Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Stellungnahme der Fachgruppe Psychosoziale Versorgung der DGVT zu zielgruppenspezifische Versorgungsfragen

Die Fachgruppe „Psychosoziale Versorgung“ in der DGVT hat die anderen Fachgruppen und die Kommissionen des Verbandes gebeten, aus ihren Erfahrungen Zielgruppen zu benennen, die besondere Versorgungsbedarfe haben. Aufgrund der verbandsinternen Stellungnahmen haben insbesondere folgende Personengruppen besondere Versorgungsbedarfe.

- Ältere Menschen
- Menschen mit einem Migrationshintergrund mit und ohne Fluchterfahrung
- Körperlich erkrankte Menschen mit psychotherapeutischen oder psychoedukativen Behandlungsbedarfen
- Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und mit neuropsychologischen und -physiologischen Störungen
- Menschen mit einer Intelligenzminderung (geistigen Behinderung)[1]
- Menschen mit Substanzkonsumstörungen
- Menschen in Haft oder im Vollzug anderer Maßregeln
- Menschen in prekären Wohnformen

Die innerverbandlichen Stellungnahmen beleuchten die Versorgungsbedarfe der genannten Personengruppen in der Regel umfassend. Für fast alle Zielgruppen wird eine verbindliche Zusammenarbeit der Leistungsanbieter*innen, die von unterschiedlichen Leistungsträger*innen finanziert werden, im Interesse der zu versorgenden Person angemahnt. Das gegliederte System der Sozialversicherungen, einschließlich der oftmals stark ausdifferenzierten staatlichen Sozialleistungen, braucht eine Vernetzung der Leistungsanbieter*innen auf struktureller Ebene und eine gute Kooperation der Leistungen auf der individuellen Ebene. In dieser Stellungnahme werden insbesondere Lösungen für die beschriebenen Versorgungsbedarfe des SGB V skizziert.

Ältere Menschen

Auch wenn Alter keine Krankheit ist und ältere Menschen grundsätzlich ähnliche Behandlungsbedarfe wie jüngere Menschen haben, so zeigt sich, dass es Hemmnisse und Barrieren bei der Behandlung von älteren Menschen mit psychischen/psychiatrischen/psychosomatischen Beeinträchtigungen gibt. Die Forschung beschreibt insbesondere die folgenden Barrieren und damit Änderungsbedarfe:

[1] Die Bezeichnung dieser Personengruppe ist im Fluss. People First plädiert dafür, diese Personen als „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ zu benennen. Im pädagogisch-psychologischen Kontext werden Personen mit einem Intelligenzquotienten zwischen 70 und 85 als lernbehindert angesehen. Der hier gemeinte Personenkreis wird im medizinischen Kontext auch als „geistig behindert“ definiert. Der IQ liegt bei dieser Personengruppe in der Regel unter 70. Die WHO wiederum verweist darauf, dass der Begriff „Behinderung“ nur angemessen ist, wenn die Behinderung auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung zurückzuführen ist. Deshalb wurde in dieser Stellungnahme der Begriff „Menschen mit einer Intelligenzminderung“ gewählt. Dabei ist sich die Fachgruppe bewusst, dass dieser Begriff den Personenkreis und ihre Beeinträchtigung unzureichend beschreibt. Es wird angeregt, die Frage nach der angemessenen Begrifflichkeit trialogisch zu lösen.

- Finanzierung von Hausbesuchen (Auskömmlichkeit von Wegepauschalen), denn diese Personengruppe ist häufiger mobilitätseingeschränkt und bedarf somit öfters einen Hausbesuch.
- Mittlerweile gibt es das Instrument der Videosprechstunde. Dieses Angebot ist auf die Bedarfe älterer Menschen auszurichten.
- Angehörige und (langjährige) Bezugspersonen wie Freunde, Bekannte oder gute Nachbarn können Behandlungsverlauf und -erfolge sowohl positiv wie negativ beeinflussen. Sie brauchen deshalb im Einzelfall selbst eine gute Begleitung, um psychisch gesund zu bleiben (Prävention oder/und eine gute Beratung).
- Aufgrund der gestiegenen Komorbidität erhält dieser Personenkreis oft weitere Leistungen und Behandlungen Dritter (wie beispielsweise Pflege, ärztliche, psychosoziale und psychotherapeutische Leistungen, medikamentöse Versorgung). Diese sind aufeinander abzustimmen.
- Verschiedene Projekte der Versorgungsforschung zeigen, dass bei der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen folgendes besonders wichtig ist:
- Die klassische Form – 50 Minuten pro Woche – ist für ältere Menschen und Menschen mit einer Demenzerkrankung nicht immer passend, sie muss angepasst werden.
- Im Alter geht es mehr um einen Lebensrückblick – Bewertung des eigenen Lebens, Biografie, weniger um die Ausgestaltung der Zukunft, die es „aber“ auch noch gibt.
- Eine Psychotherapie hat die Entwicklungspsychologie im Alter zu berücksichtigen, klassische Manuale berücksichtigen diese nicht immer, die Psychotherapie ist stärker zu individualisieren.
- Diese Erkenntnisse sind bei der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen für ältere Menschen zu berücksichtigen. Auch die Psychotherapie-Richtlinien sind entsprechend anzupassen.

