

## Positionspapier des DGPPN-Referates (aktualisiert)

26.03.2026

# Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungserfordernisse

### Zusammenfassung

#### Die mangelhafte Versorgungssituation

Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung<sup>1</sup> weisen weit überdurchschnittlich häufig zusätzliche psychische Störungen verschiedener Art auf. Die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen sind dennoch in erheblichem Maße unzulänglich. Das psychiatrische und das psychotherapeutische Versorgungssystem sind bisher weder fachlich noch strukturell und organisatorisch auf die besonderen Bedarfslagen und Bedürfnisse dieser Personengruppe ausgerichtet. Diese Situation erfüllt die Merkmale der Diskriminierung, für deren Überwindung die DGPPN seit langem kämpft, und verletzt die Bestimmungen von Artikel 25 UN-BRK, den Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz und den § 2a SGB V.

#### Die wichtigsten Entwicklungserfordernisse und Forderungen

Die inakzeptable Situation verlangt entschlossene Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Alle Leistungserbringer, alle Leistungsträger, alle Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, alle gesundheitspolitisch Verantwortlichen in Exekutive und Legislative auf Bundes- und Länderebene müssen ihren Beitrag zu leisten (s. 5.6).

Bei der folgenden Zusammenfassung der wichtigsten Entwicklungserfordernisse wird auf die jeweiligen Abschnitte des Positionspapiers verwiesen, wo sich vertiefende Erläuterungen finden.

(1) Die derzeitige Situation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung muss insbesondere im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 25 und 26) kritisch bewertet

---

<sup>1</sup> Das vorliegende Positionspapier verwendet anstelle des in die Kritik geratenen und auch von vielen Betroffenen als diskriminierend empfundenen Begriffs *Geistige Behinderung* den Begriff *Intellektuelle Entwicklungsstörung*. Dieser Begriff soll wie der nicht eng definierte Begriff *Geistige Behinderung* weitergefasst sein als die Begriffe *Intelligenzminderung* (ICD-10) oder *Störung der Intelligenzentwicklung* (ICD-11). Der Begriff *Intellektuelle Entwicklungsstörung* orientiert sich zugleich am Begriff *Intellektuelle Beeinträchtigung*, den der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (Teilhabeempfehlungen 2024) zur Ersetzung des Begriffs *geistige Behinderung* empfahl. Dieser Begriff ist allerdings nicht ohne Weiteres trennscharf gegenüber den im Laufe des Lebens erworbenen Beeinträchtigungen intellektueller Funktionen.

werden; die notwendigen Verbesserungen müssen sich an den Maßstäben der UN-Behindertenrechtskonvention orientieren (s. 5.1., 5.4).

- (2) Die Überwindung von Unter- und Fehlversorgung der Personengruppe im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich verwirklicht den Anspruch der Personengruppe auf Gleichstellung mit anderen Patientengruppen nach Artikel 25 UN-BRK (s. 5.1).
- (3) Die Besonderheiten der Personengruppe der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und die resultierenden fachlichen und organisatorischen Anforderungen für den Behandlungsprozess müssen der Fachöffentlichkeit im notwendigen Umfang vermittelt werden (s. 5.2, 5.3).
- (4) Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote aller Versorgungssektoren müssen grundsätzlich in zwei Richtungen entwickelt werden:
  - a. Das psychiatrische und das psychotherapeutische Regelversorgungssystem muss als erster Ansprechpartner auch für Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen wirksam werden. Dafür muss es sich sowohl in fachlicher als auch in struktureller und organisatorischer Hinsicht auf die damit verbundenen Anforderungen vorbereiten (s. 5.4.).
  - b. Für fachliche Anforderungen, die die Möglichkeiten des Regelversorgungssystems überfordern, müssen unter Beachtung zumutbarer Wegstrecken ergänzende zielgruppenspezifische Spezialangebote für größere Versorgungsregionen etabliert werden. Sie sind mit dem Regelversorgungssystem aufs engste zu vernetzen (s. 5.4.).
- (5) Im Zusammenwirken mit der Wissenschaft und dem System der Eingliederungshilfe einerseits und Selbstvertretern der Zielgruppe andererseits sind in möglichst partizipativer Forschung alltagstaugliche zielgruppenspezifische Methoden der Verhältnis- und Verhaltensprävention zu entwickeln, um Entstehung und Chronifizierung psychischer Störungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung möglichst zu vermeiden. Es ist in der Fachwelt unbestritten, dass die Methoden, die auf die Allgemeinbevölkerung ausgerichtet sind, für die Zielgruppe nicht ausreichen (s. 5.5.1).
- (6) Den oft als ersten Ansprechpartnern in Anspruch genommenen Ärzten der allgemeinmedizinischen Versorgung müssen wesentliche Grundlagen zu psychischen Störungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und den fachgerechten Interventionen vermittelt werden (s. 5.5.2.1.1).
- (7) Ambulant tätige Psychiater und Psychotherapeuten benötigen gleichfalls geeignete Fortbildungsangebote einerseits, angemessene Vergütungen für den oft überdurchschnittlichen Ressourcenaufwand bei der Behandlung der Zielgruppe andererseits. Um Patienten mit Intellektueller Entwicklungsstörung bedarfsgerecht zu behandeln und im Bedarfsfall in ihrem lebensweltlichen Setting – wichtig für Assessment, diagnostische Einschätzung, fachliche Instruktion der Assistenten und Vereinbarungen zur Kooperation usw. – aufzusuchen, bedarf es aufwandsgerechter Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und im Rahmen der Vergütung für Psychiatrische Institutsambulanzen oder Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit

geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen, MZEB. Für ambulant tätige Psychotherapeuten gelten ähnliche Erfordernisse (s. 5.5.2.1.2, 5.5.2.1.3).

- (8) Psychotherapeutische Fachgesellschaften und Psychotherapeutenkammern sind aufgefordert, die zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Psychotherapieverfahren zu unterstützen. Die Weiterbildungsinstitute für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten müssen die Psychotherapie und deren methodische und organisatorische Anpassungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung in ihren Curricula berücksichtigen (s. 5.5.2.1.3).
- (9) Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) müssen sich den Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen mehr als bisher öffnen und darauf fachlich vorbereiten. Dafür müssen die den Zugang regelnden Diagnoselisten erweitert werden (s. 5.5.2.1.4).
- (10) Im stationären Bereich sind für größere Versorgungsregionen Spezialangebote für spezielle Fragestellungen und Problemlagen zu entwickeln, die aufs engste mit den Akteuren im Regelversorgungsangebot vernetzt sind und diese durch fachliche Beratung und Fortbildungen unterstützen (s. 5.5.2.2.1).
- (11) Die notwendigerweise besondere Personalausstattung in Spezialangeboten ist festzulegen und zu vergüten (s. 5.5.2.2.1).
- (12) Für Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen ist die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) eine Alternative zum stationären Krankenhausaufenthalt und sie ist zielgruppenspezifisch zu modifizieren. StäB und andere aufsuchende Behandlungsformen können die Belastungen eines Krankenhausaufenthaltes vermeiden helfen und erlauben, die multiprofessionelle Versorgung an die individuelle Lebenswelt anzupassen. Erste Erfahrungsberichte lassen erkennen, dass Zwangsmaßnahme vermieden werden können (s. 5.5.3.3.1).
- (13) Für Integrierte ärztliche Dienste und zur Mitwirkung an der ärztlichen Versorgung ermächtigte Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V) sind die Möglichkeiten der Weiterentwicklung zu MZEB gem. § 119c SGB V zu prüfen (s. 5.5.2.2.2; 5.5.2.2.3).
- (14) Der Ausbau der MZEB (§ 119c SGB V) ist namentlich unter Bezug auf die politisch vorgegebene Entwicklung eines inklusiven Gesundheitswesens konsequent voranzutreiben (s. 5.5.2.2.4). Das umfasst die Erhöhung der Anzahl der MZEB, die Erzielung einer bundesweit flächendeckenden Verteilung, die Steigerung der Leistungsumfänge durch Beseitigung ungerechtfertigter Restriktionen der Zulassungs- und Vergütungsbedingungen, vor allem aber die Notwendigkeit, psychiatrische und psychotherapeutische Schwerpunkte mit entsprechender fachärztlicher Präsenz in möglichst vielen MZEB vorzuhalten.
- (15) Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen müssen in geeignete Modellvorhaben einbezogen werden. Praxistaugliche Lösungen im Rahmen des neuen § 140a SGB sind zu entwickeln (s. 5.5.3).

