

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung

Von **Jan Glasenapp**

Zum Hintergrund

Es ist noch gar nicht allzu lange her, da wurde Menschen mit geistiger Behinderung abgesprochen, überhaupt psychisch krank sein zu können. Psychische Symptome wurden als Merkmal der Behinderung hingenommen, entsprechend gerieten Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Blick moderner Psychotherapie.

Nachdem das Psychotherapeuten-Gesetz 1999 in Deutschland zu einem Durchbruch in der psychotherapeutischen Versorgung geführt hatte, musste in der Folge festgestellt werden, dass nicht alle Bürgerinnen und Bürger, nicht alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gleichermaßen von dem verbesserten Zugang zur Versorgung profitieren.

Dabei wurde in der von Deutschland 2009 ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen das Recht behinderter Menschen auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anerkannt und sich verpflichtet, ihnen eine Gesundheitsversorgung in „derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ zur Verfügung zu stellen.

Betroffene, deren Angehörige und Betreuer sowie verschiedene Fachverbände der Behindertenhilfe haben seit

Jahren auf das Problem der strukturellen Unterversorgung geistig behinderter Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen.

In der Folge reagierten einzelne Landespsychotherapeutenkammern, beriefen Behindertenbeauftragte und Arbeitskreise, führten Tagungen und Fortbildungen zu dem Thema durch, stellten Informationen ihren Mitgliedern zur Verfügung (zum Beispiel LPK Baden-Württemberg, 2014).

Im Zuge dieses Prozesses wendete sich 2015 die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSG e.V.) auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und formulierte Vorschläge für eine Anpassung der Psychotherapierichtlinie (vgl. Glasenapp & Schäper, 2016).

Am 18.10.2018 hat nun der GBA Änderungen der Richtlinie beschlossen und damit den Weg freigemacht für eine Flexibilisierung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Die Änderungen erfordern weitere Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarungen und im EBM, sodass sie voraussichtlich im Sommer 2019 in Kraft treten werden. Die KBV wird zur gegebenen Zeit alle Niedergelassenen über die anstehenden Änderungen informieren.

Was beinhalten diese:

Für die kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung gelten zukünftig ähnliche Bedingungen, wie sie bereits heute für Kinder und Jugendliche gelten.

1. In die Behandlung können, wenn dies notwendig sein sollte, nicht nur enge Bezugspersonen (Familienangehörige) einbezogen werden, sondern „relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld“ (§9), zum Beispiel Bezugspersonen aus Betreuungseinrichtungen wie Wohngruppen, Schulen, Werkstätten. Diese Sitzungen werden nicht — wie bei erwachsenen Patienten ohne geistige Behinderung — auf das Gesamtkontingent angerechnet (§27 Abs. 4).

2. Es besteht die Möglichkeit 5 (10) statt 3 (6) Sprechstunden je 50 (25) Minuten durchzuführen (§ 11 Abs. 5), darunter 2 (4) Sprechstunden entsprechender Zeitdauer „auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit“ (§ 11 Abs. 6) des Patienten/der Patientin mit geistiger Behinderung.

3. Es können zwei weitere (max. 6) probatorische Sitzungen (auch unter Einbezug von Bezugspersonen) durchgeführt werden (§12 Abs. 3f.).

4. Bei der Durchführung von Lang-

zeittherapien bestehen erweiterte Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe, bei insgesamt 40 oder mehr Einheiten können bis zu 10 Einheiten als Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei 60 oder mehr Einheiten bis zu 20 (§14 Abs. 3).

Aus diesen Änderungen ergeben sich für die ambulante Praxis einige Fragestellungen:

Wie wird festgestellt, ob ein Patient/eine Patientin eine geistige Behinderung hat?

Geistige Behinderung meint zunächst im Sinne der ICF einen komplexen biopsychosozialen Tatbestand, bei dem Personenfaktoren und Umweltfaktoren interagieren. In diesem Prozess können Schädigungen der Körperfunktionen von Einschränkungen der Aktivitäten sowie Begrenzungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterschieden werden.