Menschen mit einem Migrationshintergrund mit und ohne Fluchterfahrung

Menschen mit einem Migrationshintergrund mit oder ohne Fluchterfahrung bilden keine einheitliche Personengruppe. Ein kleinerer Teil dieser Personengruppe ist aus unterschiedlichen Gründen noch nicht erfolgreich integriert. Eine große Hürde bei der Integration und damit auch bei der Nutzung von medizinischen Leistungen ist die Sprache.

Kommunikation ist eine zentrale Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung. Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, die die deutsche Sprache beherrschen, könnten die Übersetzungsarbeit erbringen. Doch dies kann die psychotherapeutische Behandlung deutlich beeinflussen, deshalb braucht Psychotherapie, wenn die Fachkraft die Sprache der Patient*innen nicht selbst spricht, eine professionelle Dolmetscherleistung. Diese Dolmetscherleistung und der durch die Dolmetscherzeit gestiegene Mehrbedarf sind bei der Finanzierung entsprechend zu berücksichtigen.

Körperlich erkrankte Menschen mit psychotherapeutischen und/oder psychoedukativen Bedarfen

Die psychotherapeutische Behandlung von primär körperlich erkrankten Personen bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit, da die Bedarfe dieser Personengruppen in ihrer Komplexität oftmals nicht gesehen werden. Dieses sind insbesondere Personen

- mit onkologischen Erkrankungen,
- mit chronischen Schmerzen,
- mit Diabetes,
- mit einer seltenen Erkrankung,
- mit psychiatrischen Erkrankungen in der Vorgeschichte, die aufgrund somatischer Erkrankungen stationär oder ambulant behandelt werden,

- nach Unfällen oder Erkrankungen, die mit Veränderungen des Körperbildes einhergehen,
- nach Herzinfarkten und Schlaganfällen und
- auf Intensivstationen.

In der Versorgung gibt es gute Beispiele von gelungenen Kooperationen zwischen dem jeweiligen Fachgebiet und der Psychotherapie. Am besten ist sie bei der Zusammenarbeit von Onkologie und Psychotherapie gelungen. Allerdings gründen diese Kooperationen im Regelfall auf Projekte und guter persönlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit. Gebraucht werden strukturell verankerte Kooperationen und Vernetzungen, damit diese Zusammenarbeit rechtsverbindlich ausgestaltet und damit verstetigt wird. Diese verbindlichen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sind im SGB V rechtlich abzusichern.

Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und mit neuropsychologischen und -physiologischen Störungen

Bei diesem Personenkreis sind besondere Leistungen auf diagnostischer Ebene, wie die Erfassung neurokognitiver, affektiver/erlebensbezogener und behavioraler Veränderungen durch die erlittene Hirnschädigung, Erfassung der Interaktion mit prämorbider Persönlichkeitsstruktur zur Einschätzung psychischer Bewältigungsmöglichkeiten, die Interdependenz prämorbider psychischer Erkrankungen und Erkrankungen infolge der Hirnschädigung sowie die Erfassung des therapeutischen Potentials, der Formulierung realistischer Behandlungsziele notwendig.

Ähnliches gilt für die notwendigen Leistungen auf therapeutischer Ebene. Die Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung hirnschädigungsbedingter Veränderungen: beispielsweise der Umgang mit Gedächtnisstörungen, Umgang mit interaktionellen Störungen, Umgang mit schwereren Sprach(verständnis)störungen, Umgang mit reduziertem Antrieb, mit reduzierter Belastbarkeit, mit Einschränkungen im Perspektivwechsel, ist zeitintensiv. Etwa 20% (uneinheitliche Datenlage) der Menschen mit neurologischen Erkrankungen, die sich auch in Behandlung begeben, haben auch psychische Beeinträchtigungen.