- (16) Die Förderkonzepte für straffällig gewordene Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung im Maßregelvollzug müssen zielgruppenspezifisch an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst werden. Zwischen Forensik und übernehmenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen verlässliche Kooperationen etabliert werden. Die Forensische Nachsorge muss ausdrücklich auch diesen Personenkreis erreichen (s. 5.5.4).
- (17) Die adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen muss durch eine systematische fachliche Grundlegung in den jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller beteiligten Berufsgruppen vorbereitet werden. Außerdem sind unter Bezug auf Artikel 26 UN-BRK gemeinsame Fortbildungsangebote für Mitarbeitende in Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe erforderlich. Das ist insbesondere eine Herausforderung für die Selbstverwaltung (s. 5.6.4).
- (18) Medizinische, pflege- und gesundheitswissenschaftliche Forschung mit den Schwerpunkten Versorgungs-, Therapie- und Grundlagenforschung ist zu intensivieren. Interdisziplinäre Zugänge müssen berücksichtigt sowie Methoden partizipativer Forschung adaptiert werden (s. 5.6.6). Besondere Aufmerksamkeit verdient vor allem die Nahtstelle zwischen Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe.

## 1. Hintergrund und Zielsetzung

Mit der vorliegenden aktualisierten Fassung des Positionspapiers, erarbeitet vom DGPPN-Referat „Intellektuelle Entwicklungsstörungen“, will die DGPPN zur dringend notwendigen Entwicklung fachlicher, organisatorischer und struktureller Bedingungen für die bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von erwachsenen Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung beitragen.

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

Die erneute Überarbeitung des Positionspapiers wurde notwendig, weil seit der ersten Fassung 2007 und der zweiten Fassung von 2019 einerseits in den gesellschaftlichen, namentlich in den sozialrechtlichen und gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen, andererseits im Hinblick auf fachliche Erkenntnisse erhebliche Veränderungen eingetreten sind.

Hinsichtlich der gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen sind gegenüber der ersten Fassung 2007 insbesondere zu nennen:

- Die Übernahme der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahre 2006 als unmittelbar geltendes deutsches Recht seit 1.1.2009.
- Die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz, BTHG) Ende 2016, mit schrittweisem Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen in vier Stufen bis 2023.
- Die Einführung des neuen Vergütungssystems für stationäre psychiatrische Leistungen.
- Die gesetzgeberische Einführung der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119c SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahre 2015.
- Die schiedsgerichtlich bestätigte Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. Sätze 3 und 4 SGB V.
- Die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen gemäß § 115d SGB V (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, PsychVVG).
- Die gesetzliche Regelung mit Wirkung ab November 2022 für die Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen oder bestimmten psychischen Störungen durch Personen aus dem persönlichen Lebensumfeld wie Angehörige gemäß §§ 44b ff. SGB V oder durch

vertraute Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe gemäß § 113 Absatz 6 SGB IX.

- Die Einführung innovativer Regelungen zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V.
- Die Neuregelungen in der Psychotherapie-Richtlinie zugunsten von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Oktober 2018. Der vom Bundesgesundheitsministerium im Jahre 2024 aufgelegte Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen<sup>2</sup>.

Im Bereich der fachlichen Entwicklung sind beispielhaft neue Erkenntnisse etwa über den Stellenwert der Besonderheiten der emotionalen Entwicklung, die Auswirkungen somatischer und psychischer Komorbiditäten, die Bedeutung genetischer Syndrome usw. zu erwähnen.

## 2. Kritische Situationsbeschreibung

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen in Deutschland wird von Betroffenen, von deren Angehörigen und professionellen Begleitern, von Trägern und Fachverbänden der Behindertenhilfe<sup>3</sup> sowie engagierten Ärzten kritisch bewertet. Sie deckt derzeit weder quantitativ noch qualitativ den Bedarf und die Bedürfnisse an zielgruppengerechter Diagnostik und Behandlung ab. Außerdem bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Es fehlt weitestgehend an öffentlich geförderter Forschung auf diesem Gebiet.

Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages (1975) führte die Psychiatriereform frühzeitig – bei erheblichen regionalen Unterschieden – zur Entlassung vielerorts langfristig dort fehlplatzierten Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung aus den psychiatrischen Krankenhäusern (Enthospitalisierung). Dieser Schritt war dringend geboten. Zugleich ist damit ist allerdings die Personengruppe aus dem Blickfeld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung geraten, obwohl das ausweislich der Aussagen der Psychiatrie-Enquete nicht sein sollte.

Auch daraus erklärt sich, dass das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem noch immer kaum auf die speziellen Belange und den Bedarf der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen psychischen Störungen einerseits, auf den fachlichen Unterstützungsbedarf der sie begleitenden Personen und Systeme andererseits ausgerichtet ist. Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen existieren spezialisierte psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote weder flächendeckend noch in ausreichender Qualität.

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachdiskussion spielte lange Zeit und spielt auch heute noch die Zielgruppe bestenfalls eine untergeordnete Rolle. Gleiches gilt für die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion. Es gibt außerdem eine stark vorurteilsbehaftete Behandlung dieses Themas, die den besonderen Bedarf an spezialisierten Hilfen verkennt. Sie ignoriert Spezialisierung

<sup>2</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2024) Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen  
[http://Bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan\\_barrierefreies\\_Gesundheitswesen\\_2024.pdf](http://Bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_barrierefreies_Gesundheitswesen_2024.pdf)

<sup>3</sup> In diesem Zusammenhang ist auf die Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung aus dem Jahre 2019 hinzuweisen: „Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“.

als wesentliches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems, wenn sie aus dem Prinzip der Inklusion irrtümlich herleitet, dass es keinerlei Spezialangebote geben dürfe. Insgesamt werden die Forderungen internationaler fachlich und menschenrechtlich fundierter Positionierungen nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention lässt hier jedoch keinen Ermessensspielraum im Grundsätzlichen zu.

### 3. Beschreibung der Zielgruppe

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

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

### 4. Die Lebenslagen der Zielgruppe

Die weit überwiegende Anzahl Erwachsener mit Intellektueller Entwicklungsstörung lebt mit oder ohne professionelle Unterstützung (ambulante Betreuung) in einer eigenen Wohnung oder in ihrer Herkunftsfamilie. Eine mittlerweile geringer werdende Anzahl ist auf stationäre Betreuungsformen – nach BTHG Besondere Wohnformen – angewiesen. Dabei vermindert sich dieser Anteil in dem Umfang, wie effektive, bedarfsgerechte alternative Hilfen bereitgestellt werden. Leider gibt es auch seitens der Leistungsträger der Eingliederungshilfe (SGB IX) erheblichen politisch verantworteten Spar- druck. Infolge der föderalen Differenzierung des Systems der Eingliederungshilfe und der aktuellen Entwicklungsdynamik ist die Gewinnung von verallgemeinerungsfähigen Erkenntnissen und die allge- meingültige Darlegung der diesbezüglichen Gegebenheiten kaum leistbar.

Ein großer Teil der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung geht einer Beschäftigung in ei- ner Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) oder sogar auf dem ersten Arbeitsmarkt nach. Sie erwerben damit u. a. Ansprüche auf Leistungen der Sozialversicherungssysteme, so auch der ge- setzlichen Krankenversicherung. Auch diejenigen, die keine eigenen Ansprüche auf Leistungen der Sozialversicherungssysteme erwerben, sind bei den Krankenkassen eingeschrieben, die Krankenkas- senbeiträge übernimmt dabei der Leistungsträger der Sozialhilfe.

