe: Diese dienen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung - anders als bei § 35 a - primär dem Ziel, die (sozial)pädagogische Zielsetzung der Hilfe zu unterstützen.

Eine **am Wortlaut der Vorschrift orientierte Auslegung der Vorschrift** setzt damit neben einem therapeutischen immer auch einen pädagogischen (Hilfe)Bedarf voraus. Diese Auslegung kann in der Praxis dazu führen, dass pädagogische Leistungen „pro forma“ für notwendig erachtet werden, obwohl für sie kein Bedarf besteht, um auf diese Weise eine für notwendig erachtete und den Hilfebedarf deckende Psychotherapie gewähren zu können. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass Psychotherapie kein „Fremdkörper“ in einer sozialpädagogisch geprägten Jugendhilfe mehr ist. Vielmehr kommen in der Praxis psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz, die nicht auf das Kind als Symptomträger fixiert sind, sondern diese Symptome als Ausdruck einer gestörten Entwicklung begreifen und deshalb den Erziehungsprozess und damit die Eltern-Kind-Interaktion in den Blick nehmen.

Sinn und Zweck des Leistungstatbestands der Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff) ist die Gewährung der zur Deckung des Hilfebedarfs (nach Maßgabe des Hilfeplans) geeigneten und notwendigen Hilfen zur individuellen Förderung der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen und zur Beseitigung von Störungen des Erziehungsprozesses. Eine daran ausgerichtete Auslegung des § 27 Abs. 3 gebietet es deshalb, auch solche therapeutischen Hilfen einzubeziehen, die zugleich auf die Behandlung von Entwicklungsstörungen beim Kind und die Beratung und Unterstützung der Eltern gerichtet sind. Im Ergebnis bedeutet dies, dass ein psychotherapeutisches Verfahren, wenn es auf die Zielsetzung des § 1 Abs. 1 SGB VIII ausgerichtet ist und deshalb auch die Eltern über Beratung und Unterstützung einbezieht, den „pädagogischen und damit verbundenen therapeutischen Bedarf“ i. S. des § 27 Abs. 3 decken kann.

Dabei sieht das Gesetz **keinen Numerus clausus bzw. eine Positivliste** bestimmter Therapieformen vor. Insbesondere enthält § 27 keine dem § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII vergleichbare Regelung, die hinsichtlich der Rechtsfolgen Bezug auf ein anderes Leistungssystem nimmt und damit das Leistungsspektrum eingrenzt.

In Betracht kommen daher zur Erreichung des Hilfezwecks im Rahmen der Hilfe zur Erziehung **alle anerkannten Therapieformen**, wie z.B. integrative Lerntherapie, Beschäftigungs-

Bewegungs-, Gestalt- und Kunsttherapie oder körperorientierte Verfahren aber auch psychotherapeutische Leistungen⁹³.

cc) Bedeutung des Psychotherapeutengesetzes

Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes hat der **Begriff „Psychotherapie“ eine rechtliche Definition** erfahren. So wird zwischen Psychotherapie als Heilbehandlung (§ 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG), die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorbehalten bleibt, und psychologischen Tätigkeiten „ zur Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde“ (§ 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG) unterschieden.

Für die Anwendung von § 27 SGB VIII ist diese Unterscheidung insoweit von Bedeutung, als psychotherapeutische Leistungen i.S. des PsychThG vorrangig von den Krankenkassen zu gewähren sind, während für die anderen psychotherapeutischen Verfahren dieses Rangverhältnis nicht gilt. Sie können ohne weiteres im Rahmen von Hilfe zur Erziehung zum Einsatz kommen, sofern sie geeignet sind, den Hilfebedarf zu decken oder zu seiner Deckung beizutragen.

Zu einer **Leistungskonkurrenz mit dem SGB V** kann es im Rahmen von Hilfe zur Erziehung nur kommen, wenn heilkundliche Psychotherapie bzw. die dort zugelassenen Verfahren der Psychotherapie auch im Rahmen von Hilfe zur Erziehung zum Einsatz kommen können. Dies ist jedenfalls in der Berliner Praxis der Fall und lag auch den Ausführungsvorschriften zu Grunde.

Auf der semantischen Ebene wird hier kontrovers diskutiert, ob es sich dann überhaupt noch um „Psychotherapie“ handelt, da das PsychThG diesen Begriff im Wege der teleologischen Reduktion nur noch für die Krankenbehandlung verwende.

Während der Gesetzgeber nämlich in § 1 Abs. 3 PsychThG einerseits von heilkundlicher Psychotherapie spricht (Satz 1) und damit Raum für eine nicht heilkundliche Psychotherapie lässt, wird der Begriff „Psychotherapie“ andererseits (Satz 3) „für psychische Störungen oberhalb der Krankheitsschwelle reserviert“.⁹⁴ Schon in der Debatte um den Psychotherapiebegriff in den Siebziger Jahren war für einen weiten Begriff von Psychotherapie

