

Aktualisierte Fassung

12. September 2019

Pressestelle DGPPN e.V.

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29

pressestelle@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Positionspapier

„Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“

Zusammenfassung

Die mangelhafte Versorgungssituation

Menschen mit geistiger Behinderung weisen weit überdurchschnittlich häufig zusätzliche psychische Störungen verschiedener Art auf. Die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen ist dennoch in erheblichem Maße unzulänglich. Das psychiatrische und das psychotherapeutische Versorgungssystem sind bisher weder fachlich noch strukturell und organisatorisch auf die besonderen Bedarfslagen und Bedürfnisse dieser Personengruppe ausgerichtet. Diese Situation erfüllt die Merkmale der Diskriminierung und verletzt die Bestimmungen der UN-BRK, Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz und § 2a SGB V.

Die wichtigsten Entwicklungserfordernisse und Forderungen

Die inakzeptable Situation ist mit Nachdruck zu kritisieren. Sie verlangt entschlossene Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedene Richtungen. Selbstredend sind alle Leistungserbringer, alle Leistungsträger, alle Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, alle gesundheitspolitisch verantwortlichen Organe der staatlichen Exekutive und die Legislative aufgefordert, ihren Beitrag zu leisten (s. 5.6.).

Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungserfordernisse als Forderungen dargestellt. Dabei wird auf die jeweiligen Abschnitte des Positionspapiers verwiesen, wo sich vertiefende Erläuterungen finden.

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDE33XXX

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

- (1) Die Situation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung muss im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention kritisch bewertet und die Verbesserungen müssen an den Maßstäben der UN-Behindertenrechtskonvention orientiert werden (s. 5.1., 5.4.).
- (2) Die notwendige Überwindung von Unter- und Fehlversorgung muss als Folge eines unstrittigen Rechtsanspruchs der Personengruppe auf bedarfsgerechte Versorgung auch im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich verstanden werden (s. 5.1.).
- (3) Die Besonderheiten der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und die daraus resultierenden fachlichen und organisatorischen Anforderungen für den Behandlungsprozess müssen der Fachöffentlichkeit im notwendigen Umfang vermittelt werden (s. 5.2, 5.3.).
- (4) Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote aller Versorgungssektoren müssen grundsätzlich in zwei Richtungen entwickelt werden:
 - a. Das Regelversorgungssystem muss sich mehr als bisher als erster Ansprechpartner von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen verstehen und darauf sowohl in fachlicher als auch in struktureller und organisatorischer Hinsicht vorbereiten (s. 5.4.).
 - b. Für situative Konstellationen und regionale Situationen, die die fachlichen und organisatorischen Möglichkeiten des Regelversorgungssystems tatsächlich überfordern, müssen ergänzende zielgruppenspezifische Spezialangebote für größere Versorgungsregionen vorgehalten werden. Sie sind mit dem Regelversorgungssystem aufs engste zu vernetzen (s. 5.4.).
- (5) Im Zusammenwirken mit den Kompetenzen im Bereich der Teilhabeforschung und dem System der Eingliederungshilfe sind zielgruppenspezifische Methoden der Verhältnis- und Verhaltensprävention zu entwickeln, um Ausbildung und Chronifizierung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung möglichst zu vermeiden (s. 5.5.1.).
- (6) Den oft als ersten Ansprechpartnern in Anspruch genommenen Ärzten der allgemeinmedizinischen Versorgung müssen wesentliche Grundlagen zu psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung und den diesbezüglich fachgerechten Interventionen vermittelt werden (s. 5.5.2.1.1.).
- (7) Ambulant tätige Psychiater benötigen gleichfalls geeignete Fortbildungsangebote. Zeitaufwändige Patienten mit geistiger Behinderung bedarfsgerecht zu behandeln und ggf. in ihrem lebensweltlichen Setting – wichtig für Assessment, diagnostische Einschätzung, Instruktion der Assistenten usw. – aufzusuchen, bedarf aufwandsgerechter Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder im Rahmen der Pauschalvergütungen (für Psychiatrische Institutsambulanzen oder Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen, MZEB). Für ambulant tätige Psychotherapeuten sind ähnliche Erfordernisse zu beschreiben (s. 5.5.2.1.2., 5.5.2.1.3.).

- (8) Psychotherapeutische Fachgesellschaften und Psychotherapeutenkammern müssen die zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Psychotherapieverfahren unterstützen. Die Weiterbildungsinstitute müssen die Psychotherapie der Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung in ihren Curricula deutlich berücksichtigen (s. 5.5.2.1.3.).
- (9) Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) müssen sich den Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen mehr als bisher öffnen und darauf fachlich vorbereiten. Dafür müssen die den Zugang regelnden Diagnoselisten erweitert werden (s. 5.5.2.1.4.).
- (10) Im stationären Bereich sind für größere Versorgungsregionen Spezialangebote für spezielle Fragestellungen und Problemlagen zu entwickeln, die aufs engste mit dem Regelversorgungsangebot vernetzt sind und durch fachliche Beratung, Mitwirkung bei Fortbildung dasselbe unterstützen (s. 5.5.2.2.1.).
- (11) Die notwendige besondere Mindestpersonalausstattung ist festzulegen und zu vergüten (s. 5.5.2.2.1.).
- (12) Für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sind innovative Alternativen (z. B. stationsäquivalente Leistungen) zum stationären Krankenhausaufenthalt, zielgruppenspezifisch modifiziert, vorzuhalten (s. 5.5.3.3.1.).
- (13) Für Integrierte ärztliche Dienste und zur Mitwirkung an der ärztlichen Versorgung ermächtigte Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V) sind die Möglichkeiten der Weiterentwicklung zu MZEB gem. § 119c SGB V zu prüfen (s. 5.5.2.2.2.; 5.5.2.2.3.).
- (14) Der Ausbau der MZEB gem. § 119c SGB V ist voranzutreiben (s. 5.5.2.2.4.).
- (15) Für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen müssen gezielt Modellvorhaben gemäß §§ 63; 64b SGB V etabliert und praxistaugliche Lösungen im Rahmen der Regelungen des neuen § 140a SGB erprobt werden (s. 5.5.3.).
- (16) Die Förderkonzepte für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug müssen zielgruppenspezifisch an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst werden. Zwischen Forensik und übernehmenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen verlässliche Kooperationen etabliert werden. Die Forensische Nachsorge muss ausdrücklich auch diesen Personenkreis erreichen (s. 5.5.4.).
- (17) Die adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen muss durch eine systematische fachliche Grundlegung in den Aus- Fort- und Weiterbildungen aller beteiligten Berufsgruppen vorbereitet werden. Das ist insbesondere eine Herausforderung für die Selbstverwaltung (s. 5.6.4.).

(18) Medizinische, pflege- und gesundheitswissenschaftliche Forschung mit den Schwerpunkten Versorgungs- (vor allem an den Schnittstellen zwischen Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe), Therapie- und Grundlagenforschung ist zu intensivieren. Interdisziplinäre Zugänge müssen berücksichtigt sowie themenspezifische Methoden partizipativer Forschung adaptiert werden (s. 5.6.6.).

