

## Stellungnahme der Kommission Bundesteilhabegesetz (BTHG) der Psychotherapeutenkammer Berlin

### Agenda:

#### A: Hintergrund und Ausgangspunkt der Stellungnahme

1. UN Behindertenrechtskonvention als Ausgangspunkt
2. Bundesteilhabegesetz (BTHG)
3. Verabschiedung des BTHG

#### B: Verschiedene fachliche Stellungnahmen

1. Aktion Psychisch Kranke e.V.
2. BPtK
3. Stellungnahme der Kommission BTHG der PTK Berlin

#### C: Die Bedeutung von Psychotherapie im Rahmen des BTHG

1. Psychotherapie als Leistung sowohl in der Krankenbehandlung, der Eingliederungshilfe als auch in der medizinischen Rehabilitation
2. Warum ist die ICF hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit?

#### D: Auswirkungen und Umsetzungen des BTHG auf regionaler Ebene

#### E: Fazit der bisherigen Betrachtungen



## A: HINTERGRUND UND AUSGANGSPUNKT DER STELLUNGNAHME

### 1. UN-Behindertenrechtskonvention als Ausgangspunkt für das BTHG

Mit ihrer Zustimmung zur UN-Behindertenrechtskonvention ist die Bundesregierung zu deren gesetzlicher Umsetzung verpflichtet. In diesem Zusammenhang stehen weitere Gesetze, (z.B. auf regionaler Ebene das in Berlin schon verabschiedete PsychKG,) die bei der regionalen Umsetzung des BTHG beachtet werden müssen.

Zentrale Passagen aus der Präambel der UN-Behindertenrechtskonvention zeigen den notwendigen Anpassungsbedarf des BTHG:

*„Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens,*

*o) in der Erwägung, dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme mitzuwirken, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen,...*

*v) In der Erkenntnis, wie wichtig es ist, dass Menschen mit Behinderungen vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung, sowie zu Information und Kommunikation haben, damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll genießen können.*

*...haben folgendes vereinbart ....*

#### Artikel 25 – Gesundheit

*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 Behinderungen möglichst gering gehalten 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. *verboten 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.*

#### Artikel 26 – Habilitation und Rehabilitation (Auszug)

(1) *Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste,.....“*

## 2. Bundesteilhabegesetz BTHG

Um die oben beschriebenen Artikel der UN Menschenrechtskonvention in deutsches Recht umzusetzen und um den im Bereich der Behindertengesetzgebung vorhandenen Flickenteppich zu vereinfachen, hat die Bundesregierung das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vorgelegt.

Im BTHG geht es sowohl um Ziele der Eingliederung und des Einbezugs betroffener Personengruppen als auch den Behandlerkreis, Leistungen für Betroffene und um Kosten der Behandlungen. Das Gesetz soll in mehreren Schritten in ein neues Sozialgesetzbuch (SGB) IX umgewandelt werden. In diesem neuen SGB IX sollen insbesondere beim Punkt Wiedereingliederung Teile des heutigen SGB VIII, SGB XII und weiterer SGB's übernommen werden. Es soll dann den anderen SGB als vorrangig gelten und wird damit dann auch in Konkurrenz mit dem SGB V stehen. Auch auf psychisch Erkrankte wird in diesem Gesetz Bezug genommen und dadurch sind auch die Psychotherapeuten als Behandler betroffen. Der ICF wird somit als vom ICD unterschiedener Diagnoseschlüssel auch für die Psychotherapie mehr Relevanz erhalten (obwohl er streng genommen keinen Diagnoseschlüssel wie das ICD 10 darstellt und diesen dann auch lediglich als Beschreibung der psycho-sozialen Kontexte ergänzen kann!).

