

Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung*

Von Christian Janßen

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist eine besondere – wie die Arbeit mit anderen Klientinnen¹ auch –, so lautete das Resümee eines ersten Artikels des Autors im Psychotherapeutenjournal 4/2018. Die Arbeit erfordert wie sonst auch ein individuelles Vorgehen und eine Anpassung der Methoden. Wo jedoch liegen die Schwierigkeiten und Hindernisse, die eine angemessene Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung mit psychotherapeutischen Angeboten erschweren? Sie existieren auf verschiedenen Ebenen: in Bezug z. B. auf die Bereitschaft und Berührungsängste der Niedergelassenen genauso wie in den Psychotherapie-Richtlinien. Die schlechte Versorgung ist vermutlich einer der Gründe, warum der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Herbst 2018 erste Schritte für eine Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Klientel unternommen hat. Die Inklusion dieser Klientel ist seit 2006 durch die UN-Behindertenrechtskonvention Auftrag an die bundesdeutsche Politik – d. h. das Zurverfügungstellen gleicher Angebote und Möglichkeiten wie für Menschen ohne Beeinträchtigung. Dieser Anspruch gilt auch für die Gesundheitsversorgung und darin insbesondere die Psychotherapie in unserer durch vielfältige Ausgrenzung gekennzeichneten Gesellschaft.

Im Psychotherapeutenjournal, Heft 4/2018 (*Janßen, 2018a*)² wurden die Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in der therapeutischen, insbesondere der ambulant-therapeutischen Arbeit dargestellt. Im folgenden Text soll der Frage nachgegangen werden, welche administrativen, alltagspraktischen und sozialpolitischen Besonderheiten und Hindernisse im Rahmen der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen sind. Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen werden im Hinblick auf Perspektiven der Versorgung diskutiert.

Geistige Behinderung (oder in der Nomenklatur der ICD: Intelligenzminderung³) stellt aus Sicht des Verfassers an sich keine psychische Störung von Krankheitswert dar (obwohl die ICD sie in Kapitel V in der Diagnosegruppe F70.x führt), sondern eine Eigenschaft wie die Haarfarbe, die eine Person ihr Leben lang von anderen unterscheidet (*Schanze, 2017, S. 100f.*). Eine psychische Störung kann zusätzlich – auch aufgrund der besonderen Verletzlichkeit durch die Behinderung häufiger als bei anderen – die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen (*Janßen, 2018a, S. 339f.*).

Im November 2003 wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung: „In erschreckend vielen Fällen gelingt es den Beteiligten vor Ort nicht, geeignete therapeutische Hilfsangebote in der Region

* *Quelle:* Psychotherapeutenjournals, Heft 4/2018; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors. Hierbei handelt es sich um einen Folgeartikel. Der Artikel „Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung – Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis“ von Christian Janßen wurde in der Ausgabe VPP 2/2020 abgedruckt.

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Ein weiterer Hinweis: Im heilkundlichen Kontext wird normalerweise von „Patientinnen“ gesprochen; auch dieser Artikel beschreibt die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eben in ihrer Rolle als Patientinnen. Der Begriff „Klientin“ trägt allerdings der regelhaften Eingebundenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in einen institutionellen Kontext Rechnung – dort ist er ein üblicher Begriff – und soll daher für diesen Artikel erhalten bleiben.

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

³ Zur Diskussion dieser Begrifflichkeiten vgl. *Janßen, 2018a, S. 337*.

zu erreichen. Es gibt nur wenige niedergelassene Therapeuten und Ärzte, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spezielle Kenntnisse erworben haben. (...) Wir bitten angesichts dieser Situation um Ihre Unterstützung“ (zit. n. *Werther, 2005*, S. 116). Bis heute hat sich an der hier beschriebenen Mangelversorgung nicht viel verändert.

Im Jahr 2007 zählte *Schanze* in Deutschland nur 31 erwachsenenpsychiatrische Spezialabteilungen in Kliniken (siehe auch *Werther & Hennicke, 2008*, S. 122). Befragungen ergeben immer wieder, dass nur eine geringe Anzahl von Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) mit dieser Klientel arbeitet. In Baden-Württemberg waren z. B. 2.500 PP angeschrieben worden. 154 Kolleginnen davon (6 %) hatten geantwortet, von diesen wiederum berichteten nur 62 über Erfahrung in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, somit etwa 2,5 % aller PP (*Kremitzl et al., 2018*). In Bielefeld, Sitz der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und des Johanneswerks, der europäischen „Hauptstadt“ der Diakonie, wie das Stadtmarketing hervorhebt, sind dem Verfasser ganze vier von aktuell 260 ambulant tätigen PP/KJP bekannt, die angeben, kontinuierlich psychotherapeutisch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten.

Welche Faktoren lassen sich für die schlechte psychotherapeutische Versorgung dieser Klientel identifizieren?

Faktoren für die psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Faktoren aufseiten des Gesundheitssystems

Auf der Grundlage des Sozialgesetzbuchs (SGB) V sind in den letzten Jahrzehnten kassenärztliche Richtlinien und Regelungen zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland entwickelt worden, die nicht auf Sondergruppen spezifiziert sind und sich damit auf die Deckung des psychotherapeutischen Bedarfs von Menschen ohne Behinderung beziehen. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) hat diese Ausformung eher unterstützt.

In der schulenspezifischen Ausgestaltung von Psychotherapie bildet ebenfalls diese Mehrheit von Klientinnen ohne geistige Behinderung den Orientierungsrahmen. In dem derzeitigen System einer vorwiegend verbalorientierten Psychotherapie und den dafür gestalteten Rahmenbedingungen hat lediglich die Gruppe von Menschen mit leichter geistiger Behinderung eine Chance. Die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und mit psychischen Störungen ist in unserem Gesundheitssystem aus Sicht des Verfassers in Bezug sowohl auf die organisatorischen wie auch die fachlichen Bedingungen schlecht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 21. Dezember 2018 einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestätigt, der erstmals die Notwendigkeit besonderer Bedingungen für Menschen mit geistiger Behinderung anerkennt (*G-BA, 2018a, b, c; BMG, 2018*). Die überarbeitete Psychotherapie-Richtlinie sieht z. B. vor, dass Menschen mit Intelligenzminderung, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, zukünftig zehn zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der Krankenkassen erhalten können. Darüber hinaus sind Möglichkeiten eingefügt worden, Bezugspersonen zusätzlich in vier Sprechstunden, der Probatorik und zwei bzw. vier Einheiten Rezidivprophylaxe dieser Gruppe einzubeziehen (*G-BA, 2018c*).

