

Berlin, den 01.10.2019

Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen

Stellungnahme im Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Vorbemerkung

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90 % der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland.

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Personenkreises von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen ist trotz ihres überdurchschnittlich hohen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs mangelhaft. Aus den Besonderheiten der Störungsbilder, der erschwerten Kommunikation, der großen Bedeutung ihrer sozialen Unterstützungssysteme, der oft notwendigen Einbeziehung der gesetzlichen Betreuer usw. ergeben sich besondere fachliche, konzeptionelle, organisatorische und strukturelle Anforderungen an die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in allen Sektoren.

Die Fachverbände legen mit dieser Stellungnahme die wichtigsten Probleme und Forderungen dar. Sie erwarten vom Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen, dass die Belange und Bedürfnisse der Menschen mit Intelligenzminderung die erforderliche Beachtung finden und es zu wirksamen Impulsen zur Verbesserung der Versorgungssituation kommt.



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstr. 13
10117 Berlin
Telefon 030- 284447-822
Telefax 030-284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

1. Grundsätzliches

1.1. Intelligenzminderung

Die drei anerkannten zentralen Kriterien einer Intelligenzminderung (sog. geistigen Behinderung)¹ sind:

- Intelligenzquotient unter 70
- wesentliche Beeinträchtigung in alltagspraktischen Kompetenzen
- Auftreten bzw. Entstehung bis zum Abschluss der Entwicklungsperiode, in etwa bis zum 18. Lebensjahr

Schätzungsweise haben etwa 0,5-1 % unserer Bevölkerung eine Intelligenzminderung; demzufolge leben in Deutschland etwa 400-800.000 Menschen mit Intelligenzminderung.² Etwa 80 % von ihnen haben eine leichte, die übrigen 20 % in absteigender Reihenfolge eine mittelgradige, eine schwere oder schwerste Intelligenzminderung.

1.2. Häufigkeit von zusätzlichen psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Menschen mit Intelligenzminderung sind – verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung – überdurchschnittlich häufig von zusätzlichen psychischen Störungen („Doppeldiagnosen“) betroffen. Die ICD-10 der WHO weist ausdrücklich darauf hin. Eine der wohl aussagekräftigsten Studien der letzten Jahre ermittelte sogar eine Punktprävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen von rund 41 %³. Es gibt mittlerweile eine große Zahl einschlägiger Publikationen, die diese besonderen Belastungen bestätigen.

1.3. Das Versorgungsparadoxon

Stellt man die Häufigkeit der psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung den vielfältigen Beobachtungen und Erfahrungen erschwerten Zugangs zu qualifizierter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Versorgung sowie oft nur oberflächlicher und man-

¹ Der Begriff *Intelligenzminderung* ist der amtliche Begriff, vorgegeben durch die deutschsprachige Fassung der ICD-10 der WHO, der in der Medizin verbindlich zu verwenden ist. Deshalb wird hier der Begriff Intelligenzminderung bevorzugt.

Der Begriff *Geistige Behinderung*, oft verwendet, entspricht inhaltlich dem Begriff Intelligenzminderung. Die meisten Selbsthilfeverbände der Menschen mit Behinderung lehnen den Begriff Geistige Behinderung als diskriminierend ab.

Die von der Weltgesundheitsversammlung der WHO am 25.5.2019 verabschiedete ICD-11 führt den Begriff *Disorder of Intellectual Development* ein. Eine amtliche deutschsprachige Übersetzung der ICD-11 liegt noch nicht vor.

² Vgl. Wittchen et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology 2011, 21, 655–679.

³ Cooper et al.: Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. British Journal of Psychiatry 2007; 190, 27-35.

gelhafter Behandlung gegenüber, muss man von einem regelrechten Versorgungsparadoxon sprechen, das im diametralen Widerspruch zu den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention steht.