Die Schädigungen der Körperfunktionen werden als Krankheiten in der ICD beschrieben, im Falle der geistigen Behinderung ist das zunächst die im Kapitel F7 umschriebene Intelligenzstörung (IS), in der ICD 11 zukünftig „Störung der intellektuellen Entwicklung“. IS ist ein Sammelbegriff vielfältiger intellektueller Einschränkungen und beschreibt einen „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung geistiger Fähigkeiten“, darunter Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. In Abgrenzung zu erworbenen Hirnschädigungen finden sich die Ursachen der IS prä- oder perinatal, zum Beispiel in Gendefekten.

Die IS kann in der vierten Stelle hinsichtlich auftretender Verhaltensstörungen spezifiziert werden. Die Verhaltensstörungen sind als solche jedoch nicht abschließend definiert und ersetzen nicht die Feststellung einer weiteren psychischen Störung.

Der Schweregrad der IS wird in Abhängig-

keit des Intelligenzquotienten (IQ) unterschieden in leichte Intelligenzminderung (IM) (F70, IQ 69–50), mittelgradige (F71, IQ 49–35), schwere (F72, IQ 34–20) und schwerste (F73, IQ <20).

Klinisch können Menschen mit leichter IM bei sehr günstiger Förderung noch so eben einen Hauptschulabschluss gemacht, zumeist jedoch Förderschulen besucht haben. Selten werden manche einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt haben, zumeist jedoch eine Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung besuchen. Sie leben oft in ihren Herkunftsfamilien, alleine oder in einer WG mit ambulanter Betreuung, manchmal in offenen Wohngruppen. Sie können sich in der Regel verbal gut ausdrücken und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle artikulieren. Menschen mit mittelgradiger IM stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Manche leben noch selbstständig, die meisten in Wohngruppen. Manche beeindruckt mit sehr guten verbalen Fähigkeiten, die mitunter darüber hinwegtäuschen, dass in anderen kognitiven Bereichen größere Defizite vorhanden sind. Mit zunehmender Schwere der IM nehmen die Einschränkungen in Sprache, Motorik und sozialen Fähigkeiten zu.

Neben diesen gibt es noch die dissoziierte IM (F74), wenn der Handlungs-IQ und Sprach-IQ sich um mindestens 15 Punkte unterscheiden, andere IM (F78), wenn eine Testdurchführung nicht möglich ist, und die nicht näher bezeichnete IM (F79), die zu vergeblich ist, wenn die Informationen für eine nähere Einstufung nicht ausreichen.

In vielen Fällen wurde der Grad der IM bereits andernorts festgestellt und kann gegebenenfalls übernommen werden. Dennoch kann die Überprüfung der Intelligenz zur Feststellung des IQ sowie

zur differenziellen Erfassung von (Teil-) Leistungsaspekten notwendig und sinnvoll sein. Die entsprechenden Verfahren müssen normiert sein und einen IQ ergeben. Beispielsweise können die Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS) in 30–60 Minuten noch mit vertretbarem Aufwand in der ambulanten Praxis durchgeführt werden. Sie differenzieren hinreichend gut auch im niedrigen IQ-Bereich und sind für alle Altersgruppen normiert. Die hohen Anschaffungskosten eines IQ-Verfahrens können möglicherweise durch den Zusammenschluss mehrerer Praxen aufgeteilt werden.

Ist Psychotherapie überhaupt wirksam und was ist inhaltlich dabei zu beachten?

Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien und Metaanalysen vor, darunter mit randomisierten Kontrollgruppen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit IS nachweisen konnten (vgl. Beail, 2016). Eine gute Wirksamkeit wird berichtet für den Umgang mit Ärger und Aggressionen sowie Depressionen. Wirksamkeit findet sich auch bei Ängsten und anderen psychischen Störungen. Grundsätzlich kommen alle Verfahren zur Anwendung, natürlich unter Berücksichtigung der kommunikativen Fähigkeiten. Das therapeutische Vorgehen und die gewählten Methoden erfordern Anpassungen, beispielsweise eine einfache, angepasste Sprache, Vereinfachungen, die Verwendung von Illustrationen, die Nutzung von nichtsprachlichen Interventionen wie kreativer Ausdruck, Rollenspielübungen, Wiederholungen, Geduld, Flexibilität, die Fokussierung von Ressourcen, manchmal ein direktives Vorgehen, das offene Ansprechen von Aspekten der Behinderung, Halbierung von Sitzungen, um der verminderten Konzentrationsfähigkeit zu entsprechen. Zwischenzeitlich gibt es zur

weiteren Vertiefung eine Fülle an Übersichtsliteratur, darunter Manuale für die Behandlung von Depressionen (Erretkamps et al., 2017) oder auch emotionaler Instabilität (Elstner et al., 2012).

Wichtig ist es, Menschen mit geistiger Behinderung voller Respekt zu begegnen, mit Neugierde für ihre Lebenswirklichkeit, mit einer Offenheit und Bereitschaft, sich von einer unbekannteren Weltsicht anregen zu lassen. Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung bietet eine wunderbare Gelegenheit, eigene Denkmuster und therapeutische Routinen zu überprüfen und loszulassen.

Was ist formal zu beachten?

Nicht die Intelligenzstörung wird psychotherapeutisch behandelt, denn sie fällt nicht unter den Indikationskatalog der psychischen Störungen, die zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden dürfen. Das bedeutet, dass die Indikation für eine Behandlung sich immer aus einer weiteren Diagnose ergibt, zum Beispiel Depression, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.

Darauf aufbauend sollte im Bericht an den Gutachter oder die Gutachterin der Behandlungsplan an der Behandlungsdiagnose ausgerichtet sein und der Intelligenz entsprechen (zum Beispiel in der verhaltenstherapeutischen Depressionsbe-

handlung mehr am Verhalten orientierte Interventionen umfassen als komplexe kognitive Umstrukturierungen).

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufig (aber nicht immer) gesetzliche Betreuer, die für den Gesundheitsbereich zuständig sind. Daher muss vor Aufnahme probatorischer Sitzungen geklärt werden, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt. Diese muss über die Behandlung informiert werden und unterschreibt zusammen mit dem Patienten die erforderlichen Formulare (PTV1, Therapievertrag).

Grundsätzlich gelten darüber hinaus für Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen informationellen Selbstbestimmungsrechte wie für Menschen ohne geistige Behinderung (vgl. Musterberufsordnung). Das bedeutet, dass PatientInnen mit geistiger Behinderung der Weitergabe von Informationen an Bezugspersonen zustimmen müssen. Wenn sie dies nicht tun oder können, muss das Wohl des Patienten gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht sorgfältig abgewogen werden. Dieses Problem tritt beispielsweise dann zutage, wenn Sitzungen mit Bezugspersonen ohne Anwesenheit der (erwachsenen) PatientInnen durchgeführt werden, was auf gut begründete Ausnahmen beschränkt sein sollte. Menschen mit geistiger Behinderung wollen und können ihre Anliegen zumeist selbst vertreten! —

Literatur

Beail, N. (Ed.) (2016). Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society.

Elstner, S., Schade, C. & Diefenbacher, A. (Hrsg.) (2012). DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S. & Bengel, J. (2017). Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.

Glasenapp, J., Schäper, S. (Hrsg.) (2016). Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 37. Berlin: DGSGB. (<http://dgsgeb.de/volumes/978-3-938931-38-7/978-3-938931-38-7.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/20141219-psychotherapie-geistige-behinderung-fragen-antworten.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).