⁹³ Vgl. Stähr in Hauck/ Nofz K § 27 Rn. 57

⁹⁴ Pulverich S. 54

votiert worden, der auch den Störungsbedingungen im System Familie gerecht wird⁹⁵. Um jungen Menschen auch solche Formen psychosozialer Versorgung zugänglich zu machen, wurde gefordert, die Grundlage für die Anwendung nicht heilkundlicher Psychotherapie zu schaffen. „Diese Psychotherapie orientiert sich nicht an einem Krankheitsbegriff. Ziel dieser therapeutischen Intervention ist die umfassende, auf die ganze Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen abzielende Förderung unter Einbeziehung des familialen und ausserfamilialen Umfelds.“⁹⁶

Die Kommentarliteratur zum PsychThG kritisiert diese terminologische Entscheidung des Gesetzgebers: *“Misslich wirkt es sich hier aus, dass das PsychThG – sachlich unzutreffend - den Begriff „Psychotherapie“ für psychische Störungen lediglich oberhalb der Krankheitsschwelle reserviert und solche unterhalb der Krankheitsschwelle als sozialen Konflikt oder sonstigen Zweck fehlinterpretiert. Der Sache nach handelt es sich hier um **Psychotherapie nicht im Sinne des PsychThG**“.*⁹⁷ Die Nomenklatur des Psychotherapeutengesetzes hat damit letztlich nur eine formale, rechtstechnische Bedeutung, ohne damit den Begriff „Psychotherapie“ bestimmten Methoden zuzuordnen oder diese Methoden dem Leistungssystem der gesetzlichen Krankenkassen zu reservieren. Das Ziel des PsychThG ist es zudem nicht, den Begriff „Psychotherapie“ abschließend zu definieren, sondern den Zugang zu den Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu regeln⁹⁸

Auf Grund des Approbationsvorbehalts für die heilkundliche Psychotherapie und des Erlaubnisvorbehalts nach dem Heilpraktikergesetz ist jedenfalls beim Einsatz bestimmter Verfahren der Psychotherapie zu differenzieren, ob sie

- zum Zweck der Heilbehandlung i.S. des SGB V oder
- zum Zweck der Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII⁹⁹ zum Einsatz kommen.

In einem Überschneidungsbereich können Kinder und Jugendliche Probleme zeigen, die sowohl Krankheitswert haben als auch einen erzieherischen Bedarf der für sie sorgerechtigten Eltern begründen. Abstrakt wird man sagen können, dass die Kassen zuständig sind, wenn die Probleme vorrangig Krankheitswert haben und der erzieherische Bedarf in den Hintergrund tritt. Umgekehrt muss die Jugendhilfe aber auch dann eintreten,

⁹⁵ Siehe dazu oben II 3 a.

⁹⁶ Hundsalz, PKKP 1998, 157.

⁹⁷ Jerouschek, PsychThG § 1 Rn. 20; kritisch gegenüber einem engen Psychotherapiebegriff auch Stähr in Hauck/ Nofz K§ 27 Rn. 57

⁹⁸ Vgl. Begründung zum Regierungsentwurf des PsychThG (Bundestags-Drucks. 13/ 8035 S.1).

⁹⁹ Dies gilt analog auch für die anderen unter III genannten Anspruchsgrundlagen mit Ausnahme von § 35 a, da sie im weiteren Sinn als Hilfe zur Erziehung fungieren.

wenn die Kassen zwar zuständig sind, aber nicht leisten und der festgestellte Bedarf durch ihre (nachrangigen) Leistungen ganz oder teilweise gedeckt werden kann.

Abzustellen ist deshalb in erster Linie auf das **Ziel der Hilfe zur Erziehung einerseits und die Eignung therapeutischer Verfahren zur Erreichung dieser Ziele:**

Im Rahmen der **Hilfe zur Erziehung** dient Psychotherapie der Behebung oder Minderung seelischer (zum Teil auch körperlicher) Beeinträchtigungen, Leidenszustände und Störungen, die der **Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen** zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit im Wege stehen.¹⁰⁰ Sie hat in Verbindung mit pädagogischen Leistungen das Ziel, zentrale, als belastend empfundene Verhaltensweisen und Einstellungen, die auf der psychischen Ebene lebensgeschichtliche Bedeutung haben, zu verändern und dadurch neue Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven zu gewinnen. Im Vordergrund der therapeutischen Tätigkeit steht bei der Hilfe zur Erziehung die Förderung von Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit und damit die Beseitigung oder Minderung von Problemen, die die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration beeinträchtigen.¹⁰¹

Voraussetzung für eine Psychotherapie als Leistung der Hilfe zur Erziehung ist also,

- dass die gestörte Interaktion zwischen Eltern und Kind (auch) Folge oder Begleiterscheinung einer psychischen Störung bei einer der beteiligten Personen ist
- die beteiligten Erwachsenen (und ggf. das einsichtsfähige Kind) bereit und in der Lage sind, die Störung im Kontext des Erziehungsprozesses zu verstehen und
- die Erwachsenen bereit und in der Lage sind, im Zusammenhang mit einer „Störung des Kindes“ auch ihr Verhalten zu reflektieren und zu bearbeiten.¹⁰²

Dessen ungeachtet werden auch in Zukunft erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten bleiben, die sich mit der finanziellen Lage der Kassen und der kommunalen Gebietskörperschaften als Trägern der Jugendhilfe weiter zuspitzen werden. Eine strukturelle Lösung dieser Problematik dürfte in einer **Verknüpfung von Kassen- und Jugendhilfeleistungen** nach dem Muster einer Komplexleistung mit anteiliger Finanzierung zusehen sein, die allerdings nur auf der Basis entsprechender gesetzlicher Regelungen möglich ist. Wie die Praxis der Frühförderung zeigt, bleiben auch dann noch erhebliche Umsetzungsprobleme.

b) Therapie als Leistung der Eingliederungshilfe

Wenn § 35 a SGB VIII keine Aussage hinsichtlich therapeutischer Verfahren macht, so kann diesem Schweigen zunächst entnommen werden, dass die Maßgabe des § 27 Abs. 3 SGB VIII

¹⁰⁰ Stähr in Hauck/ Nofz K§ 27 Rn. 57

¹⁰¹ Stähr in Hauck/ Nofz K § 27 Rn. 57.