1.4. Besonderheiten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

Eine der Ursachen des erwähnten Versorgungsparadoxons bei Menschen mit Intelligenzminderung liegt in dem besonderen Zeitaufwand und den besonderen Anforderungen, die sich aus den Erschwernissen der Kommunikation mit der Person mit Intelligenzminderung ergeben. Diese Erschwernisse resultieren aus der oft beeinträchtigten Selbstbeobachtungsfähigkeit, den unsicheren Beschwerdeschilderungen, in der Verunsicherung durch ungewohnte Situationen, nicht selten auch aus Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses und der Ausdrucksfähigkeit usw.

Diese Gegebenheiten verlangen von ärztlicher oder psychotherapeutischer Seite nicht nur Einfühlung und Geduld, sondern auch besondere kommunikative Fähigkeiten und die Kompetenz, das Verhalten und die Mitteilungen sachgemäß zu interpretieren.

Fachliche Besonderheiten werden noch weiter unten erwähnt. Vorab sind die häufig anzutreffende Multimorbidität und die Vielzahl von gleichzeitigen Medikamenten hervorzuheben. Neben Medikamenteninteraktionen mit eventuellen Auswirkungen auf Erleben und Verhalten sind in diesem Zusammenhang körperliche Beschwerden, Schmerzen, Müdigkeit usw. als Hintergrund von Verhaltensauffälligkeiten zu beachten, vor allem, wenn die Fähigkeit zur Selbstauskunft eingeschränkt ist.

Eine weitere allgemeine Besonderheit besteht darin, dass oft Unterstützungspersonen aus dem Alltag in die Kommunikation einbezogen werden müssen – selbstverständlich unter Beachtung der Zustimmung des Betroffenen und der Schweigepflicht. Sie vermitteln nicht nur häufig in fremden Situationen Sicherheit oder wirken als „Übersetzer“ in der Kommunikation. Sie liefern oft unentbehrliche Informationen über Verhaltensweisen bzw. deren auffällige Veränderungen, Ereignisse im Alltag usw. Vor allem müssen die Unterstützungspersonen instruiert werden, worauf zu achten ist, worin notwendige Unterstützung besteht usw.

Selbstverständlich spielen der Schweregrad der Intelligenzminderung und zusätzliche Probleme für die erläuterten Aspekte eine wesentliche Rolle.

Schließlich sei der Vollständigkeit halber noch die notwendige Einbeziehung der gesetzlichen Betreuer erwähnt, sofern eine gesetzliche Betreuung zum Wirkungskreis Gesundheitsvorsorge eingerichtet ist.

1.5. Psychiatrische Versorgungsprobleme und deren Hintergründe im Allgemeinen

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Versorgungsproblemen im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie beziehen sich auf Menschen mit allen Schweregraden der Intelligenzminderung, manchmal auch auf Personen mit Lernbehinderung⁴. Verständlicherweise sind die Versorgungsprobleme für Personen mit mittelgradiger, schwerer und schwerster Intelligenzminderung sowie komplexen (Mehrfach-)Behinderungen besonders ausgeprägt.

Die Mängel der Versorgung gründen zum einen in den allgemeinen strukturellen Problemen unserer Gesundheitsversorgung (Personalangel, Zeitdruck, Fachärztemangel usw.), zum anderen in den unzulänglichen strukturellen Bedingungen hinsichtlich der speziellen Versorgungserfordernisse von Menschen mit Intelligenzminderung.

Die Bedarfsdeckung der Menschen mit Intelligenzminderung bezüglich ihrer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ist sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht unzulänglich. Natürlich gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Die Betroffenen, deren Angehörige, gesetzliche Betreuer und Personen aus den Unterstützungssystemen (z. B. aus den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe) klagen über anhaltende und teilweise sogar zunehmende Versorgungsmängel. Darin spiegeln sich, wie schon erläutert, neben allgemeinen strukturellen Problemen oft zielgruppenspezifische Barrieren: unzulänglicher Respekt vor Menschen mit Intelligenzminderung, wenig Wissen über die Besonderheiten ihrer Störungsbilder und Krankheitsverläufe, der notwendigen zielgruppenspezifischen methodischen Modifikation der diagnostischen und therapeutischen Zugänge usw. Anders ausgedrückt: ihnen begegnen ein Mangel an Erfahrung und spezifischer Expertise der im Gesundheitssystem Tätigen.