Dies muss als ein erster, von Fachleuten lange ersehnter Schritt in der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie für diese Zielgruppe bewertet werden. Erste Erfahrungen des Verfassers zu einer Planung der Rezidivprophylaxe in der Klientel zeigen jedoch, dass diese nicht den erforderlichen Umfang einer ausschleichenden Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zu ermöglichen scheint.

Die derzeitige Gebührenordnung ist in Bezug auf diesen größeren Zeitbedarf kaum hilfreich (*Janßen, 2018a*): Die Ziffer 23220 (Psychologisches Gespräch) ist zwar auch als grundsätzliche Möglichkeit eines stabilisierenden Kontaktes nach Ende einer Psychotherapie (i. S. einer Nachsorge) bzw. als Sicherheit für die Klientin mit maximal 150 Minuten im Quartal berechnungsfähig, sie ist jedoch als „nicht-genehmigungspflichtige Leistung“ z. T. budgetiert. Bei Überschreitung des Budgets wird diese Leistung im Nachhinein nicht vollständig, sondern z. B. je nach Kassenärztlicher Vereinigung und Quartal nur zu etwa 80 % vergütet.

Welche Auswirkungen der Beschluss des G-BA (2018d) zur Anerkennung der systemischen Therapie hat, kann zu diesem Zeitpunkt nicht bewertet werden. Immerhin wird im Folgenden und z. B. bei *Janßen (2018a)* deutlich, welche Bedeutung ein systemischer Hintergrund der Psychotherapeutin und ein daraus abgeleitetes Vorgehen hat.

Faktoren aufseiten der Klientel

Janßen (2018a, S. 339f.) hat dargestellt, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der Eigenschaften, die ihre Behinderung mit sich bringt, und deren Folgen verletzlicher sind als andere (*Werther, 2005, S. 117*). Allein diese Tatsache führt neben weiteren zu einer größeren Prävalenz psychischer Störungen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis fünfmal häufiger sind als in der Durchschnittsbevölkerung (*Schanze, 2007; Meins, 1994*).

Verschiedene klientelspezifische Faktoren (u. a. kognitive, das „Verstehen der Welt“ einschränkende Faktoren oder das Auseinanderfallen von körperlicher, kognitiver und sozialemotionaler Entwicklung; vgl. *Janßen, 2018a, S. 342*) führen zu Unterschieden zur Psychotherapie mit Menschen ohne geistige Behinderung und müssen in der Versorgungsplanung wie der individuellen Arbeit berücksichtigt werden. Dies betrifft z. B.

- eine geringe Zuverlässigkeit beim Mitbringen der Gesundheitskarte bzw. einer Überweisung oder
- die Verbindlichkeit der Terminwahrnehmung, die deutlich eingeschränkt sein kann:
 - Häufig ist die zeitliche und/oder örtliche Orientierung begrenzt.
 - Ein pünktlicher Sitzungsbeginn und kontinuierlicher -rhythmus ist erfahrungsgemäß fremd.
 - Das Erscheinen kann auch stark von aktuellen Bedürfnissen geprägt sein.

Terminausfälle und Verspätungen bzw. auch ein zu frühes Erscheinen sind häufig. Die Terminplanung ist dadurch oftmals unkalkulierbar und dann nicht abrechnungsfähig, was Probleme für die wirtschaftlich notwendige Praxisauslastung zur Folge haben kann. Spontane Termine sind unter Umständen in Einrichtungen zu organisieren, unter ambulanten Versorgungsbedingungen geht das nicht. Im Praxisalltag des Verfassers fallen dadurch mehr als 25 % der zuvor vereinbarten Termine aus. Aufgrund ihres Status (Menschen mit geistiger Behinderung sind i. d. R. Empfängerinnen von

staatlichen Unterstützungsleistungen) kann jedoch keine ausreichende Ausfallvereinbarung getroffen werden. Pädagogisch wirksam wird ggf. ein symbolischer Geldbetrag.

Wenig überrascht dann auch die Erfahrung, dass Menschen mit geistiger Behinderung weniger zuverlässig in der Erledigung psychotherapeutischer „Hausaufgaben“ oder der Einhaltung von „Absprachen“ sind als nicht-behinderte.

Darüber hinaus braucht Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich mehr Zeit, die anders als bei Menschen ohne geistige Behinderung den kontingentierte Umfang der Bewilligungen belastet. Ein solcher zeitlicher Mehraufwand ist vonnöten

- zum Aufbau und Erhalt von Vertrauen vor dem Hintergrund eines Lebens voller Beziehungsabbrüche oder von Diskriminierungen oder Gewalterfahrungen,
- wegen Verständigungsproblemen in kognitiver Hinsicht und aufgrund des großen Spektrums individueller Signale,
- für das Verständnis angestrebter Interventionen,
- zum Transfer des Bearbeiteten in den Alltag oder bei der Übertragung eines Musters auf ähnliche Themen. Dieser letztgenannte Aspekt impliziert auch, dass Themen nur bedingt aufbauend bearbeitet werden können. In gleichem Maße betrifft dies Schwierigkeiten der Klientinnen, aus eigenen Erfahrungen oder aus beobachteten Verhaltensweisen anderer und deren Erfolg bzw. Misserfolg zu lernen. Ebenso werden die Zusammenhänge im eigenen Verhalten langsamer erkannt und seltener bzw. verzögert im weiteren Vorgehen berücksichtigt (*Janßen, 2018a, S. 339, 341*).