Verschiedene Stellungnahmen wie z. B. von der AKTION Psychisch Kranke und der Bundespsychotherapeutenkammer liegen vor. Da das neue Gesetz auch auf Landesebene z. B. beim PsychKG, beim KJHG und bei der Anwendung von SGB XII Einflüsse haben wird, hat der Vorstand der Berliner Kammer sowohl zur Information seiner Mitglieder wie auch zur Grundlage von berufspolitischen Aktivitäten eine eigene Untersuchung der durch das Gesetz zu erwartenden Veränderungen in der Gesundheitsversorgung beschlossen. In diese Stellungnahme sollen auch die Einschätzungen und Hinweise der BPTK und anderer Organisationen eingearbeitet werden. Zu diesem Zwecke hat der Vorstand der PTK Berlin die Kommission BTHG eingerichtet.

Mitglieder der Kommission sind unter der Leitung des Vorstandsmitglieds Heinrich Bertram: Frau Dr. Worringer, Frau Ute Meybohm, Frau Brigitte Kemper-Bürger, Herr Gerd Pauli, Herr Martin Rothaug, Herr Jan Kordt und Herr Reinhard Franke.



Die Kommission stellte schon in ihrer Durchsicht des ersten Gesetzentwurfs fest, dass psychisch Kranke zwar beim vom BTHG benannten Personenkreis einbezogen werden sollen, dass das „Wie“ aber sehr unklar benannt ist. Angemessene Definitionen, was für diesen Personenkreis „Wiedereingliederung“ und „Teilhabe“ bedeuten, fehlen weitgehend. Die unterschiedlichen Anforderungen für körperlich und psychisch behinderte Menschen werden nicht hinreichend differenziert (Z. b. „Was heißt für psychisch Kranke die Analogie für Aufzug oder Rollstuhl?“) Dementsprechend wird auch die Kompetenz der Psychotherapie und der Psychotherapeuten nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt, explizit genannt wird sie nur im Kapitel „Medizinische Rehabilitation“.

### 3. Verabschiedung des BTHG

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrats hat am 13.09.2016 seine Beschlussempfehlung zum BTHG vorgelegt, darin sind 127 Änderungswünsche enthalten. Insbesondere geht es um die befürchteten steigenden Kosten für die Länder. Die Beschlussempfehlung wurde am 23.9.2016 im BR-Plenum beschlossen.

[http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/428-1-16.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/428-1-16.pdf?__blob=publicationFile&v=1))

Am 22.9. hat der Bundestag den Entwurf in 1. Lesung beraten. Inzwischen erfolgte die endgültige Beschlussfassung, in die einige Kritikpunkte der Länder eingeflossen sind. Das Gesetz ist ein zustimmungspflichtiges Gesetz, der Bundesrat hat am 17.12.2016 mit einer begleitenden Entschließung, in der vor Mehrkosten für Länder und Kommunen gewarnt wird, zugestimmt. Angesichts der Kostenbelastung sieht der Bundesrat die Ziele des Gesetzes erheblich gefährdet und fordert deshalb, die Einnahmen und Ausgaben für die zentralen Teilhabeleistungen in den Jahren 2017 bis 2021 zu evaluieren. Sollte sich hierbei eine Kostensteigerung bei den Ländern oder Kommunen abzeichnen, sei es Aufgabe des Bundes, diese zu übernehmen.

BTHG-Gesetzeswortlaut: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabe-gesetz-entwurf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabe-gesetz-entwurf.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Darüber hinaus gilt es jetzt die vorgesehene Umsetzung als neues SGB IX in mehreren Schritten, nicht zuletzt auch für die Berliner regionale Ebene, zu leisten. Dann erst werden sich die tatsächlichen Auswirkungen für die Menschen mit seelischen und körperlichen Behinderungen, wie auch für die Psychotherapie und die Psychotherapeuten zeigen. Hieraus müssen sich dann auch die Aufgaben der Kammer in diesem Themenbereich ableiten.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat in einer Zusammenstellung, die in der endgültigen Fassung vorgenommenen Änderungen, vorgestellt und bewertet.