Man trifft gelegentlich noch immer auf die Vorstellung, Menschen mit Intelligenzminderung seien gar nicht in der Lage, eine regelrechte psychiatrische Störung – etwa eine Depression, eine Altersdemenz oder eine Schizophrenie – zu entwickeln. Berichtete Verhaltensweisen, Symptome der Krankheit, werden einfach dem Behinderungsbild zugerechnet und nicht differenziert oder unterschieden. Eine fachgerechte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung unterbleibt infolgedessen.

Noch fataler wirken sich grundsätzliche, moralisch entschieden zu verurteilende Haltungen aus, dass sich der Aufwand der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung nicht lohne oder doch unzumutbar für die Professionellen sei.

Einer der häufigsten Irrtümer ist, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung könne immer und überall allein schon dadurch sichergestellt werden, dass man doch nur das übliche, allgemeine psychiatrische Wissen und die üblichen Methoden auf sie anwendet.

⁴ Dieser Begriff bezieht sich auf Menschen mit Lern- u.a. Problemen, die einen Intelligenzquotienten oberhalb von 70 haben. Der Begriff Lernbehinderung kommt in der ICD-10 nicht vor.

Diese irrije Auffassung verkennt, dass es – abgesehen von ungewöhnlichen Präsentationen üblicher psychiatrischer Krankheitsbilder – bei Menschen mit Intelligenzminderung Krankheits- und Störungsbilder gibt, die in der Durchschnittsbevölkerung nicht auftreten (z.B. Störungsbilder im Rahmen genetischer Syndrome). Sie verkennt auch, dass schätzungsweise die Hälfte der psychischen Auffälligkeiten allein deshalb auftritt, weil die Anforderungen der Umwelt die Dispositionen der Person überfordern. Im Hinblick auf die erwähnten Dispositionen der Personengruppe spielt insbesondere ein zumeist anzutreffender emotionaler Entwicklungsrückstand eine wesentliche Rolle, der in aller Regel noch ausgeprägter als der Entwicklungsrückstand der intellektuellen Fähigkeiten ist.

Die Nichtberücksichtigung des emotionalen Entwicklungsrückstandes führt häufig zu inadäquaten Behandlungsansätzen, die beispielsweise darin bestehen, dass kurzerhand Psychopharmaka verordnet werden, weil das auffällige oder „störende“ Verhalten in unzutreffender Weise mit psychiatrischen Krankheitsbildern (z.B. Psychosen) erklärt wird, obwohl es sich hinreichend und angemessen erklären ließe, bezöge man es auf den emotionalen, intellektuellen und allgemeinen Entwicklungsrückstand. Ein besonders markantes und dennoch nicht ungewöhnliches Beispiel besteht darin, bildhafte Fantasievorstellungen kurzerhand als Trugwahrnehmungen psychotischer Natur zu interpretieren und deswegen Neuroleptika zu verordnen.

Menschen mit Intelligenzminderung werden auffällig häufig mit Psychopharmaka, vor allem Neuroleptika, behandelt, obwohl diese in den allermeisten Fällen überhaupt keine Wirkung auf Verhaltensauffälligkeiten, aber häufig unerwünschte Nebenwirkungen einschließlich evtl. bleibender Schäden haben. Dieser Umstand wird in der Fachliteratur immer wieder kritisch thematisiert, ohne dass sich positive Entwicklungen eingestellt hätten. Hier zeigt sich ein eklatanter Mangel im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Zwar schließt die Musterweiterbildungsordnung die Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit Lern- und geistigen Behinderungen ein. Dieser Aspekt wird aber in der psychiatrischen Weiterbildung unzureichend behandelt.