Eine zunehmende Rolle spielt die demografische Entwicklung. Auch die Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung nehmen trotz statistisch geringerer Lebenserwartung an der Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung teil<sup>4</sup>.

In vielen Fällen sind rechtliche Betreuungen eingesetzt. Die Wirkungskreise sind – auch in Abhängig- keit von lokalen gerichtlichen Gepflogenheiten – unterschiedlich gefasst.

---

<sup>4</sup> Hieraus ergeben sich Anforderungen hinsichtlich der Entwicklung zielgruppenadäquater gerontopsychiatrischer Kompetenzen für die psychiatrischen und psychotherapeutischen Anbieter.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe waren seit 2005 im SGB XII, das 2004 das Bundessozialhilfegesetz abgelöst hatte, verankert (§§ 53ff SGB XII). Das Bundesteilhabegesetz von 2016 überführte die Eingliederungshilfe mit Wirkung ab 2020 in das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen). Der Eingliederungshilfe ist durch § 1 SGB IX die Förderung der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft als Ziel der Leistungen für Menschen mit Behinderungen vorgegeben: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen“ (§ 1 SGB IX).

Allergrößte Bedeutung hat die Überführung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII in das SGB IX dadurch gewonnen, dass damit der Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX<sup>5</sup> auch für die Eingliederungshilfe grundlegend und verbindlich geworden ist: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“.

Diesem Verständnis zufolge ist eine Behinderung nicht mehr als individuelles Funktionsdefizit oder als Eigenschaft einer Person (sog. Medizinisches Behinderungsmodell) aufzufassen. Vielmehr entsteht erst aus der Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen (Schädigungen) von Körperfunktionen oder Körperstrukturen bzw. Beeinträchtigungen der Aktivitäten infolge einer Gesundheitsstörung einerseits, den negativen Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) (auch als Barrieren bezeichnet) andererseits eine Teilhabebeeinträchtigung (Behinderung). Dieses Modell liefert den theoretischen Referenzrahmen für die Notwendigkeit, nicht allein auf die Überwindung, Linderung usw. der vorliegenden Beeinträchtigungen (Schädigungen) hinzuwirken, sondern auch auf die negativ wirksamen physischen, sozialen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren einzuwirken. Dieser Gesichtspunkt wird logischerweise umso bedeutsamer, je weniger die erwähnten individuellen Beeinträchtigungen beeinflussbar sind.

Das Bundesteilhabegesetz stellt Selbstbestimmung, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe sowie Personenzentrierung als Ziele bzw. Leitmotive in den Vordergrund.

Die Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) in Deutschland, deren Leistungserbringer weit überwiegend Träger der konfessionellen und nichtkonfessionellen Freien Wohlfahrtspflege sind, befindet sich

---

<sup>5</sup> Der damit in die deutsche Sozialgesetzgebung aufgenommene Behinderungsbegriff beruht auf dem Behinderungsmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO 2001) und auf Artikel 1 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN 2006). Die Geltung des §2 Abs. 1 SGB IX macht Neuregelungen verschiedener untergesetzlicher Bestimmungen (z. B. Eingliederungshilfe-Verordnung), anschließend neue Gestaltungen der Bedarfsfeststellung und -ermittlung usw., wohl aber auch konzeptionelle Neuausrichtungen der Eingliederungshilfe notwendig.

seit längerem im konzeptionellen, organisatorischen und strukturellen Wandel. Nicht zuletzt in Reaktion auf internationale Entwicklungen („Normalisierung“, Dezentralisierung, „De-Institutionalisierung“ der Hilfeformen, Ausbau ambulanter Hilfen usw.) haben sich die Hilfeformen, die Strukturen und Prozesse schon erheblich verändert und werden sich weiter verändern. Auch die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 sind hierbei wirksam geworden.

Viele stationäre Wohnangebote, namentlich der sogenannten Komplexeinrichtungen, nicht selten isoliert gelegen, haben sich bereits deutlich verkleinert und ihre Angebote als gemeindenahere Angebote dezentralisiert. Die ambulante Betreuung (Betreutes Wohnen), werden immer weiter ausgebaut.

Infolge des Bundesteilhabegesetzes von 2016 und der u. a. damit intendierten Aufhebung der Unterscheidung von stationären und ambulanten Hilfeangeboten sowie der Trennung von existenzsichernden Leistungen von den eigentlichen Leistungen der Eingliederungshilfe, vor allem der Assistenzleistungen, werden sich weitreichende Entwicklungen im Bereich der Strukturen und der Organisationsformen der Arbeit für Menschen mit Behinderungen vollziehen.<sup>6</sup> Der erwähnte finanzielle Druck wird darauf einwirken.

Der fortschreitende Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe wird Betreuungsdichte und -qualität negativ beeinflussen, insbesondere im Hinblick auf die Übernahme der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung für Menschen, die mangels eigener Gesundheitskompetenzen sowie verminderter Fähigkeiten und finanzieller Ressourcen zur Umsetzung dies nicht leisten können und demzufolge zwingend auf die Unterstützung durch andere angewiesen sind.

Der fortschreitende Wandel der Hilfeformen, vor allem der Abbau umfassender stationärer Hilfeformen mit eingeschlossener medizinischer Versorgung in den traditionellen Komplexeinrichtungen, führt unter anderem dazu, dass Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung weit überwiegend auf das medizinische Regelversorgungssystem angewiesen sind.

Die medizinische Versorgung gehört nicht mehr zum Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe. Als gesetzlich Krankenversicherte sind Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung den allgemeinen Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung – auch Zuzahlungen, Aufzahlungen und Leistungsausschlüssen – unterworfen wie alle anderen Versicherten. Auch ein quantitativer oder qualitativer Mehrbedarf an gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung wird – im Widerspruch zum durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 implementierten § 2a SGB V – bisher im SGB V nicht konsequent durchgesetzt, wenn man von den erst noch im Aufbau befindlichen Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119c SGB V absieht.

---

<sup>6</sup> Wichtige aktuelle Informationen und Positionen finden sich auf der laufend aktualisierten Website *Umsetzungsbegleitung BTHG*: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/service/links-und-materialien/material-trennung-leistungen> (letzter Zugriff 30.10.2025).

## 5. Die Besonderheiten der Zielgruppe und ihrer Versorgungssituation

### 5.1. Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung

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

Bereits der im Jahre 2004 eingeführte § 2a SGB V verlangte, dass bei der medizinischen Versorgung den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Diese Forderung ist durch Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention ausdrücklich bekräftigt worden (s. 5.4.). Gleichwohl hat der UN-Ausschuss im Rahmen der wiederkehrenden Staatenprüfung im Jahre 2023 Mängel der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung in Deutschland moniert und darauf bezogene Empfehlungen an die Bundesrepublik Deutschland formuliert.<sup>7</sup>

### 5.2. Besonderer Bedarf und seine Gründe

Die Experten auf dem Gebiet psychischer Störungen von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung stimmen weltweit darin überein,

- dass diese Personengruppe jede psychische Störung, die auch in der Durchschnittsbevölkerung auftritt, entwickeln kann,
- dass manche psychische Störungen bei dieser Personengruppe aus verschiedenen Gründen häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung auftreten,
- dass die Symptomatik und der Verlauf psychischer Störungen – auch in Abhängigkeit von der Schwere der Entwicklungsstörung und zusätzlichen Beeinträchtigungen – erheblich von den üblichen Manifestationen dieser psychischen Störungen abweichen können,
- dass bei dieser Personengruppe außerdem spezifische psychische Störungen auftreten, die unmittelbar mit der Entwicklungsstörung bzw. deren Ursache zusammenhängen (insbesondere die sog. Verhaltensphänotypen bei genetisch bedingten Behinderungssyndromen),
- dass bei dieser Personengruppe außerdem gehäuft Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die sich hinreichend aus der Wechselwirkung der individuellen Bedingungen mit der unmittelbaren Umwelt erklären lassen, die aber von psychischen Störungen im engeren Sinne differentialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen. Teilweise spielen psychiatrisch bzw. neuropsychiatrisch charakterisierbare Komponenten in das Bedingungsgefüge solcher Verhaltensauffälligkeiten hinein. Es liegt auf der Hand, dass hierbei der Schwerpunkt der Interventionen in der Beeinflussung der Umweltfaktoren liegt. Besonderen Aufmerksamkeit muss darauf

---

<sup>7</sup> Abschließende Bemerkungen: CRPD - Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Deutschlands.