1. Hintergrund und Zielsetzung

Mit der vorliegenden aktualisierten Fassung des Positionspapiers, erarbeitet vom Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), will die DGPPN zur immer noch dringend notwendigen Entwicklung fachlicher, organisatorischer und struktureller Bedingungen für die bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung beitragen.¹ Die vorliegende Fassung stellt eine gründliche Überarbeitung der ersten Fassung aus dem Jahr 2007 dar.

Dem Positionspapier liegt die Einsicht zugrunde, dass einerseits seelische Gesundheit für alle Menschen eine wichtige Voraussetzung für Selbstbestimmung und soziale Teilhabe darstellt und dass andererseits umfassende Teilhabe und Selbstbestimmung seelische Gesundheit fördern und erhalten. Seelische Krankheit und Behinderung hingegen können Chancen sozialer Teilhabe einschränken und soziale Inklusion behindern. Menschen mit geistiger Behinderung – eine besonders vulnerable Personengruppe mit einem erhöhten Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken oder behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten usw. zu entwickeln – sind in ihren sozialen Teilhabechancen ohnehin beeinträchtigt. Insofern kommt der Förderung ihrer seelischen Gesundheit sowie der Vorbeugung, Beseitigung oder Linderung von zusätzlichen psychischen Störungen ein beträchtlicher Stellenwert im Hinblick auf die Förderung ihrer Teilhabechancen zu.

Die gründliche Überarbeitung des Positionspapiers nach mehr als zehn Jahren ist notwendig geworden, weil einerseits in den gesellschaftlichen, namentlich in den sozialrechtlichen und gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen, andererseits im Hinblick auf fachliche Erkenntnisse tiefgreifende Veränderungen eingetreten sind.

Hinsichtlich der gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen sind insbesondere zu nennen:

¹ Das vorliegende Positionspapier beschränkt sich ausdrücklich auf Erwachsene mit geistiger Behinderung. Das Positionspapier verwendet durchgängig den Begriff geistige Behinderung, der anders als der in der deutschen Fassung der ICD-10 verwendete Begriff Intelligenzminderung in der allgemeinen und in der Fachöffentlichkeit der Behindertenhilfe zumeist verwendet wird. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass dieser Begriff von vielen Betroffenen als diskriminierend empfunden wird. Es bleibt abzuwarten, wie die offizielle deutschsprachige Diagnose nach ICD-11 heißen wird.

- Die Übernahme der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahre 2006 als unmittelbar geltendes deutsches Recht seit 1.1.2009.
- Die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, BTHG) Ende 2016, schrittweises Inkrafttreten in vier Stufen bis 2023.
- Die Einführung des neuen Vergütungssystems für stationäre psychiatrische Leistungen.
- Die Einführung der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung gemäß § 119c SGB V im Jahre 2015.
- Die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen gemäß § 115d SGB V.
- Die Einführung innovativer Regelungen zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V.
- Die Neuregelungen in der Psychotherapie-Richtlinie zugunsten von Menschen mit geistiger Behinderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Oktober 2018.

Im Bereich der fachlichen Entwicklung sind neue Erkenntnisse etwa über den Stellenwert der emotionalen Entwicklung, die Auswirkungen von somatischen und psychischen Komorbiditäten, die Bedeutung genetischer Syndrome usw. zu erwähnen.

2. Kritische Situationsbeschreibung

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in Deutschland wird von Betroffenen, von deren Angehörigen und professionellen Begleitern, von Trägern und Fachverbänden der Behindertenhilfe² sowie engagierten Ärzten kritisch bewertet. Sie deckt weder quantitativ noch qualitativ den differenzierten Bedarf an Diagnostik und Behandlung ausreichend ab. Außerdem bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Leider fehlt es an qualifizierter Forschung auf diesem Gebiet ebenso wie an öffentlicher Forschungsförderung.

Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages (1975) führte die Psychiatriereform frühzeitig – bei erheblichen regionalen Unterschieden – zur Entlassung vielerorts langfristig hospitalisierter Menschen mit geistiger Behinderung aus den psychiatrischen Krankenhäusern (Enthospitalisierung). Dieser Schritt war dringend geboten. Damit ist allerdings die Personengruppe aus dem Blickfeld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung geraten. Auch daraus erklärt sich wohl, dass das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem noch immer kaum auf die speziellen Belange und den Bedarf der Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen („Doppeldiagnose“) einerseits, auf den fachlichen Unterstützungsbedarf der sie begleitenden Personen und Systeme andererseits ausgerichtet ist.

² In diesem Zusammenhang ist auf die Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung aus dem Jahre 2019 hinzuweisen: „Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“: https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2019-10-01_Position-Fachverbaende-zur-Weiterentwicklung-der-Hilfen-f-psychisch-erkrankte-Menschen.pdf

Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen existieren spezialisierte psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote weder flächendeckend noch in ausreichender Qualität.

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachdiskussion spielte lange Zeit und spielt auch heute noch die Zielgruppe bestenfalls eine untergeordnete Rolle. Gleiches gilt für die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion. Es gibt außerdem eine stark vorurteilsbehaftete Behandlung dieses Themas, die den besonderen Bedarf an spezialisierten Hilfen verkennt. Sie ignoriert Spezialisierung als wesentliches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems, wenn sie aus dem Prinzip der Inklusion irrtümlich herleitet, dass es keinerlei Spezialangebote geben dürfe. Insgesamt werden die Forderungen internationaler fachlich und menschenrechtlich fundierter Positionierungen nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention lässt hier jedoch keinen Ermessensspielraum im Grundsätzlichen zu.

3. Beschreibung der Zielgruppe

Menschen mit geistiger Behinderung machen etwa 1 % der Bevölkerung aus, wobei die Angaben in der Literatur variieren in Abhängigkeit von der zugrunde gelegten Faldefinition. Die Mehrzahl von ihnen (ca. 80 %) ist leicht bis mittelgradig geistig behindert, die Minderzahl, etwa 20 %, schwer oder schwerstbehindert.

Die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung weist überdurchschnittlich viele zusätzliche chronische Krankheiten und Behinderungen und Risiken für akute Krankheiten auf. Die Ursachen dafür sind vielgestaltig und komplex.

4. Die Lebenslagen der Zielgruppe

Die weit überwiegende Anzahl Erwachsener mit geistiger Behinderung lebt mit oder ohne professionelle Unterstützung (ambulante Betreuung) in ihrer Herkunftsfamilie, in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft. Eine geringere Anzahl ist auf stationäre Betreuungsformen angewiesen. Dabei vermindert sich dieser Anteil in dem Umfang, wie effektive alternative Hilfen bereitgestellt werden.