¹⁰² Vgl. Wahlen S. 14 f.

hier nicht gilt. Anderenfalls hätte der Gesetzgeber auf § 27 Abs. 3 verweisen müssen, wie er es im Übrigen im Hinblick auf die im SGB XII geregelten Rechtsfolgen getan hat.

aa) Funktion der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe knüpft an den Interaktionszustand der (drohenden) Behinderung an mit dem Ziel, behinderungsbedingte Nachteile zu vermeiden bzw. auszugleichen. Im Hinblick auf Kinder und Jugendliche ist der Interaktionszustand „Behinderung“, sind aber auch die behinderungsspezifischen Hilfen immer im Kontext der persönlichen Entwicklung zu sehen, die ihrerseits sehr stark durch die Eltern-Kind-Interaktion geprägt ist. Hinzukommt außerdem, dass durch die Wechselwirkung mit der Entwicklung gerade **seelische** Behinderungen „geheilt“ und nicht nur ihre Symptome behandelt werden können. Die an sich auf das behinderte Individuum bezogene Eingliederungshilfe wird damit bei Kindern und Jugendlichen tendenziell zu einer systemischen Hilfe – ähnlich der Hilfe zur Erziehung - , was viele Eltern (zunächst) nicht akzeptieren, sehen sie doch das „Problem“ nur bei dem behinderten Kind.¹⁰³

bb) Struktur des Leistungstatbestands

Die Anwendung des § 35 a SGB VIII wird in der Praxis zusätzlich erschwert auf Grund der zweigliedrigen Struktur des Behinderungsbegriffs, der durch § 2 Abs. 1 SGB IX vorgegeben wird. Seelisch behindert sind nach dieser Vorschrift Menschen, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Hinsichtlich der Entscheidungsfindung hat sich dabei eine Aufgabenteilung zwischen Arzt/ Psychotherapeut hinsichtlich der Feststellung ersten Elements und der pädagogischen Fachkraft im Jugendamt hinsichtlich der des zweiten Elements , also der Beeinträchtigung der Teilhabe und damit der Feststellung des Hilfeanspruchs insgesamt herausgebildet. Dieses Verfahren setzt allerdings ein hohes Maß an Kooperation und Kommunikation(sfähigkeit) zwischen den Fachdisziplinen voraus, was in der Praxis nicht immer vorhanden ist.

Angesichts der medizinischen Tradition in der Eingliederungshilfe war der Einsatz von (Psycho)therapie dort zu keinem Zeitpunkt umstritten – eher schon die Frage , ob diese medizinisch geprägte Hilfeart in das sozialpädagogisch geprägte Spektrum der Jugendhilfe paßt.

cc) Psychotherapie in der Eingliederungshilfe

Anders als bei der Hilfe zur Erziehung taucht im Maßnahmenkatalog der Eingliederungshilfe **Psychotherapie als psychotherapeutische Behandlung als Leistung der medizinischen Rehabilitation** auf¹⁰⁴, kommt darüber hinaus aber auch in anderen Leistungsgruppen, namentlich den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie denen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zum Einsatz.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen nur die auch im System der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Psychotherapien (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Im Hinblick auf die Rechtsfolgen sind somit die Leistungen mit denen nach dem SGB V deckungsgleich. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V beziehen sich ausdrücklich nicht auf die Akutbehandlung, sondern auf die medizinische Rehabilitation, zu der auch psychologische und pädagogische Hilfen gehören, soweit sie erforderlich sind, um die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsziele zu erreichen (§ 26 Abs. 3 SGB IX).

Abgrenzungsfragen zwischen der Zuständigkeit der Krankenkassen und der Jugendhilfe können sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht im Hinblick auf den Hilfezweck oder die einzusetzenden Verfahren, sondern nur im Hinblick auf den **Personenkreis** ergeben. Da Leistungen nach dem SGB V nur Versicherten zugute kommen, bleibt ein schmaler Anwendungsbereich für Leistungen der **medizinischen** Rehabilitation nach § 35 a SGB VIII für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen, die nicht versichert sind. Im Umkehrschluss wird aus dem Wortlaut des § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX und seiner Funktion als Leistungstatbestand der medizinischen Rehabilitation auch zu entnehmen sein, **dass auf dieser Grundlage** nicht heilkundliche Psychotherapie nicht zum Einsatz kommen kann.