[<https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/crpd-abschliessende-bemerkungen-zum-kombinierten-zweiten-und-dritten-periodischen-bericht-deutschlands>]

liegen, die Anforderungen an das zurückgebliebene emotionale Entwicklungsniveau anzupassen.

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

Häufige somatische Komorbiditäten und Sinnesbeeinträchtigungen erschweren Diagnostik und Differentialdiagnostik. Oft sind umfangreiche und überdurchschnittlich zeitaufwändige Untersuchungen neurologischer, internistischer und anderer somatisch-medizinischer Aspekte nötig.

### 5.3. Besonderheiten des Behandlungsprozesses

Der Behandlungsprozess – von der Anamneseerhebung über Diagnostik, Assessment, Behandlung bis hin zu Rehabilitation und Sekundärprophylaxe – von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung verlangt folgende fachliche Voraussetzungen:

- Kenntnisse der Besonderheiten von Symptomatik und Verlauf psychischer Störungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung.
- Kenntnisse der spezifischen psychischen Störungsbilder bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung.
- Kenntnisse der Differentialdiagnostik von psychischen Störungen im engeren Sinne („psychiatrische Krankheiten“) und der häufigen kontextabhängigen Verhaltensauffälligkeiten.
- Kenntnisse über die Bedeutung des intellektuellen Entwicklungsniveaus für das Krankheitsverständnis und das darauf beruhende krankheitsgemäße Verhalten.
- Kenntnisse über den Stellenwert der emotionalen Entwicklungsverzögerung, deren Assessment und Interpretation in der Perspektive klinischer Diagnostik und Differentialdiagnostik einerseits, der gezielten Beratung der Alltagsassistenten andererseits.

Methodisch sind folgende Besonderheiten zu beachten:

- Entwicklungsbezug: Verhaltensbesonderheiten und die Präsentation der Symptomatik psychischer Störungen sind oft nur angemessen interpretierbar auf dem Hintergrund des individuellen Entwicklungsniveaus, das bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung vom altersentsprechenden Durchschnitt erheblich abweichen kann.
- Kontextbezug: Viele auffällige Verhaltensweisen und manche Folgen psychischer Störungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung treten nur in bestimmten Kontexten auf oder werden nur in bestimmten Kontexten beobachtet.
- Abhängigkeit von unterstützenden Systemen: Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung sind in Abhängigkeit von Schwere und Komplexität ihrer Behinderung von familiären, professionellen oder anderen Hilfesystemen abhängig. Dies betrifft nicht nur die Erkennung von psychischen Störungen, sondern auch die Erschließung von fachlichen Hilfen, die

Organisation von und die Begleitung zu therapeutischen Maßnahmen und darüber hinaus auch die Bekräftigung von Förder- und Therapiefortschritten.

- Zielgruppenspezifische Kommunikation und Interaktion: Introspektionsfähigkeit, sprachliche Kommunikationsfähigkeit sowie Interaktionsfähigkeit mit Fremden oder unter ungewohnten Bedingungen sind bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Intellektuellen Entwicklungsstörung und von zusätzlichen Beeinträchtigungen (z. B. sensorischen Beeinträchtigungen) oft erschwert. Kommunikation und Interaktion im Rahmen von Diagnostik und Therapie bedürfen einerseits der Erfahrung bei der Interpretation sprachlicher Mitteilungen und Interaktionsbesonderheiten sowie bestimmter Kompetenzen für alternative, z. B. nonverbale Kommunikationsformen.
- Erhöhter Zeitaufwand: Der Behandlungsprozess benötigt in allen seinen einzelnen Schritten bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung in Abhängigkeit von der Schwere der Beeinträchtigungen überdurchschnittlich viel Zeit für die diagnostische Klärung notwendig, für die Therapie, zumal wenn endgültige diagnostische Sicherheit erst unter der Therapie gewonnen werden kann. Hinzu kommt die oft erforderliche Abklärung der Einwilligungsfähigkeit im Hinblick auf medizinische Maßnahmen, die Abstimmung mit rechtlichen Betreuern, Angehörigen, professionellen Begleitpersonen usw. Auch die zwingend notwendige Aufklärung in angemessener, verständlicher Form ist zeitaufwändig.
- Multiprofessioneller Zugang: Diagnostische und therapeutische Prozesse bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung verlangen oft eine multiprofessionelle Herangehensweise, bei der das typische psychiatrische Methodenrepertoire um pädagogische und heilpädagogische Komponenten ergänzt werden muss.

#### 5.4. Entwicklungsbedarf der Versorgungsangebote

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

##### (1) Regelversorgung

Das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem muss sich des Versorgungsbedarfs der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung mehr als bisher annehmen. Dafür muss es sich in fachlicher, organisatorischer und struktureller Hinsicht auf die Zielgruppe ausrichten. Das Vorliegen einer Entwicklungsstörung darf nicht zu unzulänglicher Versorgung oder gar zum Ausschluss aus einer adäquaten Versorgung führen. Die Versorgungsangebote der Regelversorgung müssen so entwickelt werden, dass sie diejenigen Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung mit psychiatrischem oder psychotherapeutischem Versorgungsbedarf haben, möglichst vollständig wohnortnah erreichen (sog. inklusive Versorgungsangebote des Regelversorgungssystems).

##### (2) Spezialisierte Angebote

Die speziellen Bedürfnisse und besonderen fachlichen Anforderungen von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung hinsichtlich ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung können selbst bei bestem Willen nicht immer angemessen vom Regelversorgungssystem als dem ersten Ansprechpartner befriedigt werden, weil bestimmte Kenntnisse und Handlungskompetenzen sowie Erfahrungen fehlen. Dies wird besonders relevant bei komplexen Problemlagen, seltenen

Krankheiten usw. Deshalb bedarf das Regelversorgungssystem der Ergänzung durch zielgruppenspezifisch spezialisierte Angebote, die gegebenenfalls das Regelversorgungssystem unterstützen oder beraten sowie kurz- oder langfristig die Behandlung bzw. Mitbehandlung übernehmen. Dieses ergänzende spezialisierte System muss mit dem Regelversorgungssystem aufs engste vernetzt werden.

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

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

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

- a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Beeinträchtigungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen;
- c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
- d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
- e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach

innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

- f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.“<sup>8</sup>

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

## **5.5. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und ihre Entwicklungserfordernisse im Hinblick auf Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung**

### **5.5.1. Präventive Angebote**

Für präventive, insbesondere für primär-präventive Ansätze zur Aufrechterhaltung und Förderung der seelischen Gesundheit von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung gibt es in Deutschland noch kaum systematische Programme und Strukturen. Ebenso gibt es kaum spezialisierte und systematische Präventionsforschung, die sich mit den gesundheitsförderlichen und gesundheitserschwerigenden Bedingungen in den Lebenswelten (Verhältnisprävention) oder im Verhalten (Verhaltensprävention) dieser Zielgruppe befasst. Aus der (heil-)pädagogischen Diskussion wären dafür durchaus Ansatzpunkte zu gewinnen.