Ein großer Teil der Menschen mit geistiger Behinderung geht einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung (WfbM) oder sogar auf dem ersten Arbeitsmarkt nach. Sie erwerben damit u. a. Ansprüche auf Leistungen der Sozialversicherungssysteme, so auch der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch diejenigen, die keine eigenen Ansprüche auf Leistungen der Sozialversicherungssysteme erwerben, sind bei Krankenkassen eingeschrieben. Die Krankenkassenbeiträge übernimmt in solchen Fällen der Leistungsträger der Sozialhilfe.

Die verschiedenen Leistungen der Eingliederungshilfe werden bisher im SGB XII, das 2005 das vor- malige Bundessozialhilfegesetz abgelöst hatte, beschrieben (§§ 53ff SGB XII). Dem System der Ein- gliederungshilfe ist durch § 1 SGB IX die Förderung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Ziel der Leistungen für Menschen mit Behinderungen vor- gegeben. Im erwähnten § 1 SGB IX heißt es: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichbe- rechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Be- hinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“

Das BTHG von 2016 löst mit Wirkung ab 2020 die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII (Sozial- hilfe) heraus und gestaltet sie als Teil 2 des ebenfalls mit dem BTHG tiefgreifend veränderten SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen).

Das BTHG stellt Selbstbestimmung, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe sowie Perso- nenzentrierung als Ziele bzw. Leitmotive in den Vordergrund.

Die Behindertenhilfe in Deutschland, deren Angebote weit überwiegend von den Trägern der kon- fessionellen und nichtkonfessionellen Freien Wohlfahrtspflege als Leistungserbringern getragen werden, befindet sich seit längerem im konzeptionellen, organisatorischen und strukturellen Wan- del. Nicht zuletzt in Reaktion auf internationale Entwicklungen („Normalisierung“, Dezentralisie- rung, „De-Institutionalisierung“ der Hilfeformen, Ausbau ambulanter Hilfen) haben sich die Hilfe- formen schon erheblich verändert und werden sich weiter verändern. Viele frühere stationäre Großeinrichtungen, nicht selten isoliert gelegen, haben sich bereits deutlich verkleinert und ihre Angebote als gemeindenaher Angebote dezentralisiert. Formen der ambulanten Betreuung, insbe- sondere das Betreute Wohnen, werden immer weiter ausgebaut. Mit dem Bundesteilhabegesetz aus dem Jahr 2016 und der u. a. damit intendierten Aufhebung der Unterscheidung von stationä- ren und ambulanten Hilfeangeboten sowie der Trennung von existenzsichernden Leistungen von den eigentlichen Leistungen der Eingliederungshilfe, vor allem der Assistenzleistungen, werden sich weitreichende Entwicklungen im Bereich der Strukturen und der Organisationsformen der Ar- beit für Menschen mit Behinderungen vollziehen.³

Der fortschreitende Wandel der Hilfeformen, vor allem der Abbau umfassender stationärer Hilfe- formen mit eingeschlossener medizinischer Versorgung in den traditionellen Komplexeinrichtun-

³ Wichtige aktuelle Informationen und Positionen finden sich auf der laufend aktualisierten Website Umset- zungsbegleitung BTHG: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/service/links-und-materialien/material-tren- nung-leistungen/> (letzter Zugriff 30.8.2019).

gen, führt unter anderem dazu, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung weit überwiegend auf das medizinische Regelversorgungssystem angewiesen sind.

Leistungen der medizinischen Versorgung gehören nicht mehr zum unmittelbaren Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe. Als gesetzlich Krankenversicherte sind Menschen mit geistiger Behinderung den allgemeinen Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung – auch Zuzahlungen, Aufzahlungen und Leistungsausschlüssen – unterworfen wie alle anderen Versicherten. Auch ein quantitativer oder qualitativer Mehrbedarf an gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wird – im Widerspruch zu § 2a SGB V – bisher im SGB V nicht anerkannt, wenn man von den erst noch im Aufbau befindlichen Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung gemäß § 119c SGB V einmal absieht.

5. Die Besonderheiten der Zielgruppe und ihrer Versorgungssituation

5.1. Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung

Menschen mit geistiger Behinderung haben einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung unabhängig von den leistungsrechtlichen Konstellationen des Einzelfalls. Gesundheitliche Unterversorgung behinderter Menschen widerspricht dem grundgesetzlichen Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung gemäß Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes.

Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 eingeführte § 2a SGB V verlangt bereits, dass bei der medizinischen Versorgung die Belange behinderter Menschen zu beachten sind. Diese Rechtsposition ist durch Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention ausdrücklich bekräftigt worden (s. 5.4.).

5.2. Besonderer Bedarf und seine Gründe

Die Experten auf dem Gebiet psychischer Störungen von Menschen mit geistiger Behinderung stimmen weltweit darin überein,

- dass diese Personengruppe jede psychische Störung entwickeln kann, die auch in der Durchschnittsbevölkerung auftritt,
- dass manche psychische Störungen bei dieser Personengruppe aus verschiedenen Gründen häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung auftreten,
- dass Symptomatik und Verlauf solcher psychischen Störungen – auch in Abhängigkeit von der Schwere der geistigen Behinderung und zusätzlichen Behinderungen – erheblich von den üblichen Manifestationen dieser psychischen Störungen abweichen können,
- dass bei dieser Personengruppe außerdem spezifische psychische Störungen auftreten, die unmittelbar mit der geistigen Behinderung bzw. deren Ursache zusammenhängen (insbesondere die sog. Verhaltensphänotypen bei genetisch bedingten Behinderungssyndromen),

- dass bei dieser Personengruppe außerdem gehäuft Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die sich aus der Wechselwirkung der individuellen Bedingungen mit der unmittelbaren Umwelt erklären lassen, die aber von psychischen Störungen im engeren Sinne differentialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen. Teilweise spielen natürlich psychiatrisch bzw. neuropsychiatrisch charakterisierbare Komponenten in das Bedingungsgefüge solcher Verhaltensauffälligkeiten hinein.

Neben den besonderen diagnostischen und differentialdiagnostischen Anforderungen, die psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung mit sich bringen, sind die vor allem bei schwereren Graden geistiger Behinderung auftretenden Beeinträchtigungen der Kommunikation zu beachten. Außerdem sind die relevanten lebensweltlichen Kontexte als wesentliche Faktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu erfassen und zu bewerten.

Häufige somatische Komorbiditäten und Sinnesbeeinträchtigungen erschweren Diagnostik und Differentialdiagnostik. Oft sind umfangreiche und überdurchschnittlich zeitaufwändige Untersuchungen, die neurologische, internistische und andere somatisch-medizinische Aspekte betreffen, nötig.