Die Erfahrungen lehren, dass der Zugang zur Psychotherapie noch schwieriger ist als zur Psychiatrie. Viele Psychotherapeuten fühlen sich durch diese Zielgruppe überfordert, fürchten den Aufwand (der tatsächlich bislang nicht ausreichend vergütet wird), unzulängliche Termintreue oder sind sogar der irrigen Auffassung, Menschen mit Intelligenzminderung seien der Psychotherapie überhaupt nicht zugänglich. Dieser überholten Auffassung ist mit der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2018 definitiv widersprochen worden. Die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien ermöglicht zielgruppenspezifische Modifikationen des Zeiteinsatzes. Es wird dennoch lange brauchen, bevor das notwendige Wissen und die erforderlichen Kompetenzen über die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis ankommen. Derzeit sind die psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitute selten adäquat auf diese Inhalte

vorbereitet. Hier bedarf es intensiver Anstrengungen der Psychotherapeutenkammern (Psychologische Psychotherapeuten) und der Verbände und Fachgesellschaften der ärztlichen Psychotherapeuten.

Die Ausführungen zum Grundsätzlichen treffen wohl fast alle auch auf die nachfolgend dargestellten Versorgungsformen zu. Sie werden dort nicht noch einmal dargelegt.

2. Ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebote

2.1. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte

Im Hinblick auf die Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie spielen der regional unterschiedlich ausgeprägte Facharztmangel einerseits, vor allem der Zeitdruck und die vielfältigen Barrieren der Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte andererseits eine Rolle. Der oft überdurchschnittliche Zeitaufwand für die adäquate Versorgung unter Einbeziehung der Unterstützungssysteme (gesetzliche Betreuer, Angehörige, Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe) wird bis heute nicht adäquat vergütet. Die in vielen Fällen zweckmäßige oder notwendige aufsuchende Versorgung ist niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern angesichts ihrer überlaufenen Sprechstunden kaum möglich.

2.2. Psychiatrische Institutsambulanzen

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), die an psychiatrischen Fachkliniken und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet sind, könnten grundsätzlich eine geeignete Versorgungsstruktur für viele Patienten mit Intelligenzminderung sein. Es zeigt sich, dass sie sich zumeist dieser Aufgabe nicht stellen oder nicht stellen können, insbesondere, weil es an den fachlichen und personellen Voraussetzungen fehlt.

2.3. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Die multiprofessionell ausgestatteten *Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)* gemäß § 119c SGB V – analog den Sozialpädiatrischen Zentren SPZ gemäß § 119 SGB V – sind noch im Aufbau begriffen. Allerdings ist die regionale Verteilung der bereits ermächtigten oder bereits tätigen MZEB auffällig ungleichmäßig. Die MZEB werden sich auf verschiedene Schwerpunkte (z.B. Epileptologie, Orthopädie, Neuroorthopädie, aber eben auch Psychiatrie und Psychotherapie) ausrichten. Derzeit gibt es in Deutschland etwa 40 bereits tätige MZEB. In einigen Bundesländern sind überhaupt noch keine Ermächtigungen erteilt worden. Die schleppenden Vergütungsverhandlungen oder nicht auskömmliche Vergütungspauschalen erschweren vielerorts die Entwicklung dieser notwendigen Strukturen. Das spiegelt nicht zuletzt die oft willkürlichen Entscheidungen von Zulassungsausschüssen und Krankenkassen wider.

2.4. Tagesklinische Versorgung

Die tagesklinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung spielt keine wesentliche Rolle. Auf die Tageskliniken trifft insbesondere zu, dass die Ausgestaltung der therapeutischen Programme im Allgemeinen nicht für diese Personengruppe geeignet ist. Die Anforderungen, die an Mitwirkung und Verständnis gestellt werden, sind zu hoch.