Förderung und Erhaltung seelischer Gesundheit muss als wichtige Aufgabe der Eingliederungshilfe im Rahmen der Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe gemäß BTHG in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe verankert werden. Der systematische Ort sind Landesrahmenverträge und Leistungsvereinbarungen. Dies entspräche einem lebensweltlich orientierten Präventionsansatz. Davon könnten positive gesundheitliche Effekte auf der individuellen Ebene für die Betroffenen selbst, langfristig Entlastungen der Dienste und Einrichtungen erwartet werden. Außerdem ist eine Dämpfung des Wachstums der finanziellen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und für die Eingliederungshilfe zu erhoffen, soweit sie nicht durch Fallzahlzuwachs und die Alterung der Zielgruppe bedingt sind.

### **5.5.2. Kurative Angebote**

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Abschnitte stehen die Versorgungssektoren und -strukturen, die für die kurative Behandlung psychischer Störungen grundsätzlich zur Verfügung stehen. Es werden jeweils nach einer knappen Situationsanalyse die Entwicklungserfordernisse skizziert.

Auf allzu detaillierte Ausführungen muss aus naheliegenden Gründen verzichtet werden.

---

<sup>8</sup> Die UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (letzter Zugriff 18.8.2019)

### 5.5.2.1. Ambulanter Sektor

Angesichts der Vielzahl der schon jetzt in eigener Wohnung oder in ihrer Herkunftsfamilie lebenden Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung sowie der fortschreitenden Dezentralisierung stationärer Angebote der Behindertenhilfe und des Ausbaus ambulanter Versorgungsformen für Menschen mit Behinderungen kommt dem ambulanten Regelversorgungssystem große und perspektivisch noch wachsende Bedeutung zu.

#### 5.5.2.1.1. Niedergelassene Ärzte der allgemeinmedizinischen Versorgung

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

Unter Bezug auf vielfältige Berichte und Alltagserfahrungen ist anzunehmen, dass diese Ärztesgruppe mit den Besonderheiten der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung noch größere Schwierigkeiten hat als psychiatrische und psychotherapeutische Fachleute. Ihr fehlt zumeist das notwendige Wissen und die Kommunikationskompetenz für diese Personengruppe. Erschwert wird ihr oft engagierter Einsatz für die Zielgruppe durch die unzulängliche Vergütung des überdurchschnittlichen Zeitaufwands.

Von Allgemeinmediziner – und auch von Psychiatern – werden Symptome psychischer Störungen wahrscheinlich oft als unmittelbarer Bestandteil der Intellektuellen Entwicklungsstörung missdeutet (sog. *Diagnostic Overshadowing*), damit bleiben sie unerkannt und unbehandelt.

Andererseits kennen Hausärzte (Allgemeinmediziner oder Internisten in hausärztlicher Funktion) oft das persönliche Lebensumfeld der Patienten gut, sie können dessen Stellenwert für psychische und Verhaltensprobleme beurteilen helfen. Zugleich haben sie einen Überblick über die gesamte gesundheitliche Situation und die Anamnese ihrer Patienten, was differentialdiagnostisch von größter Bedeutung ist.

Für diese Ärztesgruppe müssen niederschwellige Fortbildungsangebote entwickelt werden, die Problembewusstsein (Awareness) und zielgruppenspezifische Basiskompetenzen vermitteln sowie erkennen helfen, wann Leistungen durch Spezialisten erforderlich sind.

#### 5.5.2.1.2. Niedergelassene Psychiater

Niedergelassene Psychiater haben naturgemäß nach den allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten für Menschen mit psychischen Störungen eine Schlüsselrolle bei der ambulanten Versorgung. Deshalb müssen sie sich mehr als bisher mit den fachlichen Anforderungen der Zielgruppe auseinandersetzen. Hohen Stellenwert besitzt dabei die Analyse der lebensweltlichen Faktoren bei Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im engeren Sinne und davon abzugrenzender

Verhaltensauffälligkeiten. Dies ist nur mit aufsuchender Tätigkeit in Familien, Wohneinrichtungen, Werkstätten usw. verlässlich zu leisten. Sofern nicht Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe derartige besondere Dienstleistungen aus eigenen Ressourcen finanzieren, ist bislang der ärztliche Mehraufwand nicht vergütet.

Neben den diagnostischen und therapeutischen Aufgaben im Rahmen der Krankenversorgung kommt der Beratung und Anleitung personeller Unterstützungssysteme (Familien, professionelle Begleiter usw.) eine wichtige Rolle zu.

Für den besonderen Aufwand der vorbeschriebenen Aufgaben sind aufwandsdeckende Vergütungen notwendig. Der EBM wird dem derzeit nicht gerecht. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn ein Arzt zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung einen Schwerpunkt ausbildet, der ihn besonders umfangreiche zielgruppenspezifische Erfahrungen sammeln lässt. Dadurch wird er für diese Patienten besonders attraktiv. Demzufolge muss der EBM in Richtung auf Deckung des überdurchschnittlichen Zeitaufwandes und die erweiterten Möglichkeiten für aufsuchende ärztliche Aktivitäten angepasst werden. Das oft entgegengehaltene Argument, dass der EBM auf durchschnittlicher Bewertung beruht, stimmt zwar im Hinblick auf dessen Herleitung, bewirkt jedoch in der Versorgungswirklichkeit die Tendenz, überdurchschnittlich zeitaufwändige Patienten zu vermeiden.

Die Fünfte Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vom 14. Februar 2025 ergänzte § 31 Abs. 1 SGB V dahingehend, dass Vertragsärzte mit für die Behandlung notwendigem Weiterbildungsabschluss auf Antrag zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung intellektuell beeinträchtigter und anderer Personen zu ermächtigen sind. Kooperationsvereinbarungen mit einem SPZ, einem MZEB usw. sind nachzuweisen.

### **5.5.2.1.3. Niedergelassene Psychotherapeuten**

Für niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bestehen ähnliche Anforderungen wie für niedergelassene Hausärzte, Psychiater und Nervenärzte.

Erfahrungen aus der Eingliederungshilfe und von Angehörigen von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung belegen einen großen Bedarf an erreichbaren und kompetenten psychotherapeutischen Hilfen.

Bezüglich der langfristigen Wirksamkeit der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung ist zu beachten: Die Begrenzung auf Verfahren und Behandlungssettings der Richtlinienpsychotherapie benachteiligt diese Patientengruppe. Die Generalisierung psychotherapeutischer Behandlungserfolge und ihr Transfer in die realen lebensweltlichen Bezüge sind bei der Zielgruppe durch die persönlichen Gegebenheiten und die Gegebenheiten ihres Umfeldes begrenzt. Darum bedarf es der Einbeziehung der personellen Unterstützungssysteme (Familie, Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe), die einerseits notwendig ist, andererseits Ressourcen bindet. Mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie durch zusätzliche Regelungen für Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung durch den GBA-Beschluss vom 18.10.2018 sind diese Erfordernisse grundsätzlich anerkannt worden. Auch ist damit zugleich klargestellt, dass gelegentlich

geäußerte Auffassungen, Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung seien der Psychotherapie nicht zugänglich, überholt sind. Gleichwohl bleiben weitere Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinie, insbesondere die Flexibilisierung der Behandlungssettings (z. auch aufsuchende Behandlung im lebensweltlichen Setting) oder der Methodenkombinationen, auf der Tagesordnung.

Die *Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)* (§ 92 Abs. 6b SGB V) wurde vom GBA 2021 eingefügt<sup>9</sup>. Es können auf dieser Grundlage auch Menschen mit SIE und schwerer psychischer Erkrankung koordinierte Versorgung erhalten.

Die unter den niedergelassenen Psychiatern erwähnte Fünfte Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vom 14. Februar 2025 gilt auch für niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten.