5.3. Besonderheiten des Behandlungsprozesses

Der Behandlungsprozess – hierunter sei der gesamte Prozess von der Anamneseerhebung über Diagnostik, Assessment, Behandlung bis hin zu Rehabilitation und Sekundärprophylaxe verstanden – von Menschen mit geistiger Behinderung verlangt folgende fachliche Voraussetzungen:

- Kenntnisse der Besonderheiten von Symptomatik und Verlauf psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.
- Kenntnisse der spezifischen psychischen Störungsbilder bei Menschen mit geistiger Behinderung.
- Kenntnisse der Differentialdiagnostik von psychischen Störungen im engeren Sinne („psychiatrischer Krankheiten“) und der sehr häufigen kontextabhängigen Verhaltensauffälligkeiten.
- Kenntnisse über die Bedeutung des intellektuellen Entwicklungsniveaus für das Krankheitsverständnis und das krankheitsgemäße Verhalten.
- Kenntnisse über den Stellenwert der emotionalen Entwicklungsverzögerung, deren Assessment und Interpretation.

Methodisch sind folgende Besonderheiten zu beachten:

- Entwicklungsbezug: Verhaltensbesonderheiten und auch die Präsentation der Symptomatik psychischer Störungen sind oft nur angemessen interpretierbar auf dem Hintergrund des individuellen Entwicklungsniveaus, das bei Menschen mit geistiger Behinderung vom altersentsprechenden Durchschnitt erheblich abweichen kann.

- Kontextbezug: Viele auffällige Verhaltensweisen und manche Folgen psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung treten nur in bestimmten Kontexten auf oder werden nur in bestimmten Kontexten beobachtet.
- Abhängigkeit von unterstützenden Systemen: Menschen mit geistiger Behinderung sind in Abhängigkeit von Schwere und Komplexität ihrer Behinderung von familiären, professionellen oder anderen Hilfesystemen abhängig. Dies betrifft nicht nur die Erkennung von psychischen Störungen, sondern auch die Erschließung von fachlichen Hilfen, die Organisation von und die Begleitung zu therapeutischen Maßnahmen und darüber hinaus auch die Bekräftigung von Förder- und Therapiefortschritten.
- Zielgruppenspezifische Kommunikation und Interaktion: Introspektionsfähigkeit, sprachliche Kommunikationsfähigkeit sowie Interaktionsfähigkeit mit Fremden oder unter ungewohnten Bedingungen sind bei Menschen mit geistiger Behinderung in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer geistigen Behinderung und von zusätzlichen Behinderungen (z. B. sensorischen Behinderungen) oft beeinträchtigt. Die Kommunikation und Interaktion im Rahmen von Diagnostik und Therapie bedürfen einerseits der Erfahrung bei der Interpretation sprachlicher Mitteilungen und Interaktionsbesonderheiten sowie bestimmter Kompetenzen für alternative, z. B. nonverbale Kommunikationsformen.
- Vermehrter Zeitaufwand: Der Behandlungsprozess benötigt in allen seinen einzelnen Schritten bei Menschen mit geistiger Behinderung in Abhängigkeit von der Schwere der Behinderung überdurchschnittlich viel Zeit. Oft ist bereits überdurchschnittlich viel Zeit für die diagnostische Klärung notwendig. Aber auch die Therapie kann überdurchschnittlich lange Zeit brauchen, zumal wenn die endgültige diagnostische Sicherheit erst unter der Therapie gewonnen werden kann.
- Multiprofessioneller Zugang: Diagnostische und therapeutische Prozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung verlangen zumeist eine multiprofessionelle Herangehensweise, bei der das typische Methodenrepertoire der Psychiatrie um pädagogische und heilpädagogische Komponenten ergänzt werden muss.

5.4. Entwicklungsbedarf der Versorgungsangebote

Die Entwicklung der Versorgungsangebote muss grundsätzlich in zwei einander ergänzende Richtungen gehen:

(1) Regelversorgung

Das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem muss sich des Versorgungsbedarfs der Menschen mit geistiger Behinderung mehr als bisher annehmen. Es muss sich in fachlicher, organisatorischer und struktureller Hinsicht auf die bedarfsgerechte Versorgung dieser Zielgruppe ausrichten. Das Vorliegen einer geistigen Behinderung darf nicht zu unzulänglicher Versorgung oder gar zum Ausschluss aus einer adäquaten Versorgung führen. Die Versorgungsangebote müssen so entwickelt werden, dass sie

diejenigen Menschen mit geistiger Behinderung, die psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf haben, möglichst vollständig wohnortnah erreichen (sog. inklusive Versorgungsangebote des Regelversorgungssystems).

(2) Spezialisierte Angebote

Die speziellen Bedürfnisse und besonderen fachlichen Anforderungen von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung werden nicht immer angemessen vom Regelversorgungssystem befriedigt werden können. Deshalb bedarf das Regelversorgungssystem der Ergänzung durch zielgruppenspezifisch ausgerichtete spezialisierte Angebote, die gegebenenfalls die Beratung des Regelversorgungssystems und kurz- oder langfristig die Behandlung bzw. Mitbehandlung übernehmen können. Dieses ergänzende System muss mit dem Regelversorgungssystem auf engste vernetzt werden.

Die Vereinten Nationen verabschiedeten am 13.12.2006 das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities), üblicherweise als UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bezeichnet. Nachdem Deutschland schon 2007 die UN-BRK sowie das Fakultativprotokoll, das das Individualbeschwerdeverfahren regelt, unterzeichnet hatte, verabschiedeten im Dezember 2008 Bundestag und Bundesrat das Gesetz zur Ratifikation des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Damit wurde die Behindertenrechtskonvention seit dem 26. März 2009 für Deutschland zu unmittelbarem geltendem Recht.

Gemäß Artikel 4 der Konvention haben sich Bund und Länder verpflichtet, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen, deren Benachteiligungen zu verhindern und zweckentsprechende Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstige Maßnahmen zu treffen, um die Vorgaben der Konvention zu realisieren.

Im Artikel 25 UN-BRK (Gesundheit) heißt es: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

- a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei

- Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;
- c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
 - d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
 - e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;
 - f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.“⁴

Diese Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention müssen selbstverständlich uneingeschränkt auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen angewendet werden.

5.5. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und ihre Entwicklungserfordernisse im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung

5.5.1. Präventive Angebote

Für präventive, insbesondere für primär-präventive Ansätze zur Aufrechterhaltung und Förderung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung gibt es in Deutschland noch keine systematischen Programme und Strukturen. Ebenso gibt es keine spezialisierte und systematische Präventionsforschung, die sich mit den gesundheitsförderlichen und gesundheitschädigenden Bedingungen in den Lebenswelten (Verhältnisprävention) oder im Verhalten (Verhaltensprävention) dieser Zielgruppe befasst, obwohl aus der pädagogischen und heilpädagogischen Diskussion durchaus Ansatzpunkte für eine solche Forschung zu gewinnen wären.

⁴ Die UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff 18.8.2019)

Es ist notwendig, die Förderung und Erhaltung seelischer Gesundheit als wichtige Aufgabe der Eingliederungshilfe im Rahmen der Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe gemäß Bundesteilhabegesetz in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu verankern. Dies entspräche einem lebensweltlich orientierten Präventionsansatz. Davon könnten nicht nur positive gesundheitliche Effekte auf der individuellen Ebene für die Betroffenen selbst, sondern langfristig auch finanzielle Entlastungen oder die Dämpfung des Wachstums der finanziellen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und für die Eingliederungshilfe erwartet werden, die u. a. durch den Fallzahlzuwachs und die Alterung der Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung bedingt sind.