Andererseits ist der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren in der Eingliederungshilfe nach § 35 a aber **nicht auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation** (mit der dortigen Anbindung der Rehaleistungen an die in der Krankenversicherung zugelassenen Verfahren) **beschränkt**. Diese können - wie oben dargestellt¹⁰⁵ - im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für den Personenkreis von Kindern und Jugendlichen insbesondere im Rahmen der **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (§ 55 SGB IX) zum Einsatz kommen. Für diese Leistungsbereiche besteht keine Zuständigkeit (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und damit kein Vorrang der gesetzlichen Krankenkassen, sodass bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 35 a SGB VIII unmittelbar die Träger der Jugendhilfe zuständig sind.

¹⁰³ Deutlich wird diese Haltung in der Debatte um den Stellenwert medikamentöser Behandlung hyperaktiver Kinder

¹⁰⁴ § 35a SGB VIII i.V. mit § 54 SGB XIII und § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX

¹⁰⁵ Siehe dazu III 2 b.

Eine Zuordnung zu einem dieser Leistungsbereiche setzt jedoch voraus, dass der Behandlungszweck ein nicht medizinischer ist. Zur Abgrenzung zwischen **medizinischer und nichtmedizinischer Behandlung** hat sich das **Bundessozialgericht** im Zusammenhang mit der Beurteilung der sog. Petö-Therapie befasst und dazu ausgeführt:

*„Für die Abgrenzung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Maßnahmen und damit für die Zuständigkeit der Krankenversicherung kommt es in erster Linie auf die **Zielsetzung der Maßnahme** an, auch wenn deren Charakter unter Umständen diesbezügliche Rückschlüsse zulässt. Falls eine Methode eines der in den § 27 oder § 11 Abs 2 SGB V genannten Ziele (Erkennen oder Heilen einer Krankheit, Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Linderung von Krankheitsbeschwerden, Vermeidung, Beseitigung oder Besserung einer Behinderung) verfolgt und dabei **an der Krankheit selbst bzw an ihren Ursachen ansetzt**, verliert der Umstand an Bedeutung, dass wie bei der konduktiven Förderung für die Behandlung vorwiegend pädagogische Mittel eingesetzt werden und das Berufsbild des Therapeuten ("Konduktors") eher dem des Lehrers und Erziehers als dem eines klassischen Heilhilfsberufs ähnelt. Denn ein derartiger **unmittelbarer Krankheitsbezug ist ein hinreichendes Indiz** dafür, dass keine anderen Zwecke, wie die soziale Eingliederung, die Verbesserung schulischer oder beruflicher Fähigkeiten oder eine behindertengerechte Gesundheitsförderung (dazu Senatsurteil vom 19. März 2002 - SozR 3-2500 § 138 Nr 2 - Hippotherapie), im Vordergrund stehen. In diesem Punkt kommt der Abschlussbericht über das Modellprojekt der Ersatzkassen zur konduktiven Förderung zu der Einschätzung, dass rund 70 Prozent der Arbeit mit den behinderten Kindern auf eine Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, also ein therapeutisches Ziel, gerichtet sind (Blank/von Voss, Konduktive Förderung nach Petö, München 2002, S 4-114 f).*

*Medizinische und nichtmedizinische Behandlungszwecke lassen sich freilich gerade bei komplexen Rehabilitationsangeboten oft nur schwer oder gar nicht voneinander abgrenzen, wie der Senat im Zusammenhang mit der Förderung behinderter Kinder in sozialpädiatrischen Zentren näher dargelegt hat (Urteil vom 31. März 1998 - B 1 KR 12/96 R - in ZfS 1998, 178 = USK 98145). Eine solche Konstellation liegt hier jedoch nicht vor, da durch die Behandlung cerebralaparetischer Kinder und Jugendlicher nach der Petö-Methode die **krankheitsbedingte Behinderung selber gebessert werden soll und es nicht darum geht, lediglich Auswirkungen der Behinderung auf die***

Lebensgestaltung aufzufangen oder abzumildern. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, welche Erwartungen **der Leistungserbringer selbst** mit seinem Vorgehen verbindet. Ob die gestellten Ziele objektiv erreichbar sind, ist eine Frage der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme, für die Einordnung als medizinische Behandlung aber nicht entscheidend.¹⁰⁶

Andererseits hatte das **Bundesverwaltungsgericht** eben diese Petö-Therapie ein Jahr zuvor als heilpädagogische Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe und damit als Leistung der Sozialhilfe anerkannt, wenn „die Therapie erforderlich und geeignet ist, dem behinderten Menschen den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern“. Verfahrensgegenstand war eine im Jahre 1997 geleistete Petö-Therapie.¹⁰⁷In den aktuellen Verfahren folgen die Verwaltungsgerichte erster und zweiter Instanz dieser Entscheidung jedoch unter Hinweis auf die zwischenzeitliche Gesetzesänderung¹⁰⁸ nicht und schließen sich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts an.