Somit wird bei dieser Klientel oftmals mehr Zeit zum Wirksamwerden von psychotherapeutischen Interventionen benötigt. Ein anderer Gesichtspunkt betrifft die Dauer der einzelnen Therapiesitzungen, die stark schwanken kann: Ursache sind begrenzte und schwankende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspannen.

Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung erfordert darüber hinaus oft eine gewisse Flexibilität in Bezug auf eine aufsuchende, niedrigschwellige Arbeit, die auch psychotherapeutische Sitzungen z. B. in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in der Wohnung bzw. im Wohnheim notwendig machen können, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der Klientin zu machen.

Faktoren des Lebensumfeldes

In Ausführungen des G-BA aus dem Oktober 2018 heißt es: „Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bestehen häufig spezifische Bedingungen der Wahrnehmung, der Problemerkennung, der Problemlösung und -umsetzung sowie der Beziehungsgestaltung und ggf. notwendigen Unterstützung im Alltag. Insofern kann es bei der psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik dieser Patientengruppe auch im Erwachsenenalter nötig sein, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Das soziale Umfeld beinhaltet auch die professionellen Unterstützungssysteme. Solche Bezugspersonen können z. B. Mitarbeiterinnen von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe sein“ (*G-BA, 2018b, S. 2*).

Menschen mit geistiger Behinderung müssen deshalb in ihrem spezifischen Umfeld wahrgenommen werden. Grundlage einer Darstellung dieser Besonderheit kann das „Soziale Netz“ bieten, das neben den bei allen Menschen relevanten Aspekten des Wohnens, der Arbeit oder der materiellen Existenz für Menschen mit geistiger Behinderung zusätzliche Bereiche umfasst, die Sicherheit und eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen. Sicherheit gibt z. B. eine stabile Alltagsstruktur – mit professioneller Hilfe. In der folgenden Abbildung ist auf der Basis ambulanter Hilfen der Versuch unternommen worden, die Bestandteile dieses Lebens- und Sicherheitsnetzes darzustellen.



Abbildung: Lebens- und Sicherheitsnetz von Menschen mit geistiger Behinderung (überarbeitete Fassung einer eigenen Grafik; vgl. Janßen & Wortberg-Börner, 2003, S. 31)

Die Psychotherapie in diesem Umfeld beinhaltet somit auch die Notwendigkeit einer Koordination der Interventionen, eine Integration der sich z. T. widersprechenden Einflüsse und manchmal auch konzeptionelle Arbeit. Die Psychotherapeutin ist in diesem Arbeitsfeld somit häufig auch Kooperationsarbeiterin:

- sie vermittelt Therapieinhalte nach Absprache mit der Klientin an wichtige Bezugspersonen,
- sie arbeitet teilweise direkt beratend mit den Betreuungsteams,
- sie fördert damit ein abgestimmtes und aufeinander bezogenes pädagogisch-therapeutisches Handeln i. S. eines ganzheitlichen Therapieplans und leistet dabei eine Übersetzung von Therapieinhalten im Sozialen Netz der Klientin.

Nicht bzw. nur schwer abrechenbar sind dabei derzeit z. B.

- häufige, z. T. längere Telefonate im Umfeld zur Koordination und Absprache,
- die Beratung der Beteiligten im Umfeld oder
- die Vermittlung von Angehörigen an Unterstützungsangebote wie Beratungsstellen oder familienunterstützende Dienste bis hin zur Durchführung von Angehörigengruppen.

Faktoren aufseiten der Psychotherapeutinnen

„Rein rechnerisch würde aufgrund der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen geistig behinderter Menschen der Versorgungsengpass für diese Patient(i)nnengruppe entfallen, wenn (...) jede niedergelassene Kollegin nur einen Menschen mit geistiger Behinderung behandeln würde“ (LPK Baden-Württemberg, 2014, S. 3). Die „Zurückhaltung“ der psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen kann sehr unterschiedliche Gründe haben:

- Die Geschichte der „geistigen Behinderung“ ist eine Geschichte der Ausgrenzung. Gesellschaftspolitisch und physisch sahen sich diese Menschen lange Zeit der Aussonderung oder im Nationalsozialismus sogar der Tötung „lebensunwerten Lebens“ ausgesetzt (Klee, 1983). Diese Erfahrungen wirken im kollektiven Gedächtnis unserer Gesellschaft weiter. Diskriminierungen sind auch heute an der Tagesordnung und bewirken Distanz. Von Normalität und Inklusion kann noch keine Rede sein – auch wenn die Gesellschaft insgesamt offener ist als noch vor 50 Jahren. Die Berührungsängste von niedergelassenen PP zu Menschen mit geistiger Behinderung sind damit nicht selten wie in der übrigen Gesellschaft ausgeprägt.
- Menschen mit geistiger Behinderung galten lange als „therapieunfähig“.
- Die Kompetenz der niedergelassenen Psychotherapeutinnen ist oft nicht ausreichend in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. In den Ausbildungen zur PP oder KJP wird das Thema geistige Behinderung bislang kaum, im besten Fall höchstens oberflächlich behandelt. In die ambulante Praxis kommen – wenn überhaupt Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung oder einer Lernbehinderung. Psychotherapie für schwerere Grade von geistiger Behinderung findet daher höchstens in größeren bzw. in Komplexeinrichtungen statt.
- Erfahrungen in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung haben damit primär Psychotherapeutinnen in den Einrichtungen und Beratungsstellen der Behindertenhilfe gesammelt. „Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen“ (Werther, 2005, S. 119).