2.5. Stationäre Versorgung

Im Hinblick auf die stationär-psychiatrische Versorgung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und in psychiatrischen Abteilungen innerhalb von Allgemeinkrankenhäusern ist die Unterscheidung in Regelversorgung und in Spezialangebote wesentlich.

Stationäre Spezialangebote für Menschen mit Intelligenzminderung gibt es in psychiatrischen Fachkrankenhäusern, wenn auch in unzureichender Zahl und personeller Ausstattung. In regionalen Allgemeinkrankenhäusern gibt es keine Spezialangebote.

2.5.1. Stationäre Regelversorgung

Die stationäre Regelversorgung erweist sich erfahrungsgemäß zumeist als untauglich für die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung. Nicht nur, dass der Personalmangel, die fehlende Zeit für Ansprache und Begleitung, nicht zuträglich für diese Patientinnen und Patienten sind, vor allem die Komplexität der Angebote und Programme überfordert sie. In vielen Fällen kommen sie eher verschlechtert als gebessert in ihre Herkunftsfamilie oder in die Behindertenhilfe zurück.

Es wird oft notwendig, Assistenzpersonen aus dem Alltag des Betroffenen, Angehörige usw. intensiv einzubeziehen, ggf. bis hin zu Mitaufnahme gemäß § 11 Abs. 3 SGB V⁵.

Menschen mit Intelligenzminderung haben oft in ihrer Biografie traumatische Erfahrungen gemacht. Sie reagieren deshalb intensiv, etwa mit Verhaltensauffälligkeiten, auf als fremd oder bedrohlich erlebte Lebensumstände. Dem kann nur mit einer hohen zielgruppensensiblen Fachlichkeit und erhöhter Personalpräsenz entgegengewirkt werden. Beides ist in der Regelversorgung selten gegeben.

2.5.2. Stationäre Spezialangebote

Für komplexe sowie diagnostisch oder therapeutisch schwierige Fälle müssen Spezialangebote für größere Versorgungsregionen zur Verfügung stehen.

In einigen Bundesländern gibt es stationäre Spezialbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen.⁶ Diese Spezialbereiche, zumeist Abteilungen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern, arbeiten auf der Grundlage zielgruppen-

⁵ Die Frage der Finanzierung für Mitarbeitende aus Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe, die eine Begleitung im Rahmen von Mitaufnahmen übernehmen, kann hier nicht erörtert werden.

⁶ Eine einigermaßen aktuelle Übersicht findet sich auf der Website der DGSGb:
http://dgsgeb.de/index.php?section=directions#psychiatrische_kliniken_erwachsene.

spezifisch organisierter und konzeptualisierter Abläufe. Gleichwohl sind solche Angebote derzeit oft nicht ausreichend finanziert oder hängen von wirtschaftlichen Quersubventionierungen innerhalb der Gesamteinrichtung ab. Dieser Missstand ist zu beseitigen, indem die personelle Mindestausstattung für solche Bereiche festgelegt und zur transparenten Grundlage der Vergütung wird.

Innerhalb der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielfalt anspruchsvoller störungsbildspezifischer Methoden entwickelt, die logischerweise nicht überall, in jeder psychiatrischen Einrichtung, angeboten werden kann. Das macht es notwendig, für größere Versorgungsregionen im Wege abgestimmter Arbeitsteilung neben einer gemeindenahen Versorgung spezielle diagnostische, therapeutische und rehabilitative Angebote für bestimmte Störungsbilder vorzuhalten.⁷ Diese Erkenntnis ist zwanglos auf die Spezialangebote für Menschen mit Intelligenzminderung anwendbar; sie entspricht den Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens, das durch ausgeprägte Spezialisierung neben der Regelversorgung gekennzeichnet ist. Mit einem solchen Verständnis entfällt die Notwendigkeit, dass sich die Spezialangebote immerfort legitimieren müssen.