[https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Bilder/2016/Dezember/BTHG\\_Resumee.pdf](https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Bilder/2016/Dezember/BTHG_Resumee.pdf)

Zum Schluss benennt er dabei notwendige weitere Änderungen. Die Kommission kann sich im Wesentlichen dieser Darstellung anschließen. Jedoch fehlen hierbei die gesonderten Hinweise auf psychisch Behinderte, den notwendigen Einbezug von Psychotherapie und Psychotherapeuten wie auch das Herunterbrechen auf die regionale Ebene, was seitens der Kommission im anschließenden erfolgt.



## B: DIE VERSCHIEDENEN FACHLICHEN STELLUNGNAHMEN ZUM BTHG WAREN (UND SIND AUCH NACH DEN VERSCHIEDENEN ÜBERARBEITUNGEN) SEHR KRITISCH

Für die Kommission sind die folgenden Punkte aus den Stellungnahmen besonders wichtig:

Es ist hervorzuheben, dass Behinderung viele Facetten hat, und dass es Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung gibt, die alle unterschiedliche Ansprüche, Bedingungen und Forderungen an ein BTHG stellen. Im Entwurf des Gesetzes wird dies mit keinem Wort benannt.

Grundsätzlich müssen die jeweils beteiligten Menschen mit Behinderung voll umfänglich „auf Augenhöhe“ je nach eigenen Fähigkeiten und Behinderungen (seelisch, körperlich, geistig) auch mit zur Verfügung gestellten Unterstützungspersonen, einbezogen sein, nach dem Grundsatz: „nichts über mich ohne mich“. Dazu gehört auch das Recht zur Teilnahme von Psychotherapeuten an der Teilhabekonferenz, wenn der/die Betroffene dies wünscht.

Insbesondere für Menschen mit seelischen Behinderungen ist die Voraussetzung für Teilhabeleistungen, dass es Einschränkungen in mehreren Teilhabebereichen geben muss, ein Ausschlusskriterium. Diese Zugangsbeschränkung wurde vorerst wieder relativiert, eine endgültige Prüfung soll im Jahr 2023 erfolgen.

Ebenso wenig kann ein Vorrang der Pflege vor Leistungen der Eingliederungshilfe hingenommen werden. Dies wird in den unterschiedlichen Stellungnahmen verdeutlicht und wurde in dem nun verabschiedeten Gesetz nachgebessert.

Zusätzlich muss ein gut abgestimmtes Zusammenspiel von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen durch sinnvoll aufeinander bezogene Steuerungsinstrumente und -qualität gesichert werden.

Außerdem gilt grundsätzlich: Der Begriff „Psychotherapie“ oder „psychotherapeutisch“ wird im Gesetz außer bei der medizinischen Rehabilitation nicht verwendet. Wohlwollend könnte man interpretieren, wenn von medizinischen Leistungen die Rede ist, seien psychotherapeutische Leistungen inkludiert. Angemessener wäre die ausdrückliche Nennung.

Vor allem bei allen beratenden, psychisch stärkenden Elementen und Nennungen im Teilhabegesetz sollten PsychotherapeutInnen explizit aufgeführt werden.

Auch im Bereich der Menschen mit geistigen Behinderungen sollte Psychotherapie als Teilhabeleistung ausdrücklich genannt werden.

Insbesondere die folgenden Stellungnahmen haben aus Sicht der Kommission zentrale Punkte aufgegriffen:

### 1. Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Zielrichtung der Bundesregierung	Stellungnahme der Aktion psychisch Kranke für die Zielgruppe der seelisch Behinderten
----------------------------------	---



<p>Die Eingliederungshilfe soll zu einem modernen Teilhabegesetz weiterentwickelt werden, personenzentriert und bundeseinheitlich.</p>	<p>Die APK begrüßt die Stärkung der Rechte der Leistungsberechtigten in allen Bestandteilen. Hierzu gehören die Möglichkeit inklusiven Wohnens, inklusiver Arbeit. Mit der Ausgliederung der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht ist eine Entstigmatisierung und Normalisierung vorgenommen. Erwartet werden für Menschen mit seelischer Behinderung verbesserte Chancen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Erfreulich sind die Verstärkungsschritte zur Kooperation der Leistungsträger und die Verbesserung der Freibeträge bei Unterhalt und Vermögen.</p>
--	--