5.5.2. Kurative Angebote

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Abschnitte sollen die Versorgungssektoren und -strukturen stehen, die für die kurative Behandlung bestehender psychischer Störungen in Anspruch genommen werden können. Dabei wird jeweils so verfahren, dass einer knappen Situationsanalyse eine knappe Beschreibung der Entwicklungserfordernisse folgt.

Auf allzu detaillierte Ausführungen muss aus naheliegenden Gründen verzichtet werden.

5.5.2.1. Ambulanter Sektor

Angesichts der Vielzahl der in ihrer Herkunftsfamilie lebenden Menschen mit geistiger Behinderung sowie der fortschreitenden Dezentralisierung stationärer Angebote der Behindertenhilfe und des Ausbaus ambulanter Versorgungsformen für Menschen mit geistiger Behinderung, also mit der Entwicklung der Behindertenhilfe in Richtung auf gemeindeintegrierte Angebote, kommt dem ambulanten Regelversorgungssystem von vornherein eine sehr hohe und perspektivisch eine noch wachsende Bedeutung zu.

5.5.2.1.1. Niedergelassene Ärzte der allgemeinmedizinischen Versorgung

Niedergelassene Ärzte der allgemeinmedizinischen Versorgung (praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für innere Medizin in der allgemeinmedizinischen Versorgung) sind üblicherweise unter den ersten Ansprechpartnern für Menschen mit psychischen Störungen. Sie übernehmen teilweise die Diagnostik und Therapie, oft die Anbahnung einer psychiatrisch-fachärztlichen oder psychotherapeutischen Weiterbehandlung oder die Fortsetzung einer fachärztlich eingeleiteten Behandlung. Darum werden sie auch von Menschen mit geistiger Behinderung, deren Angehörigen oder professionellen Begleitern häufig in Anspruch genommen. Aussagekräftige statistische Zahlen liegen darüber aber nicht vor.

Es ist unter Bezug auf vielfältige Berichte und Alltagserfahrungen anzunehmen, dass diese Ärztegruppe mit den Besonderheiten der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen von Menschen mit geistiger Behinderung noch größere Schwierigkeiten als psychiatrische und psychotherapeutische Fachleute hat. Ihr fehlt zumeist das notwendige Wissen und die Kommunikationskompetenz

für diese Personengruppe. Erschwert wird ihre Arbeit noch durch die unzulängliche Vergütung des überdurchschnittlichen Zeitaufwands. Es ist anzunehmen, dass gerade von vielen niedergelassenen Ärzten Symptome psychischer Störungen als Bestandteil der geistigen Behinderung missdeutet werden (sog. Diagnostic Overshadowing) und damit unerkannt und unbehandelt bleiben.

Für diese Ärzteguppen müssen niederschwellige Fortbildungsangebote entwickelt werden, die ihnen Problembewusstsein, zielgruppenspezifische Basiskompetenzen vermitteln und erkennen helfen, wann welche Leistungen durch Spezialisten erforderlich sind.

5.5.2.1.2. Niedergelassene Psychiater

— Niedergelassene Psychiater (einschließlich Nervenärzte) haben naturgemäß nach den allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten für Menschen mit psychischen Störungen eine Schlüsselrolle bei der ambulanten Versorgung. Sie müssen sich mehr als bisher mit den fachlichen Anforderungen der Zielgruppe geistig behinderter Menschen auseinandersetzen. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei die Analyse der lebensweltlichen Faktoren bei Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und davon abzugrenzender Verhaltensauffälligkeiten ein. Dies ist verlässlich nur im Rahmen einer aufsuchenden Tätigkeit in Familien, Wohneinrichtungen, Werkstätten usw. zu leisten. Sofern nicht Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe derartige besondere Dienstleistungen aus eigenen Ressourcen finanzieren, ist bislang der ärztliche Mehraufwand nicht vergütet.

— Neben den diagnostischen und therapeutischen Aufgaben im Rahmen der Krankenversorgung kommt insbesondere der Beratung und praktischen Anleitung von personellen Unterstützungssystemen (Familien, professionelle Begleiter usw.) eine wichtige Rolle zu.

Für den besonderen fachlichen und zeitlichen Aufwand der vorbeschriebenen Aufgaben sind angemessene – aufwandsdeckende – Vergütungen notwendig. Der EBM wird dem derzeit nicht gerecht. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn ein Arzt zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung einen Schwerpunkt ausbildet, der ihn befähigt, besonders umfangreiche zielgruppenspezifische Erfahrungen zu sammeln. Dadurch wird er für diese Patienten besonders attraktiv. Demzufolge muss der EBM in Richtung auf Deckung des überdurchschnittlichen Zeitaufwandes und die erweiterten Möglichkeiten für aufsuchende ärztliche Aktivitäten angepasst werden. Das oft entgegengehaltene Argument, dass der EBM auf durchschnittlicher Bewertung beruht, stimmt im Hinblick auf dessen Herleitung, bewirkt in der Versorgungswirklichkeit bei überdurchschnittlich zeitaufwändigen Patienten eine Tendenz der Ausgrenzung oder unzureichender zeitlicher Zuwendung.

5.5.2.1.3. Niedergelassene Psychotherapeuten

Für niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sind ähnliche Anforderungen wie für niedergelassene Hausärzte, Psychiater und Nervenärzte zu beschreiben.

Rückmeldungen aus der Eingliederungshilfe und von Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung belegen, dass gerade im Hinblick auf die Erreichbarkeit kompetenter psychotherapeutischer Hilfen ein besonders großer Bedarf besteht.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung ist zu beachten: Die Begrenzung auf Verfahren und Behandlungssettings der Richtlinienpsychotherapie benachteiligt diese Patientengruppe. Die Generalisierung von psychotherapeutischen Behandlungserfolgen und ihr Transfer in die realen lebensweltlichen Bezüge sind begrenzt, wenn nicht eine Einbeziehung der personellen Unterstützungssysteme (Familie, Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe) gewährleistet ist. Mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie durch den GBA-Beschluss vom 18.10.2018 durch zusätzliche Regelungen für Menschen mit geistiger Behinderung ist diesen Erfordernissen grundsätzlich Rechnung getragen worden. Vor allem ist damit zugleich klargestellt, dass die gelegentlich geäußerte Auffassung, Menschen mit geistiger Behinderung seien der Psychotherapie nicht zugänglich, als überholt gelten muss.

Insbesondere von den psychotherapeutischen Fachgesellschaften und von den Psychotherapeutenkammern sind fachliche und konzeptionelle Unterstützung bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Therapieverfahren zu fordern. Die Rahmenbedingungen der Richtlinienverfahren müssen für diese Zielgruppe modifiziert und ergänzt werden. Insbesondere muss der Aspekt des emotionalen Entwicklungsniveaus berücksichtigt werden.