Die geografische Ausdehnung der Versorgungsregion, die durch ein spezialisiertes Angebot versorgt wird, ist derzeit unterschiedlich und folgt eher pragmatisch den historisch gewachsenen Strukturen. Es besteht noch kein Konsens über normative Vorgaben, Messziffern o.ä. Es müssten hierzu auch regionale Besonderheiten der Verteilung von Angeboten der Behindertenhilfe und vor allem verkehrsräumlich-logistische Aspekte einbezogen werden.

Viele der vorhandenen stationären Spezialangebote sind verbunden mit einem spezialisierten ambulanten Angebot (z.B. spezialisierte Psychiatrische Institutsambulanz), teilweise mit ausgeprägt aufsuchendem Charakter. Dieser Verknüpfung kommt größte Bedeutung zu.

Es ist selbstverständlich, die stationären und ambulanten Spezialangebote aufs engste mit den Angeboten der Regelversorgung zu verknüpfen. Sie sollen auch nur dann in Anspruch genommen werden, wenn nach den Gegebenheiten des individuellen Patienten das Regelversorgungssystem überfordert ist und dort eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Das heißt ausdrücklich, dass der Vorrang der Inanspruchnahme der Regelversorgung gewahrt bleiben muss.

2.6. Medizinische Rehabilitation

Erfahrungsgemäß erhalten Menschen mit Intelligenzminderung sehr selten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Das liegt unter anderem daran, dass viele Angebote diese Personengruppe explizit ausschließen oder auch nur hinnehmen, dass die oft hohen

⁷ Vgl. N. Sartorius: More than one scenario exists for the future of psychiatry. Lancet Psychiatry 2017 Oct; 4 (10):738-739.

Anforderungen an die Mitwirkung deren Möglichkeiten übersteigen. Diese Exklusion ist nicht allein unter dem Aspekt der rechtlichen Gleichstellung zu kritisieren. Sie begünstigt vor allem die Chronifizierung psychischer Störungen.

Es müssen also die Rehabilitationskonzepte aller rehabilitativen Angebotsformen für diesen Personenkreis angepasst und/oder auf diese Patientengruppe zugeschnittene – spezialisierte – mobile, ambulante und stationäre Angebote entwickelt werden. Die gemeindepsychiatrischen Verbände sollten Partner dieser Entwicklung sein. Dass von einer solchen Entwicklung auch andere Patientengruppen (Menschen mit schwerer chronischer psychischer Erkrankung, altersdemente Personen usw.) profitieren, liegt auf der Hand.

2.7. Forensische Psychiatrie

Für Personen mit Intelligenzminderung, für die infolge einer begangenen Straftat bei fehlender Schuldfähigkeit oder bei verminderter Schuldfähigkeit gemäß § 63 StGB vom Gericht die Unterbringung in einer forensisch-psychiatrischen Klinik (Maßregelvollzug) angeordnet wurde, fehlt es dort in der Regel an zielgruppenspezifischen Förderkonzepten, die aktuelle Erkenntnisse, etwa der Förderung der emotionalen Reifung usw. aufgreifen. Damit gerät der Auftrag des Maßregelvollzuges, neben der Sicherung auch zu bessern, ins Hintertreffen.

Weil der Maßregelvollzug in der Verantwortung der Bundesländer liegt, 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.

Als erste dringende Aufgabe stellt sich, eine valide Übersicht darüber zu erstellen, wie viele Menschen mit Intelligenzminderung derzeit in forensischen Kliniken untergebracht sind. Dabei muss unterschieden werden, ob die Intelligenzminderung allein die Schuldunfähigkeit bzw. verminderte Schuldfähigkeit begründete oder ob die Intelligenzminderung neben einer anderen psychiatrischen Diagnose (z.B. Schizophrenie) festgestellt wurde.