	<p><b>§18 Fristenregelung und Erstattung der Leistungen</b></p>
<p><b>Verbesserungen</b> der Freibeträge bei Einkommen und Vermögen Verbesserte Zugänge zum 1. Arbeitsmarkt (Budget für Arbeit), Reha vor Werkstatt, Beratung und Assistenz auch für Eltern, Selbstbestimmtes Leben außerhalb von Einrichtungen</p>	<p>Personenorientierung muss konsequent durchgehalten werden. Bisher ist die Eingliederung zur Leistung verpflichtet, wenn Ihr der Eingliederungsbedarf bekannt wird. Der Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe darf nicht durch die zukünftige Antragsstellung erschwert werden. Die Fristenregelung SGB IX E soll auch für die Eingliederungshilfe und die öffentliche Jugendhilfe gelten.</p>
	<p><b>§20 Bedarfsermittlungsverfahren, Teilhabekonferenz und Gesamtkonferenz</b></p>
<p><b>Vernetzung</b> Es gibt einen Gesamtplan kostenträgerübergreifend. Die Rehaträger müssen die Kostenfrage untereinander klären. Der Eingliederungshilfeträger hat neben der Wirtschaftlichkeit die bisherige Leistungsgewährung zu berücksichtigen.</p>	<p>Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung muss bei seelischen Behinderungen niederschwellig und unterstützend aufgebaut werden. Einbeziehung der Leistungserbringer in die Teilhabekonferenz auf Wunsch des Leistungsberechtigten. Diese Regelungen sollen auch für Gesamtkonferenz gelten. Beide Konferenzen sollten in der Regel stattfinden, sofern nicht gewichtige Gründe dem entgegenstehen.</p>
	<p><b>§99 Leistungsberechtigter Personenkreis für die Eingliederungshilfe</b></p>



		<p>In der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises sollte bei seelischen Behinderungen entsprechend des ICF die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen in den Gesetzestext mit aufgenommen werden. „Eingliederungshilfe ist für Personen nach §2 Absatz bis 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körperfunktion -struktur oder psychischer Funktionen sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichen Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe eingeschränkt sind.,“</p> <p>Eine erhebliche Einschränkung ergibt sich aus der Anforderung in mindesten fünf Lebensbereichen nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich ist. Nach dem ICF ist bei seelisch behinderten Menschen die Anzahl von 5 bzw.3 Einschränkungen nicht sinnvoll, da Einschränkungen im interpersonellen Bereich zu ernststen Teilhabeproblemen führen können. Es besteht die Gefahr bei Beibehaltung dieser Definition, dass eine größere Gruppe der bisher Leistungsberechtigten von der Leistung</p>
	§78	<b>Leistungen zur sozialen Teilhabe und der Assistenzbegriff</b>
		<p>Menschen mit Wahnerleben bedürfen nicht nur einer Assistenz, sondern auch einer Korrektur. Des- „Bewältigung des Alltags „sollte bei seelischen Behinderungen "Unterstützung bei der Lebensführung" treten. Um den Behinderungsbegriff der ICF als Lebensführung und der Überwindung von Barrieren „ Ziel der Leistung sollte sein, Barrieren im Sozialraum zu bearbeiten, zu mildern oder Barrierefreiheit herzustellen.</p>

## 2. Stellungnahme der BPTK

Folgende Punkte in der Stellungnahme der BPTK (<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/hilfe-fuer-m.html>) möchte die Kommission besonders unterstreichen:

Der Behindertenbegriff wird im Gesetzentwurf neu definiert und entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ausgerichtet. Die Übertragung der Begrifflichkeiten der ICF ist im Gesetzentwurf jedoch nicht konsequent gelungen.