Entscheidend (für die Zuordnung zur medizinischen Behandlung) ist somit nach der auf der aktuellen Rechtslage basierenden jüngeren Rechtsprechung **der unmittelbare Krankheitsbezug und das mit der Therapie verbundene Ziel, die krankheitsbedingte Behinderung selbst zu bessern.** Dabei kommt es aber nicht auf die objektive Erreichbarkeit, sondern die subjektive Erwartung des Leistungserbringers an. Ist Anlass einer (Psycho)Therapie also eine dauerhafte Situation der Behinderung, bei der die Therapie nicht oder nicht maßgeblich auf die Beseitigung der oder Verringerung krankheitsbedingter Ursachen der seelischen Behinderung gerichtet ist, sondern ausschließlich oder **überwiegend auf die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (trotz der im Wesentlichen fortbestehenden Behinderung), dann handelt es sich **nicht um medizinische Rehabilitation** sondern um andere Leistungen der Eingliederungshilfe, für die die Träger der Jugendhilfe originär zuständig sind, ein Verweis auf die Krankenkassen also nicht in Betracht kommt. Für solche Leistungen kommen neben Richtlinienverfahren auch andere Verfahren in Betracht. Insbesondere dürfen auch solche Therapeuten tätig werden, die zur vertragstherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenkasse nicht zugelassen sind, wenn sie nur über die erforderliche Qualifikation verfügen.

VI. Konsequenzen des Nachrangs für das Verwaltungsverfahren

¹⁰⁶ BSG v.3.09.2003 –B 1 KR 34/ 01 R

¹⁰⁷ BVerwG v. 30.05.2002- 5 C 36/ 01

¹⁰⁸ So VG Karlsruhe v. 8.7.2004 - 2 K 967/ 03, OVG Rheinland-Pfalz v. 1.9.2004 – 12 A 10886/ 04 und zuletzt VGH München v. 25.11.2005 – 12 CE 04.2263

1. Der konstitutive Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe

Nach § 10 SGB VIII werden Verpflichtungen anderer, insbesondere Unterhaltspflichtiger oder der Träger anderer Sozialleistungen, durch dieses Buch nicht berührt. Leistungen anderer dürfen nicht deshalb versagt werden, weil nach diesem Buch entsprechende Leistungen vorgesehen sind (§ 10 Abs. 1). Mit dieser Regelung wird der **konstitutive Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe** als Teil der öffentlichen Fürsorge rechtlich begründet. Wie dieser Nachrang hergestellt wird und welche Anforderungen damit an die Leistungsberechtigten gestellt werden, ergibt sich aus dieser Vorschrift nicht.

Eine Antwort auf diese Frage kann aus verschiedenen Vorschriften des SGB I – Allgemeiner Teil – sowie – ergänzend – des SGB IX – Soziale Rehabilitation entnommen werden.

2. Die Weiterleitungspflicht der Behörde nach § 16 SGB I

Nach § 16 SGB I sind Anträge auf Sozialleistungen beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Gleichzeitig sollte jedoch dem Grundsatz, dass der Einzelne mit seinem Begehren nach Sozialleistungen nicht an Zuständigkeitsfragen innerhalb der gegliederten– und für ihn häufig unübersichtlichen - Sozialverwaltung scheitern darf, Geltung verschafft werden¹⁰⁹. Deshalb belässt es die Vorschrift auch nicht bei der eingangs genannten Verpflichtung, sondern trifft „bürgerfreundliche“ Regelungen für den Fall, dass Anträge bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt werden. So bestimmt insbesondere § 16 Abs. 2 SGB I, dass solche Anträge (von der Behörde, bei der sie gestellt worden sind) unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten sind, was eine Zuständigkeitsprüfung durch die unzuständige Behörde voraussetzt.

Zwar gilt § 16 SGB I seinem Wortlaut nach nur für diejenigen Bereiche des Sozialrechts, deren Leistungen nur durch einen **Antrag** ausgelöst werden. Entsprechende Voraussetzungen stellt das SGB VIII – insoweit dem Sozialhilferecht entsprechend – nicht auf. Bereits vor Jahren hat das Bundesverwaltungsgericht aber die Anwendung von § 16 Abs. 2 SGB I auch für das Sozialhilferecht anerkannt¹¹⁰. In seiner jüngsten Rechtssprechung leitet es darüber hinaus für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe das Antragserfordernis aus den Strukturprinzipien der Kinder- und Jugendhilfe ab¹¹¹. Deshalb gilt § 16 SGB I ohne weiteres auch für das Kinder- und Jugendhilferecht.

¹⁰⁹ Regierungsbegründung zu § 16, Bundestagsdrucksache 7/868 S. 25

¹¹⁰ BVerfG vom 18.05.1995 – 5 C 1/93

¹¹¹ BVerwG ZfJ 2001, 310 und Grube ZfJ 2001, 288.

Mit der **Pflicht zur Weiterleitung** in § 16 Abs. 2 SGB I ist jedoch noch nicht sichergestellt, dass die Zuständigkeitsprüfung des unzuständigen Leistungsträgers auch von dem Leistungsträger anerkannt wird, an den der Antrag weitergeleitet wird. Deshalb wird durch die Weiterleitungspflicht das Risiko der Leistungsablehnung nicht ausgeschlossen und damit ggf. eine gerichtliche Klärung der Leistungszuständigkeit erforderlich.

3. Die Vorleistungspflicht nach § 43 SGB I

Einen weitergehenden Schutz des Leistungsberechtigten sichert § 43 SGB I. Dessen Absatz 1 Satz 2 **verpflichtet** nämlich den Leistungsträger, der zuerst angegangen worden ist, vorläufig **Leistungen zu erbringen**, wenn der Berechtigte es beantragt. Voraussetzung ist dabei, dass der Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zu Leistungen verpflichtet ist. In diesem Fall erfolgt ein etwaiger Kostenausgleich zwischen dem vorläufig tätig gewordenen und dem endgültig verpflichteten Leistungsträger nach § 102 SGB X. Auch in diesem Fall kann es in der Praxis zu Streitigkeiten über die Vorleistungspflicht kommen, weil etwa zwischen den Leistungsträgern streitig bleibt, welcher von ihnen „zuerst angegangen“ worden ist. § 43 SGB I gilt nach inzwischen ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch für die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe¹¹².