Von den Weiterbildungsinstituten der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist zu fordern, diese Thematik in ihre Angebote aufzunehmen. Darauf sollten die Landespsychotherapeutenkammern die Institute verpflichten. Für ein sich abzeichnendes grundständiges Studium der Psychotherapie ist selbstverständlich die verpflichtende Integration dieser Thematik gleichfalls zu erwarten.

Die Vergütung der Leistungen muss aufwandsgerecht sein, damit gegebenenfalls ein fachlicher Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ausgebildet werden kann.

5.5.2.1.4. Psychiatrische Institutsambulanzen

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) dienen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung spezieller Gruppen psychisch Erkrankter, die von den Angeboten der niedergelassenen Ärzte nur unzureichend erfasst werden. Demzufolge ist es sinnvoll, dass Psychiatrische Institutsambulanzen eine fachliche Profilierung in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein psychiatrisches Fachkrankenhaus einen Schwerpunkt in der stationär-psychiatrischen Versorgung geistig behinderter Menschen vorhält.

Das erlaubt, die Fachkenntnisse und Systemkenntnisse der Professionellen aus ambulanter und stationärer Versorgung zu kombinieren und einen engen Bezug zwischen ambulantem und stationärem Sektor herbeizuführen. Davon sind eine Verbesserung der Versorgungsqualität und Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte zu erwarten.

Eine besondere Anforderung besteht darin, durch eine umfangreiche aufsuchende Tätigkeit einerseits individuellen Problemlagen im lebensweltlichen Alltagsbezug (Setting) zu analysieren, andererseits durch eine der stationären Aufnahme vorgelagerte Beratung des Hilfesystems und eine settingbezogene Therapie stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Auch die nachsorgende Behandlung mit lebensweltlichem Settingbezug einschließlich der beratenden und supervisorischen Begleitung ist eine wichtige Aufgabe spezialisierter PIA mit dem ausdrücklichen Ziel, stationäre Behandlungserfolge zu stabilisieren und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden. Die Vergütung der Leistungen muss diesen umfangreichen und zeitaufwändigen Aufgaben entsprechen.

Unbedingt müssen die Diagnoselisten der Rahmenvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern, die den Zugang zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen limitieren, erweitert werden, etwa um die Diagnosen F7x.1 oder F80-F89.

5.5.2.2. Stationärer und teilstationärer Sektor

5.5.2.2.1. Stationäre psychiatrische Versorgung

Sowohl die Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern als auch die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser müssen in der ihr zugeordneten Versorgungsregion die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung ausdrücklich berücksichtigen. Die häufige Praxis, diese Patienten nicht stationär aufzunehmen oder schnellstmöglich ohne ausreichenden Behandlungserfolg zu entlassen, widerspricht der UN-Behindertenrechtskonvention. Jedes psychiatrische Fachkrankenhaus, jede psychiatrische Abteilung muss sich auch für diese Patientengruppe grundsätzlich als zuständig verstehen. Dafür sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und Fachkompetenzen vorzuhalten. Dies beinhaltet sowohl gezielte Fortbildungen aller Mitarbeitenden als auch die evtl. Möglichkeit, spezialisierte interdisziplinäre Teams zu bilden.

Nur wenn die Besonderheiten der betreffenden Person die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen im Hinblick auf Diagnostik und Therapie eindeutig übersteigen, ist eine Überweisung in eine spezialisierte stationäre Einrichtung gerechtfertigt und zweckmäßig. Gerade weil das immer wieder vorkommt, sind derartige Spezialangebote für eine größere Versorgungsregion unentbehrlich.

Für die Etablierung stationärer Spezialangebote werden am ehesten größere psychiatrische Abteilungen und Fachkrankenhäuser in Betracht kommen. Spezialisierte Teams oder spezialisierte Bereiche innerhalb der Psychiatrischen Abteilungen oder Fachkrankenhäuser müssen spezielle Konzepte

erarbeiten und vorhandene störungsspezifische Interventionen zielgruppenspezifisch modifizieren. Sie sollten den speziellen fachlichen Austausch pflegen. Im Übrigen sollten solche Spezialangebote ihre Erfahrungen und Kompetenzen im Rahmen von Fortbildungen, Beteiligung an Weiterbildungen und in Form kollegialer Beratung anderen zur Verfügung stellen.

Spezialisierte stationäre Bereiche benötigen im Hinblick auf die konzeptionelle Ausrichtung, auf die besonderen räumlichen und sonstigen sächlichen Ausstattungen sowie auf die zusätzliche personelle Ausstattung (Heilerziehungspfleger, Sonderpädagogen usw.) überdurchschnittliche Ressourcen. Deshalb müssen diese Bereiche mit in der Quantität ausreichendem und mit zusätzlichem speziellem Personal (z. B. Heilerziehungspfleger) ausgestattet werden. Die besondere Personalausstattung muss selbstverständlich in der Vergütung berücksichtigt werden.

Das bisherige Entgeltsystem für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie war wenig geeignet, den überdurchschnittlichen Aufwand in der Ressourcenausstattung und im Zeitaufwand zu finanzieren. Eine Quersubventionierung spezialisierter Bereiche aus den Erlösen anderer stationärer Bereiche war nicht sachgerecht. Inwieweit das neue Vergütungssystem mittel- und langfristig das Problem aufwandsgerechter Finanzierung zu lösen vermag bzw. daraufhin angepasst werden kann, bleibt abzuwarten.

Mit Nachdruck ist zu fordern, gerade für Menschen mit geistiger Behinderung innovative Alternativen zum stationären Krankenhausaufenthalt zu entwickeln. In Betracht kommen hier in erster Linie die stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen gemäß § 115d SGB V. Dies ist allein schon deshalb zweckmäßig, um den häufigen Effekt zu umgehen, dass Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung durch einen Krankenhausaufenthalt nachhaltig irritiert werden.

5.5.2.2.2. Integrierte ärztliche Dienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Derzeit existieren ärztliche (und psychologische) Fachdienste, sog. integrierte Fachdienste, nur noch bei einigen wenigen größeren Trägern von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe. Im Allgemeinen sind deren Dienstleistungen ausdrücklich auf die stationäre Klientel der Einrichtungen beschränkt. Unter dem fortschreitenden Kostendruck entscheiden sich immer mehr Träger, diese Fachdienste zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Damit gehen wichtige zielgruppenbezogene Kenntnisse und Kompetenzen verloren, obwohl sie dringend gebraucht werden.