Sozialpolitische und sozialrechtliche Faktoren

Die gesetzlichen Grundlagen und internationale Verpflichtungen Deutschlands erfordern seit Langem ein neues Denken: Die Organisationen der „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ wie z. B. people first („Wir sind Mensch zuerst“) und die Verbände der Einrichtungen und Dienste weisen zurecht jährlich am 5. Mai, dem „Tag der Gleichstellung“, auf den erst 1994 eingefügten Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes hin: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Der richtige, von den Verbänden vorgetragene sozialpolitische Grundsatz, eine ambulante pädagogische Begleitung vor einer stationären zu priorisieren, wurde von den Kostenträgern später übernommen. Der ökonomische Blickwinkel hat dabei jedoch spätestens seit 1995 – dem Ende des Kostendeckungsprinzips in der Eingliederungshilfe – eine zunehmende Dominanz erfahren: ambulante Betreuung sei billiger als stationäre und damit unter dem Aspekt der Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe vorzuziehen. Für Komplexeinrichtungen hat dies heute zunehmend zur Folge, dass Menschen mit schweren Störungen in der Einrichtung verbleiben und gleichzeitig nur Menschen mit ebensolchem Störungsgrad aufgenommen werden. Nicht alle werden inkludiert, sondern nur diejenigen, die der Sozialraum, ergo: die Gesellschaft, bereit ist zu „ertragen“. Es kommt wieder zur Bildung eines „harten Kerns“ in Einrichtungen, wie er Ende der achtziger Jahre z. B. von Bradl (1987) und Jantzen (1990) kritisch betrachtet wurde.

Deutschland hat sich mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2008 auch auf die Sicherstellung gleicher psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung festgelegt (Deutscher Bundestag, 2008, 2011; vgl. auch Bundesverband evangelische

Behindertenhilfe et al., 2001). Die UN-BRK fordert Art. 25 die Nutzung der „normalen“ Systeme auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Hier heißt es: „(D)ie Vertragsstaaten stellen (...) eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen (zur Verfügung und) (...) Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ (Vereinte Nationen, 2006; vgl. Netzwerk Artikel 3, 2008).

Deutschland hat sich mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2008 auch auf die Sicherstellung gleicher psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung festgelegt (Deutscher Bundestag, 2008, 2011; vgl. auch Bundesverband evangelische Behindertenhilfe et al., 2001). Die UN-BRK fordert Art. 25 die Nutzung der „normalen“ Systeme auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Hier heißt es: „(D)ie Vertragsstaaten stellen (...) eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen (zur Verfügung und) (...) Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ (Vereinte Nationen, 2006; vgl. Netzwerk Artikel 3, 2008).

In der UN-BRK – so notwendig und fortschrittlich sie auch ist – wird die Frage ausgeblendet, ob in einer derzeit noch eher ausgrenzenden Gesellschaft wie der deutschen Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung im „normalen“ System angesichts des Fehlens entsprechender Kompetenzen und Versorgungsstrukturen überhaupt möglich ist. Sind nicht aus diesem Grund zunächst (auch) „spezielle Leistungen“ notwendig, bis sich die Gesellschaft tatsächlich einer Inklusion geöffnet hat (Wohlfahrt, 2018)? Aufgrund der Erfahrung ist absehbar, dass die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung auf unbestimmte Zeit in vielen Regionen Deutschlands nicht ausreichen wird. Das Gesundheitssystem im SGB V ist nicht auf die Übernahme der ihm durch die UN-BRK übertragenen Verantwortung im Rahmen der Inklusionsanstrengungen vorbereitet. Das Gesundheitssystem versagt in dieser Hinsicht bei Menschen mit mittelgradiger und schwerer Behinderung und es versagt ebenso bei der Anerkennung nonverbaler Methoden. In Bezug auf die konkreten Anforderungen einer Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung ist damit ein nicht unbeträchtlicher Teil des notwendigen begleitenden Aufwandes im Rahmen des SGB V nur in Teilen oder gar nicht refinanzierbar. Die UN-BRK ist Leitidee und damit Auftrag – bis zur vollständigen Realisierung ist es noch ein weiter Weg.

Das im Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) soll dabei eine wichtige Rolle spielen. „Mit der Verabschiedung des BTHG (...) ist eine Übergangsphase eingeleitet worden, in der sich die seit Jahrzehnten in der Sozialhilfe verankerte Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nachhaltig verändern wird. Die Selbstbestimmung und (Teilhabe, d. Verf.) (...) sind Kernziele des BTHG. Hierzu sollen bedarfsdeckende, nachteilsausgleichende Unterstützungsleistungen erbracht werden. Damit bietet das BTHG die Möglichkeit, Schritte auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft zu gehen“ (vBS Bethel, 2017). Das BTHG setzt auf der UN-BRK auf, seine konkreten Auswirkungen für die Anbieter von Unterstützungsleistungen und hier insbesondere die Einrichtungen mit komplexen Unterstützungsangeboten sind jedoch noch immer unklar (Janßen, 2017, 2018b).

Einige stationäre Einrichtungen halten heute psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit als integriertes Angebot in der Eingliederungshilfe vor. Ab 2020 werden die Leistungen getrennt refinanziert: Während Betreuungsleistungen in der Finanzierung des Sozialhilfeträgers verbleiben (in NRW die beiden Landschaftsverbände als überörtliche Kostenträger), werden existenzsichernde Hilfen kommunal finanziert.

Was tun?

Seit *Werthers* Artikel sind 15 Jahre vergangen. Ihre Handlungsempfehlungen (2005, S. 121f.) sind nach wie vor aktuell, die Versorgungsrealität „eklatant“ (DGSGb, 2015). Im Folgenden sollen

Verbesserungsvorschläge auf unterschiedlichen Ebenen konkretisiert werden:

Ambulant tätige Psychotherapeutinnen

In der konkreten Arbeit können folgende Möglichkeiten von niedergelassenen PP für ihre Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung begründet werden:

- das Ausschöpfen der Kontingente,
- das Einbeziehen der Bezugspersonen und der Aufbau von Sicherheiten im Sozialen Netz,
- die Nutzung des „psychologischen Gesprächs“ (Ziffer 23220) als Sicherheit beim Ausschleichen und zur optionalen Nachsorge („Ich kann kommen, aber ich brauche es nicht!“) – oder die Planung einer Rezidivprophylaxe unter Einbeziehung der Bezugspersonen,
- das Angebot kürzerer Kontakte durch die Möglichkeit der Teilung von 50-Minuten-Gesprächen in zwei 25-minütige Einheiten,
- die Nutzung von Unschärfen in den Richtlinien:
 - Beantragung von Einheiten für die Bezugspersonen zusätzlich zum verfügbaren Kontingent durch Verweis auf die Richtlinien zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Verhältnis 1:4),
 - Beantragung von Kontakten mit Bezugspersonen über das Kontingent hinaus wie auch
 - die Neubeantragung einer Psychotherapie.
- Darüber hinaus ist regionale Vernetzung ein geeignetes Mittel, um Menschen mit geistiger Behinderung erfahrene Kolleginnen vermitteln und einen Erfahrungsaustausch z. B. in kollegialen Qualitätszirkeln oder Intervisionsgruppen anregen zu können.⁴

Psychotherapeutenkammern und –verbände

Werther und Henniscke schrieben schon 2008: „Was können die Psychotherapeutenkammern tun? Es geht zunächst darum, auf das Problem aufmerksam zu machen und vielleicht niedergelassene Kammermitglieder zu ermutigen, einen Patienten mit geistiger Behinderung zu behandeln“ (S. 122).

Weitere Aktivitäten sind i. d. S. denkbar wie:

- die Entwicklung von entsprechenden Curricula,
- die Anregung von Fort- und Weiterbildungen zur Nachqualifizierung in den Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung sowie
- die Bildung von Kompetenznetzen oder Vermittlungsstellen.

Dazu kann aufseiten der Psychotherapeutenkammern das Thema in deren Arbeitskreisen sowie auf Landes- und Bundesebene durch die Bestellung von „Beauftragten für die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ aufgenommen werden.

„Die universitären Psychiatrien sowohl im Kinder- und Jugendlichen- als auch Erwachsenenbereich lernen diese Klientel nur in (...) (engem, d. Verf.) Rahmen und häufig nur in (...) (einem spezifischen,

⁴ Ein Beispiel aus Bielefeld/Ostwestfalen-Lippe ist unter www.sivus-online.de/ [25.04.2019] verfügbar.

d. Verf.) symptomatischen Ausschnitt kennen“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 123). Die Problematiken von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen sollten daher häufiger Thema klinischer Studien und Forschungsvorhaben sein.

Aus Sicht des Verfassers ist auch eine weitere Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie erforderlich, um die besonderen Belange der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung besser berücksichtigen zu können und Möglichkeiten für eine angemessene Versorgung dieser Klientel zu schaffen. 2015 hat die Deutsche Gesellschaft zur seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) Vorschläge von Expertinnen an den G-BA weitergeleitet (DGSGb, 2015). Dazu gehören:

- die Berücksichtigung der o. g. Besonderheiten der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen,
- Möglichkeiten für eine deutlich längere Psychotherapie (bei einer Verhaltenstherapie z. B. mehr als 70/90 Sitzungen einschließlich des neuen „Zuschlags“ von zehn Stunden),
- unbürokratische Krisenintervention unter Berücksichtigung der laufenden psychotherapeutischen Prozesse,
- die Möglichkeit zu niedrigschwelliger Hilfe,
- die Erweiterung der Möglichkeit einer Abrechnung:
 - für eine Flexibilisierung der Probatorik, um insbesondere dem erhöhten diagnostischen Zeitbedarf gerecht zu werden,
 - von Telefonaten,
 - für aufsuchende Arbeit bei der Klientin oder z. B. in der WfbM,
 - für Sitzungen mit Bezugspersonen und Angehörigen *zusätzlich* zum Kontingent analog zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Verhältnis 1:4,
 - für koordinierende Tätigkeiten im Bereich des Wohnens und der WfbM,
 - für die begleitende Arbeit während eines Klinikaufenthalts mit der Klientin, mit der Station oder mit den Bezugspersonen oder
 - für die Durchführung von Teambesprechungen im professionellen Lebensumfeld der Klientinnen und zu konsiliarischen Erörterungen und Fallkonferenzen;
- die Schaffung einer Gebührensatzung für den Ausfall verabredeter Termine
- und schließlich das Einräumen der Möglichkeit, dass in begründeten Ausnahmefällen auch erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung durch weitergebildete KJP behandelt werden können.

Diese Forderungen können die Psychotherapeutenkammern unterstützen.

Welche grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bestehen derzeit in Deutschland?

Im Rahmen seiner Verpflichtungsübernahme aus der UN-BRK hat Deutschland in Art. 25 auch die Sicherstellung gleicher psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung übernommen. Es wurde dargelegt, dass die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in vielen Regionen Deutschlands jedoch unzureichend ist – sie wird nach Einschätzung des Verfassers auch mittelfristig nicht ausreichen. Das Gesundheitssystem im SGB V ist nicht auf die Übernahme der ihr über die UN-BRK übertragenen Verantwortung im Rahmen

von Inklusionsanstrengungen vorbereitet und versagt daher trotz der ersten Schritte des *G-BA (2018a, b)*.