4. Die gesteigerte Pflicht zur Zuständigkeitsklärung im Rehabilitationsrecht

Eine an zeitliche Fristen gebundene Zuständigkeitsklärung und anschließende Pflicht zur Entscheidung (nach einmaliger Weiterleitung) verlangt § 14 SGB IX, der in dem Falle der Unzuständigkeit eine sofortige Weiterleitung und die Leistungspflicht desjenigen Trägers vorsieht, an den der Antrag weitergeleitet worden ist. Diese Vorschrift gilt nur für die Träger von Rehabilitationsleistungen, also auch die Träger der Krankenversicherung und der Kinder- und Jugendhilfe, soweit sie Rehabilitationsleistungen erbringen.

5. Die Zuständigkeitsklärung als Amtspflicht der Behörde

Aus all diesen Vorschriften lässt sich der Rechtsgedanke ableiten, dass die Nachteile eines Antrags bei dem unzuständigen Leistungsträger nicht den Leistungsberechtigten treffen sollen: Vielmehr werden die **Behörden verpflichtet**, im Falle ihrer Unzuständigkeit einen Antrag weiterzuleiten (§ 16 SGB I) oder sogar (vorläufig) Leistungen zu erbringen (§ 43 SGB I, § 14 SGB IX). Die Zuständigkeitsklärung wird damit zu einer Pflicht der angegangenen Behörde, die

¹¹² BVerfGE 89, 91

im Fall der § 43 SGB I sogar mit einer Leistungspflicht der unzuständigen Behörde verknüpft wird.

Sollte daher das Landesrecht oder eine untergesetzliche Verwaltungsvorschrift eine Regelung enthalten, die einen Antrag bzw. dessen Ablehnung durch die gesetzliche Krankenversicherung zur Voraussetzung für die Einleitung eines Verfahrens zur Gewährung von Leistungen nach § 27 ff. oder § 35 a SGB VIII macht, oder im Einzelfall eine Behörde eine solche Anforderung stellen, so können damit die verfahrensrechtlichen Garantien des SGB I bzw. des SGB IX nicht relativiert oder umgangen werden. Danach ist es die Aufgabe der Behörde, den Antrag weiterzuleiten bzw. auf Antrag eine vorläufige Leistung zu gewähren.

C. Zusammenfassung

1. Jugendhilfe als Bereich der öffentlichen Fürsorge ist primär sozialpädagogisch geprägt. Dies wird durch die Systematik des Kinder- und Jugendhilferechts (seit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz) bestätigt, die das **Recht des jungen Menschen auf Erziehung** zum Ausgangspunkt nimmt und im Hinblick auf den Erziehungsprimat der Eltern primär darauf angelegt ist, das „interaktive Erziehungsverhältnis“ zu (unter)stützen, solange nicht im Hinblick auf eine Kindeswohlgefährdung weitergehende Schutzmaßnahmen geboten sind.

2. War die Jugendhilfe als spezielle Fürsorge für junge Menschen aus der (allgemeinen) Sozialhilfe hervorgegangen, so entwickelten sich mit der sukzessiven Ausweitung, Differenzierung und Qualifizierung des Systems Kinder- und Jugendhilfe **Schnittstellen zu anderen Systemen**, allen voran der Schule, aber auch der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber war nun gefordert, Konkurrenzen durch Kollisionsnormen aufzulösen.

3. (Psycho)Therapeutische Verfahren gehören seit Jahrzehnten zur **Praxis der Kinder- und Jugendhilfe** und sind insbesondere in der Erziehungsberatung und der Heimerziehung etabliert.

a) In der Reformdebatte der Siebziger Jahre war zunächst unspezifisch von pädagogisch-therapeutischen Hilfen die Rede. Zunehmend wurden jedoch (von pädagogischer Seite) die Unterschiede zwischen (Sozial)Pädagogik und (Psycho)Therapie hervorgehoben. Andererseits wurde von den in der Jugendhilfepraxis tätigen Psychologen frühzeitig auf die Spezifik (familien)therapeutischer Verfahren zur Bewältigung von Problemlagen gegenüber therapeutischen Verfahren zur Krankenbehandlung hingewiesen

b) Spätestens seit der Verlagerung der Zuständigkeit für die seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen auf die Kinder- und Jugendhilfe stellt sich die Frage nach dem Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe und einer stärkeren **Öffnung und Integration anderer fachlicher Ansätze und Methoden in das Hilfesystem** zur Erreichung der in § 1 SGB VIII definierten Ziele. Dieser Prozess dauert an. Er entwickelt sich örtlich und regional unterschiedlich.

4. Der Gesetzgeber des KJHG hat bei der **Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts** im Jahre 1990 den Aspekt der Fachlichkeit (heute: der Qualität) der Kinder- und Jugendhilfe betont und dabei – der aktuellen Praxis und dem Stand der fachpolitischen Diskussion entsprechend - therapeutische Verfahren explizit und implizit in das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe – und damit als Optionen zur Realisierung des in § 1 entwickelten Programms aufgenommen.