Diese Personengruppe benötigt einen deutlich erhöhten koordinativen Aufwand insbesondere mit Heilmittelerbringer*innen, Ärzt*innen, vorbehandelnden Einrichtungen, Wohneinrichtungen und anderen Leistungsanbietern.

Weiterhin brauchen diese Menschen psychosoziale Unterstützung, denn die Hirnschädigungen entstehen in der Regel durch plötzliche Ereignisse, die mit vielfältigen existenziellen Themen wie Arbeitsfähigkeit, Einkommensverluste, Rentenanspruch oder Aussteuerung Krankenkasse verbunden sind. Aufgrund der Schädigung sind sie selten in der Lage, eigeninitiativ Lösungen für diese Fragen zu finden.

Der DGVT ist bekannt, dass es Bundesländer gibt, in denen neuropsychologisch weitergebildete psychologische Psychotherapeut*innen mit einer Sonderbedarfszulassung nicht berechtigt sind, Personen, die sie neuropsychologisch behandeln, auch psychotherapeutisch zu behandeln. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen sind neuropsychologische Kenntnisse für den Behandlungserfolg unerlässlich, deshalb soll der Gesetzgeber darauf hinwirken, dass die Sonderbedarfszulassung für diesen Personenkreis die psychotherapeutische Behandlung einschließt.

Weiterhin entsteht in der ambulanten Praxis ein kostenbezogener Mehraufwand: gemäß den AWMF-Leitlinien stellen Trainings- und Diagnostikprogramme zur Behandlung neurokognitiver Störungen einen relevanten Therapiebaustein dar. Die Ausstattung mit diesen teuren Programmen wird nicht vergütet.

Die notwendigen Rehabilitationsleistungen in unterschiedliche Leistungsträgerschaften einschließlich der notwendigen Eingliederungshilfe und der Pflege für diesen Personenkreis müssen stärker aufeinander abgestimmt werden.

Menschen mit einer Intelligenzminderung (einer „geistigen Behinderung“)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im November 2018 die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) in Bezug auf Menschen mit einer Intelligenzminderung geändert und dazu die bisher gültigen Regelungen bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich größerer Kontingente für die Psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen und die erweiterte Möglichkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen (mit zusätzlicher Sitzungen im Verhältnis 1:4) auf Menschen mit der Diagnose einer Intelligenzminderung (ICD-10 F70-F79) übertragen.

Dabei hat sich der G-BA auch ausführlich mit dem Begriff der „geistigen Behinderung“ auseinandergesetzt:

„Im Sinne der PT-RL umfasst die Bezeichnung Menschen mit einer geistigen Behinderung Personen mit einer Diagnose entsprechend des Abschnitts Intelligenzstörung (F70-F79) nach ICD-10. Der G-BA hat sich eingehend mit der Begrifflichkeit „geistige Behinderung“ befasst Viele Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung lehnen die Formulierung „geistige Behinderung“ als diskriminierend ab. Eine nicht diskriminierende alternative Formulierung, die innerhalb von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft Konsens findet, gibt es derzeit nicht. Betroffene nennen sich selbst oft Menschen mit Lernschwierigkeiten. Diese und andere alternative Bezeichnungen, wie beispielsweise „Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung“ sind jedoch wenig trennscharf und beschreiben einen deutlich erweiterten Personenkreis. Die genaue Beschreibung der Personengruppe, für die die im Folgenden dargestellten Änderungen gelten sollen, macht es daher notwendig, in der PT-RL die etablierte Bezeichnung „Menschen mit einer geistigen Behinderung“ zu verwenden. Sobald ein Konsens zu einer neuen, fachlichen treffenderen Bezeichnung gefunden würde, würde der G-BA eine Prüfung der Begrifflichkeit vornehmen. Die Beratungen haben ergeben, dass die Diagnosen F 70 – 79 nach ICD-10 eine operationalisierte Beschreibung des Personenkreises der Menschen mit einer geistigen Behinderung am ehesten abzubilden scheinen. Die hier benannten Diagnosen gelten bei der Änderung der ICD entsprechend.“[2]

Da diese Regelungen explizit für Menschen mit einer F7-Diagnose gelten, wird hier im Folgenden von Menschen mit einer Intelligenzminderung gesprochen.

Die Änderung der PT-RL wurde von der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit einer geistigen Behinderung (DGDGB) unterstützt und ausdrücklich begrüßt. Inwieweit die Veränderungen zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit einer Intelligenzminderung beitragen werden, bleibt abzuwarten.