Man hat die integrierten ärztlichen und psychologischen Fachdienste unter einer abstrakten Perspektive der „Normalisierung“ kritisiert. Da heute durch moderne Versorgungsformen wie die stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen gemäß § 115d SGB V oder die mobile Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 1 SGB V ausdrücklich der lebensweltliche Settingbezug gewürdigt wird, stellen sich derartige Angebote durchaus als zweckmäßig und keineswegs pauschal als überholt dar. Sie können die Interpretation der Gesundheitsprobleme auf dem Hintergrund des Alltags in Wohnein-

richtungen oder WfbM vollziehen, sie können therapeutische Anleitung auf die Alltagsgegebenheiten beziehen und Mitarbeitende zielgerichtet instruieren und supervidieren. Nicht ein grundsätzlicher konzeptioneller Einwand gegen integrierte Fachdienste kann also geltend gemacht werden, sondern eher organisatorische Überlegungen, wenn Träger ihre Angebote dezentralisieren und über größere Regionen dislozieren.

Es ist darum sinnvoll, für solche Fachdienste eine Entwicklungsperspektive in Form von MZEB (s. 5.5.2.2.4.) zu prüfen.

5.5.2.2.3. Ermächtigte Einrichtungen nach § 119a SGB V

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hatte Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über einen ärztlichen Dienst verfügen, mit § 119a SGB V die Möglichkeit eröffnet, sich im Wege einer Ermächtigung an der regionalen ärztlichen Versorgung von Patienten mit geistiger Behinderung zu beteiligen, soweit und solange für die speziellen Anforderungen die Kenntnisse und Kompetenzen dieser Dienste gebraucht werden. Nur sehr wenige Einrichtungen haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, weil die praktische Verwirklichung insbesondere an der für diesen patientenselektiven Spezialauftrag unzureichenden Finanzierungsgrundlage im EBM scheitert. Außerdem ist keine multiprofessionelle Arbeitsweise zugrunde gelegt und finanziert. Im Grunde genommen ist diese Regelung durch die Einführung der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung gemäß § 119 c SGB V (s. 5.5.2.2.4) überholt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es einige wenige Einrichtungen der Eingliederungshilfe gibt, die auf der Grundlage dieser Regelungen ermächtigt worden sind und weiterhin damit arbeiten können. Gleichwohl ist auch hier zu prüfen, ob eine sinnvolle Perspektive in der Weiterentwicklung Richtung MZEB bestehen könnte.

5.5.2.2.4. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen

Im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015 wurden mit einem neuen § 119c SGB V die gesetzlichen Grundlagen für die Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geschaffen. Das entsprach dem seit den 1990er Jahren hauptsächlich von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderungen verfolgten Ziel, nämlich in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (§119 SGB V) für Erwachsene mit vergleichbarem spezialisiertem Behandlungsbedarf spezialisierte Angebote zu schaffen. Die MZEB arbeiten interdisziplinär und multiprofessionell unter ärztlicher Leitung. Sie sollen aufs engste mit den Angeboten der Regelversorgung zusammenarbeiten und können als fachliches Kompetenzzentrum für Versorgung und für Fort- und Weiterbildung in der Region fungieren.

Allerdings schreitet der Aufbau der MZEB aufgrund der häufig obstruktiven Haltung der Selbstverwaltung, insbesondere der Krankenkassen, nur langsam voran. Es gibt Bundesländer, in denen noch

kein einziges MZEB arbeitet. Obwohl die fachlichen Schwerpunkte der MZEB unter Bezug auf die Gegebenheiten und Bedarfslagen zweckmäßigerweise vor Ort festzulegen sind, darf aus den bisherigen Entwicklungen gefolgert werden, dass sich die Nachfrage und demzufolge die Angebotschwerpunkte vieler MZEB hauptsächlich im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Fragestellungen herausbilden werden⁵. Diese Entwicklung ist angesichts weithin ungedeckten qualifizierten Versorgungsbedarfs unbedingt voranzutreiben.

5.5.2.3. Fachgebiet- und sektorübergreifende innovative Versorgungsformen

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 in das SGB V eingeführten innovativen Versorgungsformen, namentlich die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und die Integrierte Versorgung⁶, eignen sich aufgrund ihrer interdisziplinären und transsektoralen Arbeitsweise grundsätzlich für die Versorgung der Zielgruppe geistig behinderter Menschen. Gleichwohl spielen die MVZ praktisch keine nennenswerte Rolle für die Versorgung der Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung.

Für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sollten gezielt Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V und vor allem gemäß § 64b SGB V etabliert und praxistaugliche Lösungen im Rahmen der Regelungen des 2019 eingeführten § 140a SGB zur besonderen Versorgung entwickelt werden.

5.5.3. Rehabilitative Angebote

Das GKV-WSG hat den Anspruch auf rehabilitative Leistungen als Regelanspruch eingeführt. Leider verschließen sich bisher viele Rehabilitationsangebote ausdrücklich oder aufgrund geforderter Eingangsvoraussetzungen der Zielgruppe geistig behinderter Rehabilitanden (medizinische Rehabilitation). Es ist davon auszugehen, dass für diese Zielgruppe in besonderer Weise der Settingbezug, die Einbindung in die alltägliche Lebenswelt, von Belang ist. Deshalb sollten für die Zielgruppe aufsuchende Angebote (mobile Rehabilitation) durch interdisziplinäre Teams gemäß § 40 Abs. 1 SGB V im Vordergrund zukünftiger Entwicklungen stehen. Die Bereitstellung angemessener Finanzierungen ist dabei unverzichtbar.

Als effektive Alternative zu klassischen stationären und ambulanten Angeboten, die sich vermutlich nur schwer auf Menschen mit geistiger Behinderung einrichten, kommt der Ausbau von zielgrup-

⁵ S. Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2015): Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf (letzter Zugriff 30.8.2019)

⁶ Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist die Vertragsform der Integrierten Versorgung durch die Besondere Versorgung nach § 140a SGB V (neu) ersetzt worden.

penspezifischen Angeboten der mobilen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 1 SGB V in Betracht. Solche mobilen Angebote könnten den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung besonders gut entsprechen und settingbezogen flexibel wirksam werden. Angesichts der vom BTHG intendierten Auflösung der strikten Grenzen zwischen den Hilfeformen könnten sich auch neue Spielräume für die Durchführung solcher mobilen Angebote in Wohngemeinschaften, Wohnheimen, Werkstätten usw. ergeben. Die Orientierung auf die Alltagsbedingungen erlaubt zugleich, die Assistenten und sonstigen Unterstützer sachgerecht zu instruieren – und zu supervidieren.

5.5.4. Maßregelvollzug und Forensische Nachsorge

In den Maßregelvollzugskliniken fehlt es für Personen mit Intelligenzminderung, in der Regel an zielgruppenspezifischen Förderkonzepten, die aktuelle Erkenntnisse, etwa der Förderung der emotionalen Reifung, aufgreifen. Damit gerät der Auftrag des Maßregelvollzuges, neben der Sicherung auch zu bessern, gegenüber dem Sicherungsauftrag ins Hintertreffen.

Der Maßregelvollzug liegt in der Verantwortung der Bundesländer. Deshalb ist zu verlangen, dass die Bundesländer sich dieser Problematik annehmen und dass von den zuständigen Behörden der Bundesländer entsprechende Impulse zur Qualifizierung der Förderkonzepte ausgehen.