Im Rahmen der geplanten Berichterstattung und Evaluation sollte eine Differenzierung der verschiedenen Zielgruppen der Leistungen zur Teilhabe festgeschrieben werden, um die unterschiedlichen Bedarfe, z. B. von Menschen mit geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen, adäquat abbilden zu können



Die Einführung einer träger- und leistungssystemübergreifenden Leistungsplanung und – koordinierung wird begrüßt. Die Leistungsberechtigten sollten die Durchführung einer Teilhabe-konferenz (§ 20 SGB IX - E) bzw. einer Gesamtplankonferenz (§ 119 SGB IX - E) einfordern können.

Mit Blick auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kritisiert die BPtK, dass diese Leistungen nur Menschen zustehen sollen, die ein „*Mindestmaß an verwertbarer Arbeitsleistung*“ erbringen können. Diese Regelung diskriminiert Menschen mit Behinderungen mit hohem Unterstützungsbedarf und verstößt gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind Experten für die Diagnostik, Behandlung und Begutachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch Fragen der Rehabilitation und Eingliederung von Menschen mit seelischen Behinderungen gehören zur Tätigkeit von Psychotherapeuten. Bedarfe und Problemlagen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unterscheiden sich zudem oftmals von denen der Menschen mit körperlichen Behinderungen. Die BPtK schlägt vor, psychotherapeutischen Sachverstand im Gesetzentwurf angemessen zu berücksichtigen, um den Belangen von Menschen mit seelischen Behinderungen gerecht zu werden. Dies betrifft nicht nur den Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (§ 86 SGB IX - E) und die Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen (§ 34 SGB IX - E), sondern auch die notwendige Gleichstellung der Psychotherapeuten mit Ärzten bei der Aufstellung des Gesamtplanes (§ 121 SGB IX - E). Einzelne redaktionelle Änderungen zur Klarstellung, dass neben ärztlichen Leistungen auch psychotherapeutische Leistungen relevant sind, werden ebenfalls notwendig (z. B. § 26 SGB IX - E, § 35 SGB IX - E, § 46 SGB IX - E, § 78 SGB IX - E, § 110 SGB IX - E, § 142 SGB IX - E, § 275 SGB V).

Die explizite Nennung von Menschen mit seelischen Behinderungen ist notwendig, da psychisch kranke Menschen, die durch die Erkrankung über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in ihrer Selbstbestimmung und ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt oder bedroht sind, häufig in der öffentlichen und in ihrer eigenen Wahrnehmung nicht als Leistungsberechtigte nach dem SGB IX gesehen werden. Darüber hinaus unterscheiden sich die Problemlagen und Bedarfe von Menschen mit seelischen Behinderungen häufig von denen der Menschen mit körperlichen bzw. geistigen Behinderungen. Diesem Umstand trägt der Gesetzgeber durch die Formulierung Rechnung, dass mit dem Gesetz den besonderen Bedürfnissen auch dieser Gruppe Rechnung getragen wird. Der Gesetzgeber sollte diesen Grundsatz jedoch konsequent im Gesetzestext berücksichtigen und entsprechende Änderungen insbesondere in § 13 SGB IX - E und § 99 SGB IX - E vornehmen.

### **3. Stellungnahme der Kommission BTHG der Landespsychotherapeutenkammer Berlin zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Insbesondere zu den Ausführungen der medizinischen Rehabilitation schlägt die Kommission die folgenden Änderungen vor:

Betrifft: Kapitel 9 (Seite 39)

§ 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Absatz (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht und auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln.





Die Kommission schlägt vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

1. Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer nicht approbierter Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht und auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln. Im Falle der psychotherapeutischen Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedarf es der Abstimmung der somatischen und pharmakologischen Aspekte der Behandlung mit Ärzten.

Begründung: Zu den „anderen Heilberufen“ zählt auch die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Beide Berufsgruppen sind approbierte Heilberufe, die nach dem Erwerb der Fachkunde eigenverantwortlich psychotherapeutisch behandeln dürfen. Bei der Behandlung bzw. Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen bedarf es dabei keiner ärztlichen Aufsicht, sondern lediglich einer engen Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Ärzten.