Trotz der erfreulichen Änderung der PT-RL besteht dennoch in einigen Feldern weiter Handlungsbedarf:

- eine weitergehende Flexibilisierung ist notwendig, um aufsuchende Arbeit der behandelnden Psychotherapeut*innen in Heimen und Wohngruppen zu erleichtern und um die Koordination und den wechselseitigen Austausch mit Betreuer*innen und Personal von Werkstätten und Heimen zu ermöglichen.
- Im Einzelfall können deutlich mehr Stunden für Angehörige und Bezugspersonen notwendig sein, als die vom G-BA nun zugestandene Zahl im Verhältnis 1:4.
- Dauer und Frequenz einer üblichen Psychotherapie (1 Sitzung à 50 min pro Woche) wird dem Behandlungsbedarf oft nicht gerecht – teilweise können wegen des u.U. höheren Kommunikationsbedarfes längere Sitzungen notwendig sein, teilweise aber können kürzere, dafür häufigere Sitzungen indiziert sein.
- Viele Psychotherapeuten fühlen sich nicht qualifiziert für die Arbeit mit Menschen mit einer Intelligenzminderung, neben der Förderung von Fortbildungsveranstaltungen (wie es sie von den Landespsychotherapeutenkammern im Einzelnen schon gibt) ist zu überlegen, dies bei der in der Umsetzung befindlichen Reform der Psychotherapeutenausbildung zu einem verpflichtenden Modul der Weiterbildung zu machen.

[2] aus dem Beschluss des G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie: Zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung vom 18.10.2018

Angesichts des zusätzlichen Aufwandes bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung benötigen ambulant tätige Psychotherapeut*innen verbesserte Rahmenbedingungen, damit sie eine Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung durchführen können. Dazu gehört beispielsweise auch mehr Forschung zu psychotherapeutischen Manuale in einfacher Sprache.

Menschen mit Substanzkonsumstörungen

Die besondere Lage dieses Personenkreises ergibt sich durch die geltenden Finanzierungsregelungen für die notwendigen Leistungen für diesen Personenkreis. Akutbehandlung (Entgiftung, qualifizierter Entzug) und Substitutionsbehandlung sind SGB V-Leistungen, die Entwöhnung und die Wiedereingliederung (Adaptation) ist in der Regel eine Leistung der Rentenversicherung (SGB VI). Die psychosoziale Begleitung, die Prävention und die Nachsorge durch Selbsthilfe werden von Suchtberatungsstellen erbracht. Diese Leistungen werden in der Regel vom Land oder den Kommunen finanziert – teils als freiwillige, teils als gesetzliche Leistung nach SGB VIII (Hilfen zur Erziehung), IX (Eingliederungshilfe, Teilhabeleistungen) oder XII (Hilfen in besonderen sozialen Lebenslagen).

Präventionsprojekte der Beratungsstellen werden von der GKV finanziert. Mit einer Projektfinanzierung ist aber eine dauerhafte präventive Arbeit nicht planbar. Die GKV sollte deshalb dauerhaft diese Präventionsarbeit mitfinanzieren.

Die Psychotherapie-Richtlinien sehen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung dieser Personengruppe vor, wenn diese abstinent ist. Dieses Abstinenzgebot ist vom Grundsatz her angemessen, aber es bedarf der Möglichkeiten, bei begründeten Fällen von dieser Regelung abzuweichen. Die Hürden der Bewilligung einer ambulanten Psychotherapie sollten entsprechend angepasst werden. Darüber hinaus sollte die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) erleichtert und gegebenenfalls auch finanziell abgesichert werden. Das gilt insbesondere für Menschen mit Substanzkonsumstörungen mit komplexen Problemlagen, zu denen u.a. auch prekäre Wohnsituationen gehören.

Da die Zahl der älteren Menschen wächst und damit auch die Zahl der Menschen, die im Alter substanzmittelabhängig sind bzw. werden, brauchen auch diese eine Entwöhnungsbehandlung einschließlich einer Psychotherapie. Da dieser Personenkreis nicht mehr erwerbstätig ist, ist die Finanzierung dieser Leistung von der GKV zu übernehmen.

Die Leistungen für Menschen mit nicht-stofflichen Abhängigkeiten sind entsprechend anzupassen.

Menschen in prekären Wohnsituationen haben häufiger als andere eine Substanzkonsumstörung, oft in Kombination mit weiteren psychischen Störungen. Sie benötigen zusätzliche psychotherapeutische Hilfen und langfristige psychosoziale Begleitung.