Damit ist die Frage zu erörtern, wie eine Versorgung bis zur Umsetzung der Inklusionsvorgaben der UN-BRK gesichert werden kann. 2020 ist der Zeitpunkt, an dem die Umsetzung des BTHG für Betroffene wie für Einrichtungen und Dienste greift. Mit dem BTHG ist in Deutschland weiterhin die Eingliederungshilfe finanzielle Grundlage von Betreuungsleistungen. Sie soll alle Hilfen zur Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung am Leben in der Gesellschaft (§ 1, 2, 4 SGB IX) sicherstellen. Bisherige stationäre Betreuungsleistungen werden dann als „Assistenzleistungen“ ohne die bis dahin gültige Differenzierung zwischen Wohnheim und ambulanter Betreuung für alle als Fachleistungsstunde geführt. Weitere Differenzierungen von Leistungen sind im Gesetzestext nicht vorgesehen, psychologische Arbeit und Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung nicht als integrierter Bestandteil dieser Eingliederungshilfe formuliert. Menschen mit geistiger Behinderung werden nach Kenntnis des Verfassers dann von bisherigen Eingliederungshilfeleistungen – den psychologischen Leistungen in den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe – ausgeschlossen. Zukünftig wird es also eine durch das BTHG forcierte Dynamik bei der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in Richtung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geben. Damit verbunden besteht aus Sicht des Verfassers die Gefahr, dass die Erreichbarkeit psychotherapeutischer Leitungen für Menschen mit geistiger Behinderung noch hindernisreicher wird. Die Vermutung, dass die wenigen psychotherapeutischen Angebote und vorhandenen Erfahrungen zu diesem Zeitpunkt wieder (wie bereits nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes; *Werther, 2005, S. 119f.*) „wegbrechen“, erscheint nicht allzu gewagt. Das darf jedoch vor dem Hintergrund von Art. 3 GG „eigentlich“ nicht sein, nimmt der Staat die eigenen Verpflichtungen ernst. Angesichts der rechtlichen Ansprüche der Betroffenen müssen der Gesetzgeber und die zuständigen Versorgungssysteme daher praktikable Zwischenlösungen schaffen, bis eine inklusive Versorgung sichergestellt werden kann. Dies fordert auch Artikel 25 der UN-BRK mit dem Passus, dass „die Vertragsstaaten (...) Gesundheitsleistungen (zur Verfügung stellen), die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ (Vereinte Nationen, 2008).

Denn ist eine Psychotherapie trotz Vorliegen einer psychischen Störung von Krankheitswert nicht im Rahmen der Verpflichtungen des SGB V möglich, werden die Auswirkungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in der pädagogischen Betreuung spürbar. Weil Therapieplätze fehlen, haben die Begleiterinnen psychische Störungen im Rahmen der bewilligten Assistenz, d. h. der refinanzierten Fachleistungsstunden, aufzufangen und zu kompensieren. Dies wird zwangsläufig zu einem Mehrbedarf der pädagogischen Unterstützung führen – d. h. im Einzelfall zu einem größeren Bedarf an Fachleistungsstunden. Die Kostenträger sollten die finanziellen Auswirkungen bei ihrer Bewilligungspraxis berücksichtigen. Die sozialen Systeme müssen Spätfolgen des Fehlens von Psychologie und Psychotherapie wie z. B. Chronifizierungen psychischer Störungen, häufigere und längere Aufenthalte in der Akutpsychiatrie oder eine dauerhafte Erhöhung des Betreuungsbedarfes vorbeugen. Volkswirtschaftlich ist – unter Berücksichtigung der Kosten in allen Ausgabenbereichen von Eingliederungshilfe, Krankenkasse und Rentenversicherung – sonst vermutlich von deutlichen Mehrkosten auszugehen.

Psychotherapie ist im BTHG in Kapitel 9 („Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“) unter § 42 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX mit der Formulierung „Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung“ aufgeführt. Zuständig sind i. V. mit § 5 SGB IX nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 die gesetzlichen Krankenkassen, aber nach Nr. 7 auch die Träger der Eingliederungshilfe. Mit dem Vorbehalt, dass eine Klärung auch Ergebnis der aktuellen Verhandlungen der

Landesrahmenverträge sein kann, ist es möglich, dass erst eine höchstrichterliche Entscheidung Klarheit zwischen den Rehabilitationsträgern bringt.

Welche möglichen Modelle zur Überbrückung der Versorgungslücke (und eines möglicherweise jahrelangen Rechtsweges) lassen sich in der Zeit eines unzureichenden Versorgungssystems bis zur Umsetzung einer inklusiven psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung zusammenstellen? Im Folgenden sollen mögliche Modelle vorgestellt werden.

Möglichkeit 1 – Psychotherapie befristet weiter als Leistung der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe bietet im BTHG aus Sicht des Verfassers nach wie vor Möglichkeiten, psychologische Hilfen als teilhabeorientierte Leistungen zu verhandeln:

Wie dargestellt hängt ein großer Teil der im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhten Vulnerabilität dieser Klientel für psychische Störungen mit behinderungsspezifischen Faktoren zusammen (Janßen, 2018a, S. 340). Gemeint sind dabei Auswirkungen der individuellen Behinderung. Sie hindern einen Menschen mit geistiger Behinderung an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Eingliederungshilfe im SGB IX soll jedoch gemäß § 209 i.V. mit § 1 SGB IX genau diesen Nachteil ausgleichen – die unmittelbaren oder mittelbaren Folgen einer Behinderung z. B. mit Hilfe finanziellen Ausgleichs bzw. auch durch Assistenzleistungen (i. S. von Begleitung und Betreuung).

Bei der Neustrukturierung der Hilfen im BTHG stellt sich die Frage, ob psychologische Therapie nicht vor dem Hintergrund der Ziele der *Eingliederungshilfe als Nachteilsausgleich* beantragt und finanziert werden kann. Ob es weiterhin Möglichkeiten zur psychologischen Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe geben wird und entsprechende Bestrebungen von Einrichtungen unterstützt oder verhindert werden, hängt einerseits grundsätzlich von der Ausgestaltung der Rahmenverträge in den laufenden Verhandlungen zum BTHG zwischen den Kostenträgern und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in den 16 Bundesländern ab. Andererseits ist im Einzelfall die Motivation und versorgungspolitische Einstellung der Einrichtung ausschlaggebend, ggf. pauschale Leistungen für psychologische Arbeit mit dem Kostenträger zu verhandeln. Aufgrund der Zielsetzung des BTHG, neben der Verbesserung der Teilhabe keine neue „Ausgabendynamik“ zu schaffen (z. B. Albrecht, 2017; Janßen, 2017), wird eine Lobbyarbeit von Verbänden und Einrichtungen nicht einfach. Dies zeigen bisherige Erfahrungen von Einrichtungen in Verhandlungen mit den Kostenträgern für bessere Leistungsverträge.