Von den psychotherapeutischen Fachgesellschaften und von den Psychotherapeutenkammern ist fachliche und konzeptionelle Unterstützung bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Therapieverfahren zu fordern. Die Rahmenbedingungen der Richtlinienverfahren müssen für diese Zielgruppe noch weiter als bisher modifiziert und ergänzt werden. Insbesondere müssen Aspekte des emotionalen Entwicklungsniveaus einerseits, des hohen Maßes von Abhängigkeit von Dritten andererseits berücksichtigt werden.

Von den Weiterbildungsinstituten für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten ist zu fordern, die Thematik in ihre Angebote aufzunehmen. Darauf sollten die Landespsychotherapeutenkammern die Institute verpflichten. Das mittlerweile etablierte grundständige Studium der Psychotherapie muss selbstverständlich die Thematik im Studium, orientiert an der gültigen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>10</sup>, berücksichtigen.

Die Leistungsvergütung muss aufwandsgerecht sein, damit von den Psychotherapeuten gegebenenfalls ein fachlicher Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung ausgebildet werden kann. Eine solche Schwerpunktkompetenz ist notwendig gerade auch für Psychotherapie auch bei schwerer beeinträchtigten Menschen, die oft nicht in ihnen unvertrauter Umgebung, sondern in der ihnen vertrauten Häuslichkeit aufsuchend behandelt werden müssen.

#### **5.5.2.1.4. Psychiatrische Institutsambulanzen und Hochschulambulanzen**

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) dienen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung spezieller Gruppen psychisch Erkrankter, die von den Angeboten der niedergelassenen Ärzte nur unzureichend erfasst werden. Demzufolge ist es sinnvoll, dass Psychiatrische Institutsambulanzen eine fachliche Profilierung in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung entwickeln. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein psychiatrisches

<sup>9</sup> <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>

<sup>10</sup> Gegenwärtig gilt die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von 2020, zuletzt geändert 2024. [<https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BJNR044800020.html>]

Fachkrankenhaus einen Schwerpunkt in der stationär-psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung vorhält. Das erlaubt, die Fachkenntnisse und Systemkenntnisse der Professionellen aus ambulanter und stationärer Versorgung zu kombinieren und einen engen Bezug zwischen ambulantem und stationärem Sektor herbeizuführen. Davon sind Verbesserungen von Versorgungsqualität und Dauerhaftigkeit der Behandlungseffekte zu erwarten.

Eine besondere Anforderung besteht in der aufsuchenden Tätigkeit einerseits, um individuelle Problemlagen im lebensweltlichen Alltagsbezug (Setting) zu analysieren, andererseits, um durch eine der stationären Aufnahme vorgelagerte Beratung des Hilfesystems und settingbezogene Therapie stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen oder die Behandlung von vornherein als Stationäre ambulante Behandlung (StäB) anzubahnen.

Nachsorgende Behandlung mit lebensweltlichem Settingbezug einschließlich beratender und supervisorischer Begleitung ist eine wichtige Aufgabe spezialisierter PIA mit dem ausdrücklichen Ziel, stationäre Behandlungserfolge zu stabilisieren und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden. Die Vergütung der Leistungen muss diesen umfangreichen und zeitaufwändigen Aufgaben entsprechen. Unbedingt müssen Diagnoselisten zu den Rahmenvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern, soweit sie die den Zugang zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen limitieren, erweitert werden, etwa ausdrücklich um die Diagnosen F70, Fx.1 oder F80-F89.

### **Die Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)**

Die ursprünglich für Aufgaben der Forschung und Lehre bestimmten Hochschulambulanzen haben sich mittlerweile als spezialisierte Akteure in der ambulanten Versorgung etabliert. Die Anerkennung der Ausdehnung der Aufgaben auf die ambulante Versorgung spiegelt sich in der schiedsgerichtlich bestätigten Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. Sätze 3 und 4 SGB V aus dem Jahre 2016 wider<sup>11</sup>.

Gleichwohl bedarf es noch der expliziten Einbeziehung der Personengruppe der Menschen mit Intellektuellen Entwicklungsstörungen in diese Vereinbarung. Anknüpfungspunkt dieser Regelung könnte die grundsätzliche Charakterisierung der Zielgruppen durch § 1 der erwähnten Vereinbarung sein. Fachlich begründet sich das mit der Expertise von Hochschulambulanzen und deren besondere Möglichkeiten, auf andere Angebote hochspezialisierter Expertise zuzugreifen.

---

<sup>11</sup> Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. Sätze 3 und 4 SGB V  
[[https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.2\\_Rechtsquellen/3.2.1\\_Ambulante\\_Leistungen/Vereinbarung\\_ueber\\_die\\_Patientengruppen\\_in\\_den\\_Hochschulambulanzen\\_Paragraph117\\_Abs1\\_Saetze\\_3\\_und\\_4\\_SGB\\_V.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2_Rechtsquellen/3.2.1_Ambulante_Leistungen/Vereinbarung_ueber_die_Patientengruppen_in_den_Hochschulambulanzen_Paragraph117_Abs1_Saetze_3_und_4_SGB_V.pdf)]

## 5.6. Stationärer und teilstationärer Sektor

### 5.6.1.1.1. Stationäre psychiatrische Versorgung

Sowohl die Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern als auch die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser müssen in der ihr zugeordneten Versorgungsregion die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung ausdrücklich berücksichtigen. Die möglicherweise zunehmend häufige Praxis, diese Patienten nicht stationär aufzunehmen oder schnellstmöglich ohne ausreichenden Behandlungserfolg zu entlassen, widerspricht offenkundig der UN-Behindertenrechtskonvention.

Jedes psychiatrische Fachkrankenhaus, jede psychiatrische Abteilung muss sich für diese Patientengruppe grundsätzlich als zuständig verstehen. Dafür sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und Fachkompetenzen vorzuhalten. Dies beinhaltet sowohl gezielte Fortbildungen aller Mitarbeitenden als auch die evtl. Möglichkeit, spezialisierte interdisziplinäre Teams zu bilden.

Nur wenn die Besonderheiten der psychiatrischen Problemlage der betreffenden Person die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen beim besten Willen objektiv überfordern, ist eine Überweisung in eine spezialisierte stationäre Einrichtung zweckmäßig und gerechtfertigt. Gerade weil das häufig der Fall ist, sind stationäre Spezialangebote für größere Versorgungsregionen unentbehrlich. Sofern ein MZEB oder ein spezialisierte PIA in der Nähe sind, ist das für die nahegelegene Platzierung des stationären Angebotes vorteilhaft.

Für die Etablierung stationärer Spezialangebote kommen am ehesten größere psychiatrische Abteilungen und psychiatrische Fachkrankenhäuser in Betracht. Spezialisierte Teams oder spezialisierte Bereiche innerhalb der Psychiatrischen Abteilungen oder Fachkrankenhäuser müssen spezielle Konzepte erarbeiten und vorhandene störungsspezifische Interventionen zielgruppenspezifisch modifizieren. Sie sollten untereinander den fachlichen Austausch pflegen. Im Übrigen sollten solche Spezialangebote ihre Erfahrungen und Kompetenzen im Rahmen von Fortbildungen, Weiterbildungen und kollegialer Beratung anderen zur Verfügung stellen.

Spezialisierte stationäre Bereiche benötigen im Hinblick auf die konzeptionelle Ausrichtung wegen besonderer räumlicher und sächlicher Ausstattungen sowie zusätzlicher personeller Ausstattung überdurchschnittliche Ressourcen. Diese Bereiche müssen zusätzlich mit pädagogischem Personal (z. B. Heilerziehungspfleger) ausgestattet werden. Diese zusätzliche Personalausstattung muss in der Vergütung abgebildet sein.

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

Wird es notwendig, Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung bei der Bewältigung der Belastungen und Anforderungen eines Krankenhausaufenthaltes durch ihnen und mit ihnen vertraute

Personen zu unterstützen, können seit November 2022 die gesetzlichen Regelungen für die Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen oder bestimmten psychischen Störungen genutzt werden. Wird die Assistenz im Krankenhaus durch Personen aus dem persönlichen Lebensumfeld wie Angehörige erbracht, kommt §§ 44b ff. SGB V zum Tragen. im Falle der Assistenz durch vertraute Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe ist § 113 Absatz 6 SGB IX einschlägig.