Der vielerorts beklagte Mangel an geeigneten Anschlussangeboten bei Entlassung ist eine Herausforderung an die Eingliederungshilfe, an deren Leistungsträger und Leistungserbringer. Systematische Kooperationen mit Maßregelvollzugskliniken und vor allem eine verlässliche Forensische Nachsorge für die Zielgruppe von aus dem Maßregelvollzug entlassenen straffällig gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung können wichtige Beiträge sein, um Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu einem verstärkten Engagement für Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an den Maßregelvollzug zu motivieren.

5.6. Voraussetzungen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Systems

Grundsätzlich ist für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Systems für die Versorgungsbelange der Zielgruppe geistig behinderter Menschen eine breite Anerkennung des Bedarfs und der Notwendigkeit besonderer Rahmenbedingungen notwendig. In diesen Konsens sind nicht allein die Akteure der unmittelbaren Versorgung, sondern auch die Gremien der Selbstverwaltung, die Kostenträger, namentlich die Krankenkassen, sowie die Gesundheitspolitiker einzubeziehen.

5.6.1. Fachpolitischer Diskurs

Eine wichtige Voraussetzung der sachgerechten Entwicklung ist ein kontinuierlicher fachpolitischer Diskurs, der sich nicht nur den Kriterien von Evidenzbasierung und Best Practice verpflichtet, son-

dem auch einen die Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) und Gesundheitsversorgung übergreifenden Austausch gemäß Artikel 26 UN-BRK sowie die Rezeption internationaler Erfahrungen einbezieht.

Vor allem sind die sozialpolitischen Ziele von Teilhabeförderung, Personenzentrierung und Inklusion sowie ein menschenrechtlich fundiertes Verständnis dieses Auftrages zugrunde zu legen.

5.6.2. Öffentlichkeitsarbeit

Der Erfolg aller Bemühungen um die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung hängt maßgeblich davon ab, dass diese Thematik nicht allein im Rahmen eines auf die unmittelbar Beteiligten begrenzten Fachdiskurses behandelt wird, sondern in einem breiteren Rahmen eine effektive und gezielte Öffentlichkeitsarbeit stattfindet. Die Fachöffentlichkeit (z. B. Fachgesellschaften, Fachverbände, Berufsverbände) muss Betroffene (im Sinne von Self-advocacy), ihre Angehörigen und sonstigen Vertreter (im Sinne von Advocacy) beteiligen. Eine herausragende Rolle als Kooperationspartner sollten die Selbsthilfebewegung, die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege spielen.

5.6.3. Vergütung

Im Vorstehenden wurden wiederholt die notwendigen Anpassungen der Vergütungssystematik im ambulanten und stationären Bereich erwähnt. Es müssen dabei die besondere Struktur- und Prozessqualität (Interdisziplinarität) und der überdurchschnittliche Zeitaufwand finanziell angemessen abgebildet werden.

Konkretisieren lassen sich die Forderungen insbesondere folgendermaßen:

- Verbesserung der Vorgaben zur Personalausstattung für die stationär-psychiatrische Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung – vor allem für die spezialisierten stationären Angebote – im Rahmen des laufenden Prozesses zur Erarbeitung der „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 SGB V“ (PPP-RL).
- Zielgruppenbezogene Anhebung der Vergütungspauschalen im ambulanz-psychiatrischen Sektor (PIA, MZEB).
- Verbesserung der EBM-Vergütung für die ambulanz-psychiatrische Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung durch niedergelassene Psychiater, ebenso Sicherstellung einer aufwandsgerechten Vergütung für die psychotherapeutische Behandlung.

5.6.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Sowohl in die Ausbildung als auch in die Fort- und Weiterbildung aller am psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen (Pflegepersonal, Ärzte, Psychotherapeuten usw.) muss das Thema der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen werden.

Vorschläge für die inhaltliche Ausgestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten in Standardcurricula formuliert bzw. vorhandene Curricula zugrunde gelegt werden.

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Psychiatrie und Psychotherapie von 2018 bestimmt „Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und mit Intelligenzminderung“⁷ (S. 254) als eine der zu erwerbenden Handlungskompetenzen. Es sollten alle dafür zuständigen Gremien darauf achten, dass dieser Weiterbildungsinhalt tatsächlich berücksichtigt wird.

5.6.5. Wirtschaftlichkeit

Die bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wird nur gelingen, wenn aufwandsdeckende Vergütungen der ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen ermöglicht werden. Gleichzeitig müssen die Leistungen sich nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsprinzips vollziehen und weiterentwickeln.

Der Begründung der besonderen Ressourcenzuweisung für diese Aufgaben muss eine übergreifende volkswirtschaftliche Betrachtung zugrunde gelegt werden, die sich vergegenwärtigt, dass der besondere Aufwand für eine effektive und effiziente psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe geistig behinderter Menschen nicht allein dem Verbot der Benachteiligung dieser Zielgruppe entspricht, sondern Kosten in anderen sozialen Sicherungssystemen (Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung) vermindern hilft.

5.6.6. Forschung

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Menschen bedarf der umfassenden Aufmerksamkeit für dieses Thema im Bereich der medizinischen, pflegewissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Es geht in erster Linie um Versorgungsforschung (vor allem an den Schnittstellen zwischen Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe), Therapieforschung und auch um Grundlagenforschung. Es sollten insbesondere interdisziplinäre Zugänge berücksichtigt sowie themenspezifische Methoden der partizipativen Forschung übernommen, entwickelt und angewendet werden. Auf allen diesen Gebieten finden sich derzeit nur wenige

⁷ Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung, S. 254

systematische Aktivitäten. Für die erwähnten Themenkomplexe ist angemessene öffentliche Forschungsförderung notwendig, um Anschluss an das internationale Niveau der Forschung zu erreichen. Allerdings begegnet Forschung auf diesem Gebiet unabhängig von der Finanzierungsproblematik einer Reihe methodischer, rechtlicher und ethischer Probleme.

Für die Intensivierung und Qualifizierung der Forschung kämen etwa ein Förderschwerpunkt „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ beim BMBF, die Etablierung eines Kompetenznetzwerkes „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ durch das BMBF oder auch ein Förderschwerpunkt „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ im Förderprojekt „Versorgungsforschung“ (BMBF, GKV, PKV, DRV-Bund etc.) sowie Mittel aus der DFG-Förderung in Frage.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung bedarf umfassender, vielschichtiger Bemühungen.

Es ist erforderlich, für die Bearbeitung der benannten Aufgaben im nächsten Schritt einen strategisch ausgerichteten Plan aufzustellen, der neben der Priorisierung der Ziele und Maßnahmen eindeutige Aussagen über die zeitliche Abfolge der Bearbeitung, die Zuständigkeiten und die notwendigen Kooperationsbezüge zu Dritten enthält.

Diese überarbeitete Fassung des Positionspapiers wurde vom DGPPN-Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ unter Federführung von Prof. Dr. Michael Seidel (Bielefeld) erarbeitet.