SGB V, § 15 ermöglicht auch eine entsprechende psychotherapeutische Leitung einer Rehabilitationseinrichtung:

#### SGB VI, § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) ...in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschulten Personal...Die Reha-Einrichtung muss nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert.

Eine entsprechende Änderung in SGB V ist vorzunehmen.

#### SGB V, § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Absatz (2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die der (hier stationär: streichen) Behandlung der Patienten dienen, die

Satz 2 : fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Psychotherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Die Reha-Einrichtung muss nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert.

#### Betrifft: Kapitel 9 (Seite 40)

##### § 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Absatz (5) Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung

Die Kommission schlägt vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

(5) Psychotherapie durch approbierte Heilkundler

Begründung: Psychotherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation soll durch fachlich qualifizierte, approbierte Heilkundler erfolgen. Psychotherapien dürfen von entsprechend weitergebildeten bzw. ausgebildete Ärzten und Psychologen mit Approbation durchgeführt werden.



Die Kommission findet insbesondere zum Einbezug der psychisch Erkrankten die Analyse von Fritz Bremer „Bundesteilhabegesetz – wer wird am Ende teilhaben? Gefährdungen und Widersprüche“ sehr aufschlussreich und an dieser Stelle anzuführen. (vgl. [http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/bremer\\_teilhabe\\_bremer\\_.pdf](http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/bremer_teilhabe_bremer_.pdf))

Ergänzend hierzu liegen vor:

- Auswertung der Stellungnahmen der Fachverbände (Stlgn Fachverb zum BthG.pdf)
- Kommentar zur Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.5.2016 (Kommentar zur GKV Stlgn.pdf)

## C: DIE BEDEUTUNG VON PSYCHOTHERAPIE IM RAHMEN DES BTHG

### 1. Psychotherapie als Leistung in der Krankenbehandlung, in der Eingliederungshilfe und in der medizinischen Rehabilitation.

Im BTHG geht es an verschiedenen Stellen auch um psychotherapeutische Leistungen bzw. Leistungen von Psychotherapeuten. Allerdings geschieht dies oft nicht explizit und nicht im erforderlichen Maße und mit entsprechender Klarheit.

Psychotherapie ist Heilkunde. Der Einsatz von Psychotherapeuten als Handelnde und Fachkompetente ist jedoch nicht nur in der direkten Heilbehandlung von grundlegender Bedeutung. Psychotherapie findet in verschiedenen Kontexten statt, die in verschiedenen SGBs geregelt sind. Die Berücksichtigung des Kontextes ist dabei von erheblicher Bedeutung. Z. B. Psychotherapie im Rahmen des SGB VIII ist Anwendung von Psychotherapie in einem pädagogischen Kontext. Dies ist im SGB VIII im § 35 a und § 27 geregelt. (s. hierzu auch R. Wiesner: „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin, vorgelegt am 7.6.2005).

In den verschiedenen Publikationen der KJHG -Kommission der Berliner Kammer werden diese Zusammenhänge der Arbeit im Rahmen des SGB VIII (Kinder- und Jugendlichengesetz – KJHG), aufgezeigt. (vgl. Bertram KJHG Regelungen.pdf)

In der Kammerschriftenreihe der PTK Berlin, Nr. 1, ist das Gutachten von Prof. Nothacker veröffentlicht, in dem vermittelt wird, wie sich Psychotherapie in den versch. SGB's darstellt. (<http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/schriftenreihe/index.html>).

In einem Vortrag in der Psychotherapeutenkammer Berlin am 30.08.2012 „Finanzierung von Therapien von geistig behinderten Menschen“ hat Herr RA Dr. Matthias Zieger den Einsatz von Psychotherapie in verschiedenen Behandlungskontexten skizziert.