Mit Nachdruck ist für Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung zu fordern, innovative Alternativen zum stationären Krankenhausaufenthalt zu entwickeln. In erster Linie kommt dafür die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V in Betracht. Sie vermeidet die Belastungen eines Krankenhausaufenthaltes und erlaubt, die multiprofessionelle Versorgung an die individuelle Lebenswelt anzupassen. Zu erwarten sind überdies Verminderungen gerichtlich zu genehmigender Zwangsmaßnahmen.

### **Integrierte ärztliche Dienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Derzeit gibt es ärztliche (und psychologische) Fachdienste (sog. integrierte Fachdienste) nur noch bei sehr wenigen größeren Trägern von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe. Im Allgemeinen sind deren Dienstleistungen ausdrücklich auf die stationäre Klientel der Einrichtung beschränkt. Unter dem fortschreitenden Kostendruck sind die noch vorhandenen Angebote in ihrer Existenz gefährdet. Damit gehen dringend gebrauchte zielgruppenbezogene Kenntnisse und Kompetenzen verloren.

Man hat die integrierten ärztlichen und psychologischen Fachdienste unter einer abstrakten Perspektive der „Normalisierung“ kritisiert. Da heute in modernen Versorgungsformen wie den stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen gemäß § 115d SGB V oder der mobilen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 1 SGB V der lebensweltliche Settingbezug konstitutiv ist, stellen sich derartige Angebote durchaus als zweckmäßig und keineswegs pauschal als überholt dar. Sie können die Interpretation der Gesundheitsprobleme auf dem Hintergrund des Alltags in Wohnangeboten oder WfbM vollziehen, sie können therapeutische Anleitung auf die konkreten Gegebenheiten der Lebenswelt beziehen sowie Mitarbeitende zielgerichtet instruieren und supervidieren.

Es kann also kein grundsätzlicher konzeptioneller Einwand gegen integrierte Fachdienste geltend gemacht werden. Es ist darum sinnvoll, solchen Fachdiensten eine Entwicklungsperspektive in Form von MZEB (s. 5.5.2.2.4.) zu geben.

#### **5.6.1.1.2. Ermächtigte Einrichtungen nach § 119a SGB V**

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hatte Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über einen ärztlichen Dienst verfügen, mit § 119a SGB V die Möglichkeit eröffnet, sich im Wege einer Ermächtigung an der regionalen ärztlichen Versorgung von Patienten mit Intellektueller Entwicklungsstörung zu beteiligen, soweit und solange für die speziellen Anforderungen die Kenntnisse und Kompetenzen dieser Dienste gebraucht werden. Nur sehr wenige Einrichtungen haben davon Gebrauch gemacht, weil die praktische Verwirklichung insbesondere an der für diesen patientenselektiven Spezialauftrag unzureichenden Finanzierungsgrundlage im EBM scheitert.

Außerdem ist im einschlägigen Paragrafen keine multiprofessionelle Arbeitsweise begründet, geschweige denn ihre auskömmliche Finanzierung geregelt. Im Grunde genommen ist diese Regelung durch die Einführung der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung gemäß § 119 c SGB V (s. 5.5.2.2.4) sachlich überholt.

Es gibt einige wenige Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die auf der Grundlage dieser Regelungen ermächtigt worden sind und weiterhin damit arbeiten können. Aber auch hier ist zu prüfen, ob in der Weiterentwicklung Richtung MZEB eine sinnvolle Perspektive bestehen könnte.

#### 5.6.1.1.3. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015 wurden mit einem neuen § 119c SGB V die gesetzlichen Grundlagen für die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geschaffen. Das entsprach dem seit den 1990er Jahren hauptsächlich von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderungen verfolgten Ziel, nämlich in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (§119 SGB V) für behinderte Erwachsene mit vergleichbare besonderen Behandlungsbedarf spezialisierte Angebote zu schaffen. Die MZEB arbeiten laut Gesetzestext und Gesetzesbegründung<sup>12</sup> interdisziplinär und multiprofessionell unter ärztlicher Leitung. Sie sollen aufs engste mit den Angeboten der Regelversorgung zusammenarbeiten und können als fachliches Kompetenzzentrum für Versorgung und für Fort- und Weiterbildung in der Region fungieren.

In manchen Fällen ist ein MZEB, sofern verfügbar, ein notwendiges Anschlussangebot für Patienten der SPZ<sup>13</sup>. Der Übergang vom SPZ in ein MZEB bedarf der systematischen Transition.

Allerdings schreitet der Aufbau der MZEB und die bundesweite flächendeckende Ausbreitung der nur langsam voran<sup>14</sup>. Die MZEB sind – von Fall zu Fall unterschiedlich - aufgrund der häufig obstruktiven Haltung der Zulassungsausschüsse, insbesondere der Krankenkassen restriktiven Auflagen ausgesetzt wie Begrenzung nur auf Diagnostik und Lotsenfunktion, Fallzahlbegrenzungen, begrenzenden Diagnosenlisten, Ausschluss von Verordnungen, Überweisungen usw. ausgesetzt.<sup>15</sup>

Obwohl die fachlichen Schwerpunkte der MZEB unter Bezug auf die Gegebenheiten und Bedarfslagen zweckmäßigerweise vor Ort festzulegen sind, war zu hoffen, dass viele MZEB ihre Angebotschwerpunkte im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Fragestellungen, selbstverständlich hinterlegt mit fachlich qualifiziertem Personal (Fachärzte, approbierte

<sup>12</sup> Bundesgesundheitsministerium: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GKVVSG\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKVVSG_RefE.pdf)

<sup>13</sup> Derzeit existieren in Deutschland etwa 160 SPZ. <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>

<sup>14</sup> Es gibt Bundesländer, in denen bis heute kein einziges MZEB arbeitet.

<sup>15</sup> Lindquist, S., Klafke, A., Bredel-Geissler, A. et al. (2024) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen: Wichtige Strukturen für die ambulante neurologische Versorgung. DGNeurologie 7(1), 89-90. Seidel, M., Kappe, C., Stockmann, J., Vogel, M. (2020). MZEB: Ein wichtiges Angebot kommt nicht voran. Westfälisches Ärzteblatt (5), S, 14-16.

Psychotherapeuten)<sup>16</sup> entwickeln. Leider bietet erst nur ein kleiner Teil der MZEB einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Schwerpunkt an. Diese Situation, die nicht zuletzt den erwähnten Rahmenbedingungen geschuldet ist, muss angesichts des weithin ungedeckten qualifizierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs unbedingt korrigiert werden.

#### 5.6.1.2. Fachgebiet- und sektorübergreifende innovative Versorgungsformen

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 in das SGB V eingeführten innovativen Versorgungsformen, namentlich die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und die Integrierte Versorgung<sup>17</sup>, eignen sich aufgrund ihrer interdisziplinären und transsektoralen Arbeitsweise grundsätzlich für die Versorgung der Zielgruppe. Gleichwohl spielen die MVZ keine nennenswerte Rolle für die Versorgung der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung oder mehrfacher (komplexer) Beeinträchtigung.

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

#### 5.6.2. Rehabilitative Angebote

Das GKV-WSG führte medizinische Rehabilitation als Pflichtleistung der GKV ein. Leider verschließen sich noch immer viele Rehabilitationsanbieter ausdrücklich oder aufgrund geforderter Eingangsvoraussetzungen der Zielgruppe der Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung. Die wenigen Angebote, die der Zielgruppe offenstehen, haben zum Teil sehr lange Wartezeiten.