Menschen in prekären Wohnsituationen

Grundsätzlich besteht in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht; dennoch gibt es eine zunehmende Zahl an Menschen, die ohne festen Wohnsitz lebt und sich deshalb nicht regelmäßig beim Job-Center oder Sozialamt meldet, so dass sie im Ergebnis ihre Krankenversicherung verlieren. Aus verschiedensten Gründen (Unkenntnis, Scham, …) suchen diese Personen bei einer Akuterkrankung keine Behandlung im Regelsystem, sondern sie nutzen, wo diese erreichbar sind, sogenannte „graue Ambulanzen“, die auch anonym behandeln. Chronische psychische Erkrankungen können bei diesem Personenkreis im Einzelfall oftmals nicht diagnostiziert werden, weil sie entsprechende Angebote nicht nutzen. Dabei leidet gerade dieser Personenkreis häufig an chronischen psychischen Erkrankungen (vgl. den entsprechenden Absatz bei Substanzkonsumstörungen).

Es ist zu überprüfen, ob und wie offene und aufsuchende „graue Ambulanzen“, die medizinische und psychotherapeutische Leistungen erbringen, diese als GKV-Leistungen erbringen können. Da sie einen guten Zugang zu diesem Personenkreis haben, können sie auch Clearingstellen einrichten, in denen Menschen beraten werden, die nicht krankenversichert sind.

Menschen in Haft oder im Vollzug von Maßregeln

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Menschen in Haft oder im Vollzug anderer Maßregeln keine Ansprüche nach SGB V haben. Da sie sich in der Obhut des Staates befinden, trägt dieser auch unmittelbar die Kosten für die medizinische Versorgung. Prinzipiell haben die Länder, die für den Strafvollzug und für den Vollzug anderer Maßregeln zuständig sind, ein eigenes Gesundheitsfürsorgesystem für diesen Personenkreis mit Krankenstation und ärztlicher Grundversorgung aufgebaut.

Es gibt eine Reihe von Versorgungsdefiziten in den Vollzugseinrichtungen, die aber nicht Gegenstand des SGB V sind.

Eine besondere Problematik ergibt sich bei der Entlassung eines Inhaftierten aus dem Vollzug und bei Personen, die nur für eine kurze Zeit inhaftiert sind. Hier gelingt die Übergabe zwischen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge des Vollzuges zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht immer. Deshalb ist zu prüfen, ob Menschen, die nur wenige Wochen bis maximal sechs Monaten im Vollzug untergebracht sind, in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben können. Weiterhin wird vorgeschlagen, Personen im offenen Vollzug, die außerhalb des Vollzugs arbeiten, bei der GKV zu versichern, damit diese bereits bei ihrer Entlassung entsprechend versichert sind.

Zusammenfassung:

Die Analyse der Bedarfe verschiedener Personengruppen zeigt, dass es trotz der Unterschiedlichkeit in der individuellen Behandlung vier strukturelle Gemeinsamkeiten gibt:

- Bei komplexen Krankheitsbildern und komplexen Behandlung-Settings, die Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger*innen umfassen, gibt es häufig einen Bedarf auf eine Abstimmung der notwendigen Behandlungsmaßnahmen. In solchen Fällen kann ein Case-Management, das verbindliche Vorgaben machen kann, hilfreich sein. Es ist zu prüfen, wie ein solches Case-Management eingeführt und finanziert werden kann.
- Damit die Abstimmung und die Koordination im Einzelfall gelingen, beginnen sich in vielen Fällen die Leistungsanbieter*innen auf lokaler/regionaler Ebene zu vernetzen. Diese Vernetzungsarbeit muss verlässlich und stetig sein. Deshalb muss sie für die Leistungserbringer*innen Teil ihrer Aufgabe sein. Sie muss entsprechend finanziert werden.
- Psychotherapeutische Behandlung bei komplexen Krankheitsbildern braucht oft eine gute psychosoziale Begleitung. Behandlung und Begleitung sind aufeinander abzustimmen. Diese Leistung ist zu finanzieren.
- Eine Grundvoraussetzung für alle Leistungen ist die Barrierefreiheit, um die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen sicherzustellen. Es gilt, hier entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und sicherzustellen, dass diese in die Regelversorgung umgesetzt werden.

Tübingen, März 2020

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
Corrensstraße 44/46 | 72076 Tübingen
Telefon: 07071 9434-0 | E-Mail: dgvt@dgvt.de | www.dgvt.de