Mit diesem Verständnis – psychologische Arbeit und Therapie als Nachteilsausgleich – lassen sich entsprechende Angebote der Einrichtungen und Dienste als spezifische Teilhabeleistung beantragen. Solange auf der Basis der genannten Prävalenzen eine ausreichende Versorgung nicht im Rahmen des SGB V umgesetzt ist, sollte die Eingliederungshilfe Kosten für die Bereitstellung von fachkompetenten Psychologinnen übernehmen, die vornehmlich an eine Einrichtung oder einen Dienst angeschlossen sind. Regional bzw. kommunal sollte darüber hinaus geklärt werden, wie eine Koordination und Vermittlung gestaltet wird.

Diese Aufforderung gilt zumindest für die Zeit, solange diese Leistungen nicht im Rahmen des

SGB V versorgungssicher vorhanden sind und die Inklusionsvorgaben der UN-BRK in Deutschland strukturell nicht in angemessener Weise den gleichen Zugang von Menschen mit geistiger Behinderung zu psychotherapeutischen Leistungen „wie für alle anderen auch“ (Art. 25 UN-BRK) herstellen und absichern.

Diese Überlegungen führen zu verschiedenen Möglichkeiten einer nachhaltigen Umsetzung:

Möglichkeit 1a – Erhalt der psychologischen Kompetenz in Einrichtungen und Diensten

Im Rahmen der Übernahme von psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen durch die Eingliederungshilfe können die Einrichtungen und Dienste, in deren Rahmen bereits psychologische Kompetenz vorhanden ist, pauschale Mittel zur Sicherung vorhandener Stellen erhalten. Andere könnten auf Antrag Stellenanteile zum Aufbau psychologischer Kompetenz durch die Kostenträger erhalten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass in der Verantwortung dieser Einrichtungen und Dienste vorhandene Stellenanteile durch individuelle Bewilligungen finanziell abgesichert werden. Dabei müsste es für die Einrichtungen allerdings Garantien zur Sicherung dieser Stellenanteile geben, die angemessene tarifliche Eingruppierungen einschließen.

Möglichkeit 1b – Persönliches Budget für Psychologische Psychotherapie

Das persönliche Budget ist eine Leistung der Eingliederungshilfe und ermöglicht es, Betroffenen selbst Assistenzleistungen „einzukaufen“ (§ 29 SGB IX). Die zuständigen Kostenträger könnten bei Vorliegen eines psychotherapeutischen Bedarfes finanzielle Mittel im Rahmen des persönlichen Budgets auf der Grundlage des SGB V und in Höhe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bewilligen, die zur Nutzung von Psychotherapie für Angebote in Einrichtungen und Diensten „berechtigten“.

Möglichkeit 1c – Beratungsstellen

Beratungsstellen erhalten aus dem Budget der Eingliederungshilfe und aus anderen Quellen (z. B. aus Zuschüssen der Kommunen oder Länder) Mittel, um regionale Angebote psychotherapeutischer Arbeit mit der Klientel in Gebieten aufzubauen und zu erhalten, in denen entsprechende Angebote nicht vorhanden sind. Wichtig ist hier auch, dass diese Maßnahmen es (kommunalen) Beratungsstellen ermöglichen, Kompetenz und Erfahrung unabhängig vom Einzelfall überdauernd zu sichern, mindestens bis die Versorgungsrealität in der Region über das SGB V ohne Engpässe kontinuierlich ausreichend ist. In diesem Zusammenhang sind z. B. Projekte der Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL) in NRW zu nennen oder außerhalb der Klientel die Beratungsarbeit der Frauennotrufvereine.

Möglichkeit 2 – Medizinische Behandlungszentren (MZEB)

Dieses Modell hat die gleichen Ziele wie Möglichkeit 1a. In manchen Städten sind bereits jetzt die gesetzlichen Möglichkeiten der Etablierung von medizinischen Behandlungszentren für

Erwachsene mit geistigen Behinderungen umgesetzt (MZEB). Diese basieren auf dem neuen § 119c SGB V. Auf der Basis des § 43b SGB V könnten die Aufgaben der MZEB auf psychologische und psychotherapeutische Angebote ausgeweitet werden. Unabhängig von den Finanzierungsgrundlagen über das SGB V bestünde aus Sicht des Verfassers auch jederzeit die Möglichkeit, „Psychotherapeutische Behandlungszentren“ über die Eingliederungshilfe zu begründen.

Möglichkeit 3 – Sicherstellungsermächtigungen

Die Zulassungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf der Basis des § 31 a der Ärztezulassungsverordnung die Möglichkeit, bei Versorgungsengpässen eine Sicherstellungsermächtigung zu bewilligen. Diese Ermächtigungen können sowohl auf individuellen Antrag hin wie auch für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) oder Medizinische Behandlungszentren (MZEB) ausgesprochen werden.

Die Zulassungsausschüsse sollten an Standorten von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit psychologischer und psychotherapeutischer Kompetenz die Erfahrungen für die ambulante Versorgung nutzbar machen. Eine Verbesserung der Versorgungslage kann durch die Erleichterung von Sicherstellungsermächtigungen z. B. für diese in der Klientel erfahrenen PP in den Einrichtungen und Diensten, die Verlängerung der Ermächtigungszeiträume sowie durch die Aussetzung des Mindestumfangs der ermächtigten Tätigkeit erreicht werden. Eine Bereitschaft der Zulassungsausschüsse, die Möglichkeiten einer Ermächtigung für Psychotherapie für diesen Personenkreis zu unterstützen, ist allerdings nicht automatisch und variiert regional. Deshalb sind Festlegungen notwendig, die eine einheitliche Bewilligungspraxis schaffen, um bundesweit Versorgungsengpässen in dieser Klientel in geeigneter Form zu begegnen.

In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, ob PIA mit bestehenden institutionellen Zulassungen oder Ermächtigungen Kolleginnen für die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung (z. B. als Nebentätigkeit oder auf Honorarbasis) einstellen. Außerdem sollte der Auftrag der MZEB auf Psychologische Psychotherapie gesetzlich ausgedehnt werden.