Für die Zielgruppe ist der Settingbezug, die Einbindung der Maßnahmen in die alltägliche Lebenswelt, besonders wichtig. Deshalb sollten für die Zielgruppe aufsuchende Angebote durch interdisziplinäre Teams gemäß § 40 Abs. 1 SGB V im Vordergrund zukünftiger Entwicklungen stehen. Die Regelung angemessener Finanzierungen ist dabei unverzichtbar.

Als effektive Alternative zu klassischen stationären und ambulanten Angeboten, die sich vermutlich nur schwer auf Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung einrichten bzw. für diese geeignet sind, kommt der Ausbau von zielgruppenspezifisch arbeitenden Angeboten der mobilen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 1 SGB V in Betracht. Derartige mobile Angebote könnten den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung besonders gut entsprechen und settingbezogen flexibel wirksam werden. Angesichts der vom BTHG intendierten Auflösung der strikten Grenzen zwischen den Hilfeformen könnten sich neue Spielräume für die Durchführung solcher mobilen Angebote in Besonderen Wohnformen, Werkstätten usw. ergeben. Die Orientierung auf die

---

<sup>16</sup> S. Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2015): Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Intellektueller Entwicklungsstörung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). [https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption\\_MZEB\\_2015.pdf](https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf) (letzter Zugriff 30.8.2019)

<sup>17</sup> Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist die Vertragsform der Integrierten Versorgung durch die Besondere Versorgung nach § 140a SGB V (neu) ersetzt worden.

Alltagsbedingungen erlaubt zugleich, die Assistenten und sonstigen Unterstützer sachgerecht zu instruieren – und zu supervidieren.

### **5.6.3. Maßregelvollzug und Forensische Nachsorge**

Der Umgang mit Personen mit Intellektueller Entwicklungsbeeinträchtigung, die wegen einer Straftat bei Schuld minderung oder Schuldunfähigkeit in den Maßregelvollzug kommen, ist eine besonders vernachlässigte Herausforderung. Dies gewinnt unter den Bedingungen des strukturellen Wandels und des Personalmangels in der Eingliederungshilfe zunehmend an Bedeutung.

In den Maßregelvollzugskliniken fehlt es für Personen mit Intellektuellen Entwicklungsstörungen in der Regel an zielgruppenspezifischen Förderkonzepten, die aktuelle Erkenntnisse, etwa der Förderung der emotionalen Reifung, aufgreifen. Damit gerät der Verbesserungsauftrag des Maßregelvollzuges gegenüber dem Sicherheitsauftrag ins Hintertreffen.

Die Gestaltung des Maßregelvollzuges liegt in der Verantwortung der Bundesländer. Deshalb müssen sich vor allem die Bundesländer dieser Problematik annehmen. Von den zuständigen Behörden der Bundesländer müssen entsprechende Impulse zur Qualifizierung der Förderkonzepte ausgehen.

Der vielerorts beklagte Mangel an geeigneten Anschlussangeboten der Behindertenhilfe bei Entlassung ist eine Herausforderung an die Eingliederungshilfe, an deren Leistungsträger und Leistungserbringer. Systematische Kooperationen mit Maßregelvollzugskliniken und vor allem eine verlässliche Forensische Nachsorge für die Zielgruppe von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung können wichtige Beiträge sein, mit denen Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein bedarfsgerechtes Ensemble der Angebote für Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung im Anschluss an den Maßregelvollzug bereitstellen könnten. Dass dafür von staatlicher Seite geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, ist selbstverständlich.

### **5.7. Voraussetzungen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Systems**

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

#### **5.7.1. Fachpolitischer Diskurs**

Eine wichtige Voraussetzung der sachgerechten Entwicklung ist ein kontinuierlicher fachpolitischer Diskurs, der sich nicht nur den Kriterien von Evidenzbasierung und Best Practice verpflichtet, sondern auch einen die Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) und Gesundheitsversorgung übergreifenden Austausch gemäß Artikel 26 UN-BRK sowie die Rezeption fortgeschrittener internationaler Erfahrungen einbezieht.

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

### 5.7.2. Öffentlichkeitsarbeit

Der Erfolg aller Bemühungen um die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung hängt maßgeblich davon ab, dass diese Thematik nicht allein im Rahmen eines auf die unmittelbar Beteiligten begrenzten Fachdiskurses behandelt wird, sondern in einem breiteren Rahmen eine effektive und gezielte Öffentlichkeitsarbeit stattfindet. Diese Notwendigkeit ist in der gegenwärtigen Situation multipler Krisen und der offen in Frage gestellten Leistungen des Sozialstaates alle andere als banal. Die Fachöffentlichkeit (z. B. Fachgesellschaften, Fachverbände, Berufsverbände) muss Betroffene (Self-Advocacy), ihre Angehörigen und sonstigen Vertreter (Advocacy) beteiligen.

Eine herausragende Rolle als Kooperationspartner müssen deshalb die Selbsthilfebewegung, die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege spielen.

### 5.7.3. Aufwandsgerechte Vergütung

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

Konkretisieren lassen sich die Forderungen folgendermaßen:

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

### 5.7.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung

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

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

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Psychiatrie und Psychotherapie (MWBO) von 2018 bestimmt „Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und

mit Intelligenzminderung<sup>18</sup> als eine der zu erwerbenden Handlungskompetenzen. Es sollten alle dafür zuständigen Gremien darauf achten, dass dieser Weiterbildungsinhalt tatsächlich verwirklicht wird. Es ist davon auszugehen, dass mit der anstehenden Reform der MWBO bis zum 130. Deutschen Ärztetag im Jahre 2026 diese Regelung der MWBO aufrechterhalten wird.

#### **5.7.5. Wirtschaftlichkeit**

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

In die Begründung der besonderen Ressourcenzuweisung für diese Aufgaben muss eine übergreifende volkswirtschaftliche Betrachtung einbezogen werden, die sich vergegenwärtigt, dass der besondere Ressourcenaufwand für eine effektive und effiziente psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe nicht allein dem Verbot der Benachteiligung dieser Zielgruppe entspricht, sondern Kosten in durch fehlallozierte Gesundheitsleistungen und Kosten in anderen sozialen Sicherungssystemen (Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung) vermindern hilft.

#### **5.7.6. Forschung**

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen bedarf der umfassenden Aufmerksamkeit im Bereich der medizinischen, pflegewissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung.

Es geht in erster Linie um Versorgungsforschung (vor allem an den Schnittstellen zwischen Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe), Therapieforschung und auch um Grundlagenforschung. Es sollten insbesondere interdisziplinäre Zugänge berücksichtigt sowie themenspezifische Methoden der partizipativen Forschung übernommen, entwickelt und angewendet werden. Auf allen diesen Gebieten finden sich derzeit nur wenige systematische Aktivitäten. Für die erwähnten Themenkomplexe ist angemessene öffentliche Forschungsförderung notwendig, um Anschluss an das internationale Niveau der Forschung zu erreichen. Allerdings begegnet Forschung auf diesem Gebiet unabhängig von der Finanzierungsproblematik einer Reihe methodischer, rechtlicher und ethischer Probleme, etwa wenn sie Personen einbeziehen will, die nicht einwilligungsfähig sind.

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

---

<sup>18</sup> Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung, S. 254

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

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

Für die Bearbeitung der benannten Aufgaben ist ein strategisch ausgerichteter Plan notwendig, der neben der Priorisierung der Ziele und Maßnahmen Aussagen über die zeitliche Abfolge der Bearbeitung, die Zuständigkeiten, die notwendigen Kooperationsbezüge zu Dritten sowie vor allem der Finanzierung enthält. Dabei könnte die DGPPN eine zentrale Position einnehmen, nicht zuletzt im Hinblick auf den 2015 etablierten DGPPN-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK.

*Diese Fassung des Positionspapiers, deren Vorläufer bereits 2007 und 2019 veröffentlicht worden waren, wurde vom DGPPN-Referat „Intellektuelle Entwicklungsstörungen“ unter Federführung von Prof. Dr. Michael Seidel (Bielefeld) erarbeitet.*