3. Weiterführende Lösungsansätze

Die folgenden Ausführungen behandeln einige Gesichtspunkte, die im Vorstehenden nicht oder nicht ausreichend behandelt worden sind.

3.1. Innovative Versorgungsformen

Innovative Versorgungsformen wie die *Stationsäquivalenten Leistungen* oder das *Home-Treatment* müssen für den Personenkreis der Menschen mit Intelligenzminderung angepasst und weiterentwickelt werden. Hierzu bedarf es noch der konzeptionellen und organisatorischen Vorbereitung sowie evaluierter Modellprojekte.

3.2. Durchsetzung umfassender Barrierefreiheit

Von größter Bedeutung in jedem Sektor der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist die Durchsetzung umfassender Barrierefreiheit⁸. Dies beginnt mit der Arbeit an Haltung, Respekt und Sensibilität gegenüber dieser besonders vulnerablen Personengruppe, und setzt sich fort mit der Entwicklung von Wissen und Handlungskompetenz ihr gegenüber, mit der Schaffung adäquater konzeptioneller, struktureller und organisatorischer Bedingungen bis hin zur aufwandsgerechten Vergütung des Mehraufwandes im stationären und ambulanten Bereich.

Die Gremien der Selbstverwaltung sind gefordert, entsprechende Standards zu formulieren und bei Zulassungen und Ermächtigungen zu berücksichtigen.

3.3. Fortbildung, Weiterbildung und Ausbildung

Alle an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen müssen für die Besonderheiten der Personengruppe der Menschen mit Intelligenzminderung mit zusätzlichen psychischen Störungen und die damit verbundenen Besonderheiten sensibilisiert werden. Unter Bezug auf das oben Ausgeführte muss mit Nachdruck gefordert werden, Wissen, Interpretations- und Handlungskompetenz aller Gesundheitsberufe im Hinblick auf Menschen mit Intelligenzminderung zu fördern. Dies muss in der Ausbildung beginnen und sich in Fort- und Weiterbildung fortsetzen. Im Hinblick auf die Trägheit entsprechender Prozesse (z.B. Anpassung der Approbationsordnung) ist der schnellste Weg, hier explizite Schwerpunkte in der Fortbildung zu verlangen. Auch das ist eine Forderung vorrangig an die Selbstverwaltungsgremien. Hier sollte auch die Zusammenarbeit mit Selbstvertretungsgremien der Menschen mit Intelligenzminderung, mit Fachverbänden und Einrichtungen der Behindertenhilfe gesucht werden.

3.4. Auskömmliche, aufwandsdeckende Leistungsvergütung

Es müssen die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden, um die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung wirksam zu verbessern. Dazu gehören insbesondere:

- Verbesserung der Vorgaben zur Personalausstattung für die stationär-psychiatrische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung – 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).

⁸ Der Begriff der umfassenden Barrierefreiheit bezieht sich auf die Beseitigung aller sich hemmend und nachteilig auswirkenden Kontextfaktoren gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF); er greift weit über rein bauliche u.ä. Barrieren hinaus.

- Zielgruppenbezogene Anhebung der Vergütungspauschalen im ambulanz-psychiatrischen Sektor (PIA, MZEB).
- Verbesserung der EBM-Vergütung für die ambulanz-psychiatrische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung durch niedergelassene Psychiater, ebenso Sicherstellung einer aufwandsgerechten Vergütung für die psychotherapeutische Behandlung.

Die wirksame Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit Intelligenzminderung ist ein selbstverständliches Gebot der ärztlichen Grundhaltung und des Berufsethos.

Diese Forderung ergibt sich auch aus § 2a SGB V, der verlangt: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Entschiedene Anstrengungen zur Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung sind heute zwingende Folge aus der UN-Behindertenrechtskonvention, die seit zehn Jahren in Deutschland unmittelbar geltendes Recht ist.

Kontakt für die Fachverbände:
Prof. Dr. med. Michael Seidel
E-Mail: seidelm2@t-online.de