5. Soweit im Gesetzestext oder in den Gesetzgebungsmaterialien zum SGB VIII der **Begriff Therapie** verwendet wird, gehören dazu auch alle psychotherapeutischen Verfahren, die fachlich anerkannt sind. Eingeschränkt wird der Einsatz dieser Methoden im Kinder- und Jugendhilferecht selbst nur durch die Kriterien der Eignung und Notwendigkeit im Hinblick auf den zu deckenden Hilfebedarf.

6. **Einsatzschwerpunkte für Psychotherapie** in der Kinder- und Jugendhilfe sind der Bereich der (ambulanten, teilstationären und stationären) Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff., wo in der Grundnorm ausdrücklich von „pädagogischen und damit verbundenen therapeutischen Leistungen“ die Rede ist, die Eingliederungshilfe nach § 35 a sowie die Hilfe für junge Volljährige, die für analoge Hilfebedarfe bei volljährigen jungen Menschen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zum Einsatz kommt (§ 41). Darüber hinaus kommen für den Einsatz psychotherapeutischer Verfahren aber auch andere Leistungen nach dem SGB VIII, wie Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17) und Beratung und Begleitung bei der Ausübung des Umgangsrechts (§ 18) sowie Krankenhilfe (§ 40) in Betracht.

7. Im Hinblick auf den konstitutiven **Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe** als Bereich der öffentlichen Fürsorge ist bei einer Leistungskongruenz der Vorrang anderer Leistungsträger zu beachten. Dies sind im Hinblick auf psychotherapeutische Verfahren vor allem die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsträger nach dem **SGB V**.

8. Im Hinblick auf **Hilfen zur Erziehung** bezieht sich die Leistungskongruenz auf bestimmte psychotherapeutische Verfahren. Insoweit bedarf es zur Zuständigkeitsklärung der Bestimmung von **Abgrenzungskriterien**. Solche ergeben sich nicht aus dem Gesetzeswortlaut, sondern müssen aus der Systemfunktion abgeleitet werden. Da aber Heilkunde (SGB V) und Förderung der Entwicklung (SGB VIII) keine sich ausschließenden Zwecke bzw. Ziele darstellen, kann gegenwärtig eine Zuordnung nur nach dem **Schwerpunkt bzw. der Art der Therapie** vorgenommen werden. Eine rechtstechnische Lösung für die Zukunft könnte das Modell der Komplexleistung mit anteiliger Finanzierung der beiden Leistungsträger bieten.

9. Im Hinblick auf die Anwendung von Psychotherapie im Kontext der Hilfe zur Erziehung ist beachten, dass das Gesetz in § 27 Abs. 3 mit der Formulierung “pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen“ eine **Beziehung zwischen Pädagogik und Therapie** herstellt. Im Hinblick auf die in § 1 SGB VIII formulierte Zielsetzung der Kinder- und Jugendhilfe wird diese Voraussetzung nicht nur bei der Kombination pädagogischer und therapeutischer Hilfen erfüllt. Sie ist auch dann erfüllt, wenn psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen, die nach Maßgabe der Hilfeplanung **sowohl die Entwicklungsstörung des Kindes als auch die Verbesserung des Erziehungsprozesses** in der Eltern-Kind-Interaktion in den Blick nehmen und auf diese Weise Therapie des Kindes oder Jugendlichen mit Beratung und Unterstützung der Eltern verknüpfen.

10. Im Hinblick auf die **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen** ist im Rahmen der **medizinischen Rehabilitation** das Spektrum therapeutischer Verfahren wegen § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII in der Kinder- und Jugendhilfe und der gesetzlichen Krankenversicherung deckungsgleich. Im Hinblick auf den Vorrang der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb bei dieser Leistungsgruppe für die Kinder- und Jugendhilfe nur Raum im Hinblick auf seelisch behinderte jungen Menschen, die nicht krankenversichert sind.

11. Im Rahmen anderer Leistungen der Eingliederungshilfe (außerhalb **der medizinischen Rehabilitation**) können alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zum Einsatz kommen. Dies gilt insbesondere für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Insoweit besteht keine Leistungskonkurrenz mit der Krankenversicherung, weil diese nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt. Zur Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zu den anderen Leistungsgruppen der Rehabilitation kann die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur sog. Petö-Therapie herangezogen werden, die inzwischen auch von den Verwaltungsgerichten übernommen worden ist.

12. Der Approbationsvorbehalt des **Psychotherapeutengesetzes** ist insoweit für Leistungen auf der Grundlage des SGB VIII bedeutsam, als es sich um heilkundliche Psychotherapie handelt und die nach der Psychotherapierichtlinie zugelassenen Verfahren zum Einsatz kommen. Dient eine Psychotherapie (als Hilfe zur Erziehung) im Einzelfall gleichzeitig heilkundlichen Zwecken und (schwerpunktmäßig) der Persönlichkeitsentwicklung, so setzt sie ebenfalls die Approbation voraus.