Möglichkeit 4 – Kostenerstattungsverfahren

Wenn eine Klientin von drei niedergelassenen Psychotherapeutinnen eine Bescheinigung nachweisen kann, dass diese keinen Therapieplatz in angemessener Wartezeit anbieten können, besteht gemäß § 13 Abs. 3 SGB V bereits jetzt die Möglichkeit, bei der Krankenkasse eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren zu beantragen (BPtK, 2013). Die Probleme der Bewilligungsbereitschaft der Krankenkassen für ein solches Verfahren bestehen jedoch nach wie vor und scheinen sich im letzten Jahr eher verschärft zu haben (Büring, 2018). Außerdem erweitert diese Möglichkeit nur den Kreis bei der Suche nach einer geeigneten Psychotherapeutin – sie löst jedoch nicht das Problem, dass zu wenige Psychotherapeutinnen bereitstehen, um diese Klientel zu behandeln.

Möglichkeit 5 – Einzelverträge der Krankenkassen

Der Weg über einzelvertragliche Regelungen mit den Krankenkassen war bislang kein Weg der Wahl. Kliniken und Praxisnetze in Ostwestfalen-Lippe (OWL) z. B. haben dagegen bereits vor zehn Jahren einen Vertrag zur integrierten Versorgung mit der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen OWL geschlossen, in dem für die Psychotherapie von Menschen mit

Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein erweitertes Sitzungskontingent bis 150 Sitzungen und die Honorierung auch für Telefonkontakte und Krisenmanagement einschließlich sog. Fallkonferenzen festgelegt wurden (Lehne, o. J.). Die Verhandlung eines erweiterten Sitzungskontingents auch für Menschen mit geistiger Behinderung könnte auf diesem Weg aufgenommen werden, solange die Psychotherapie-Richtlinien dies nicht für die GKV im Ganzen ermöglichen. Denn der aktuelle Beschluss des G-BA zu einer Ausweitung um zehn Sitzungen ist ebenso begrüßenswert wie unzureichend.

Fazit

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig nicht in der Lage, eigenständig Psychotherapie zu suchen, zu beantragen oder gar alternative Wege durchzusetzen. Insbesondere bei den Modellen 1b und 4 wäre es aus Sicht des Verfassers deshalb notwendig, eine „Verfahrensbegleiterin“ zur Unterstützung der Suche und Sichtung von Psychotherapie, deren Beantragung sowie bei der Durchführung zu beauftragen. So ließen sich vorhandene bürokratische Barrieren leichter überwinden.

Hier spielen aber auch einerseits die individuelle Bereitschaft und eine gute Fort- und Weiterbildung bei jeder einzelnen Psychotherapeutin eine Rolle. Verbände wie die Psychotherapeutenkammern und die Selbstorganisation der Kassenärztinnen und -psychotherapeutinnen, die Fachverbände der Behindertenhilfe sowie die Selbstorganisation von Menschen mit Lernschwierigkeiten müssen aktiv werden bzw. bleiben. Und schließlich hat die Politik die Aufgabe, ihren Gesetzen und Verordnungen durch entsprechende Finanzierungsgrundlagen und -räume (einschließlich angemessener Tarifentgelte) Geltung zu verschaffen. Gesundheit ist Daseinsvorsorge, für die der Staat zuständig bleibt (Janßen, 2015).

Es sind große Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen nötig, um die für Menschen mit geistiger Behinderung rechtlich zustehende psychotherapeutische Versorgung „in gleicher Qualität wie für alle anderen“ (UN-BRK, 2008) herzustellen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB). Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der Psychotherapie für Richtlinien – Schreiben an Prof. Josef Hecken Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Schwäbisch Hall/Bielefeld, 16.11.2015. Verfügbar unter:

http://dgsgb.de/documents/statements/statement_151116_dgsgb.pdf [25.04.2019].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2018b). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung: hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung vom 18. Oktober 2018. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3528/> [25.04.2019].

Janßen, C. (2015). Geld ist genug da – es muss nur anders verteilt werden! Der „Bielefelder Appell“ – Forderungen zur Aufwertung sozialer Arbeitsfelder. Soziale Psychiatrie, 39 (4), 24-26.

Janßen, C. (2018a). Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis, Psychotherapeutenjournal, 17 (4), 337-345.

Jantzen, W. (1990). Isolation. In H. G. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften. Bd. 2 (S. 714-716). Hamburg: Meiner.

Kremitzl, K., Engenhorst, A., Simon, A., Wünsch, A., Straub, R. & Nübling, R. (2018). Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg, Eine Befragung, Psychotherapeutenjournal, 17 (2), 135-143.

Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg, Arbeitskreis

„Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“. (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Stuttgart. Verfügbar unter:

https://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20141219_psychotherapie_menschen_mit_geistiger_behinderung_fragen_und_antworten.pdf [25.04.2019].

Schanze, C. (Hrsg.). (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schanze, C. (2017). Der sich und Andere behindernde Mensch mit Lernschwierigkeiten. In K. Dörner, K. U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), Irren ist menschlich (24., neubearbeitete Aufl.) (S. 91-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegung zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere. Psychotherapeutenjournal, 4 (2), 116-122.

Werther, F. & Hennicke, K. (2008). Der Versuch einer Bestandsaufnahme. Psychotherapie im Dialog, 9 (2), 117-124.



Dipl.-Psych. Christian Janßen

In den Barkwiesen 15
33613 Bielefeld
info@sivus-online.de

Dipl.-Psych. Christian Janßen arbeitet für die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld in der Funktion des Vorsitzenden der Gesamtmitarbeitendenvertretung und als Psychologe. Zudem ist er als PP mit Versorgungssicherungsauftrag tätig. Als Vorsitzender des Aufsichtsrates bei Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e. V. hat er die Vernetzung von Psychotherapeutinnen für Menschen mit geistiger Behinderung in Bielefeld zum Ziel.