13. Das Psychotherapeutengesetz zielt auf eine Differenzierung zwischen der heilkundlichen

und der nicht heilkundlichen Psychotherapie und hat damit eine rechtstechnische Bedeutung. Aus ihm lässt sich keine Aussage ableiten, die den **Begriff Psychotherapie** den dort zugelassenen Verfahren und deren Einsatz zum Zweck der Heilkunde vorbehält.

14. Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen auf der Grundlage des SGB VIII kann nicht davon abhängig gemacht werden, dass der Antragsteller vorher eine **Entscheidung der Krankenkasse** einholt. Den einschlägigen Verfahrensregelungen von SGB I und SGB IX ist der Rechtsgedanke zu entnehmen, dass die Zuständigkeitsklärung und die zeitangemessene Entscheidung über die Leistungsgewährung zu den Amtspflichten der Behörden zählt und ein „Systemversagen“ nach Maßgabe des § 14 SGB IX und der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Selbstbeschaffung befugt

Literatur:

Bayerisches Staatsinstitut für Frühpädagogik, Vorläufige Standards zum Begleiteten Umgang
www.ifp-bayern.de/cms/BU_Standards.pdf

Bley, Helmar, Sozialrecht, 6. Aufl. 1988

Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung, InfEB 2/ 98

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Handbuch
Sozialpädagogische Familienhilfe, 5. Aufl. 2004

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Diskussionsentwurf eines
Jugendhilfegesetzes 1973

Conen, Aufsuchende Familientherapie – eine ambulante Hilfe für Multiproblemfamilien,
SozialMagazin 1999/ 4 S.35.

Deutscher Bundestag 1980, Fünfter Jugendbericht, Bundestags-Drucks. 8/ 3684 und 3685 vom
20.2.1980

Deutscher Bundestag 1986, Siebenter Jugendbericht, Bundestags-Drucks. 10/ 6730 vom
10.12.1986

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Thesen zu einem neuen
Jugendhilferecht, Frankfurt/ Main 1973

Feldmann-Bange/ Specht, Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen, Zeitschrift für Kinder-
und Jugendpsychiatrie 1986, 341

Francke, Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten in der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII und dem BSHG, Rechtsgutachten im Auftrage des Deutschen Psychotherapeutenverbandes, Bremen 1998

Grube/ Warendorf, SGB XII – Sozialhilfe, München 2005

Hauck/ Nofz; SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe, Berlin 2004

Hundsatz, Die Erziehungsberatung, Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden, Weinheim und München 1995

Hundsatz, Beratung, Psychotherapie oder psychologische Beratung, PKPP 1998, 157

Internationale Gesellschaft für Heimerziehung (Hrsg.), Planungsgruppe Petra: Was leistet Heimerziehung, Frankfurt/ Main 1988

Jestaedt, in: Rudolf Dolzer (Hg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 6 Abs. 2 und 3 (Bearb. 1995)

Jerouschek, Psychotherapeutengesetz, 1. Aufl. München 2004

Klatetzki (Hrsg.), Flexible Erziehungshilfen, 2.Aufl. Münster 1995

Kommission Heimerziehung der obersten Landesjugendbehörden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.), Zwischenbericht Heimerziehung und Alternativen, Frankfurt / Main 1977

Kunkel, Medizinische Rehabilitation als Aufgabe von Jugendhilfe und Krankenversicherung, Das Jugendamt 2003, 329

Menne, Stichworte zur Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen, Unveröffentl. Manuskript 1994

Mrozynski, Rehabilitationsrecht, 3.Aufl. München 1992

Mrozynski, SGB IX Teil 1, München 2002

Münder, Psychotherapien in der Sozialhilfe sowie Rechtsfragen des Heilpraktikergesetzes und der Delegation, Berlin 1990

Nothacker, Psychologisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte , ZfSH/ SGB 1989, 449

Nothacker, Was Jugendhilfe für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene leisten muß und leisten kann – juristisch betrachtet, ZfF 1997, 73

Planungsgruppe Petra, Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung, 3. Aufl. Frankfurt/ Main 1991

Planungsgruppe Petra, Bestand, Entwicklung und Leistungsmöglichkeiten von Tagesgruppen, Frankfurt/ Main 1992

Planungsgruppe Petra, Erziehungsstellen – Professionelle Erziehung in privaten Haushalten, Frankfurt/ Main 1995

Pulverich, Gerd, Psychotherapeutengesetz, 3. Aufl. Bonn 1999

Riedel, Familien-Zusammenhalt(en), Jugendhilfe 2005, S. 27

Schellhorn/ Schellhorn, BSHG, 16. Aufl. Neuwied, Kriftel 2002

Schrapper, Wie wirkt Sozialpädagogik? Theoretische und methodische Positionen sozialpädagogischer Forschung, in: Schrapper (Hrsg.), Sozialpädagogische Forschungspraxis, Weinheim und München 2004

Specht, Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern, Praxis der Kinderpsychologie und –psychiatrie 42 (1993) 113-124

Spittler/ Specht, (Hrsg.), Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung, Göttingen 1984

Stähr, Hauck/ Nofz, SGB VIII § 35 a

Wahlen, Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe, unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags am 5.12.2003 in Berlin

Wiesner, SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe , 2. Aufl. München 2000

Wiesner, Zur gemeinsamen Verantwortung von Jugendamt und Familiengericht für die
Sicherung des Kindeswohls , ZfJ 2003, 121