Auszug aus dem Vortrag von Matthias Zieger:

#### ➤ *Psychotherapie als Leistung der Eingliederungshilfe*

Das SGB IX regelt Teilhabe und Rehabilitationsleistung für Behinderte, das SGB XII, insbesondere § 54 die Teilhabe-Leistungen. Leistungen zur Teilhabe sollen

- Behinderungen abwenden, beseitigen oder mildern
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermeiden



- Teilhabe am Arbeitsleben sichern
- Persönliche Entwicklung fördern
- Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder erleichtern.

Das Gesetz formuliert einen Anspruch auf Eingliederungshilfe „wenn und solange Aussicht auf Erfolg besteht“.

Psychotherapie muss nicht unbedingt in Richtlinienverfahren (Anmerkung der Kommission: in diesem Kontext oft besser nicht im Rahmen der Richtlinien (SGB V), aber als wissenschaftlich begründetes Verfahren, den 4 Grundorientierungen der Psychotherapie folgend) erbracht werden. Sie ist veranlasst durch eine körperliche, seelische oder geistige Behinderung und dient nicht unmittelbar der Heilung, sondern die dadurch verursachte Beeinträchtigung in der Teilhabe am sozialen Leben zu beseitigen oder zu verringern und die Integration in die Gemeinschaft zu verbessern.

Im Berliner Rahmenvertrag §79 4. Fassung 2010 wird die Leistung der Integrierten Psychotherapie für Menschen mit seelischen Behinderungen nach dem SGB XII §53/54 geregelt. Sie ist Teil einer Komplexleistung der personenzentrierten Hilfen. Sie befähigt mittels psychotherapeutischer Methoden zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und dient der „Krankheitsbewältigung“. *„Alle Aktivitäten, die geeignet sind, den Prozess der Krankheitseinsicht und –verarbeitung zu unterstützen, zu begleiten und auf diese Weise eine psychische und körperliche Stabilisierung zu erreichen, werden diesem Leistungsbereich zugeordnet.“*

Integrierte psychotherapeutische Leistungen sind ausdrücklich als Leistungen beschrieben, die bei der Krankenkasse nicht beantragt werden können, weil die Klienten aufgrund ihrer Störungen und Beeinträchtigungen entsprechend des Abschnitts 2 zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen nach SGB V nicht in der Lage sind. Mitarbeiter, die die Leistungen erbringen, müssen über eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz verfügen.

#### ➤ *Psychotherapie als Leistung der medizinischen Rehabilitation*

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es „Behinderung, einschließlich chronischer Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, vor Verschlimmerung zu bewahren und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (§26 SGB IX).

Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen gehört ausdrücklich auch die Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen können Teil der medizinischen Rehabilitation sein, insbesondere bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, bei Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Information und Beratung von Bezugspersonen, zur seelischen Stabilisierung, zur Förderung der sozialen Kompetenz und zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten. Diese psychosozialen Annexleistungen versteht die medizinische Rehabilitation als untergeordnete Bestandteile.

Hier sollte auch die Mitarbeit der Psychotherapeuten nach Maßgabe ihrer benötigten Kompetenzen benannt sein (Psychotherapie, Beratung, Diagnostik, Begutachtung) ebenso fachliche Unterstützung bei peer-counseling, wo es nötig und gewünscht ist.

## 2. Warum ist die ICF hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit?

Mit der Einführung der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* ICF (WHO, 2001, Abb. 1) hat sich die Gesundheitsproblemdefinition verschoben: weg von einer primär symptomorientierten, hin zu einer *ganzheitlichen und Lebensspanneorientierten Sicht von Gesundheitsproblemen*. Psychische Erkrankungen, wie rezidivierende



affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch psychotische Erkrankungen, gehen für die Betroffenen mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben einher. Psychische Erkrankungen stellen einen zunehmend größeren Anteil an den Fällen von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung (DRV, 2014a; Lahelma et al., 2015; Gjesdal et al., 2008). Psychische Erkrankungen können leicht zu lebenslangen Erkrankungen werden (z.B. Stansfeld et al., 2008).

Ein ICF-orientiertes Gesundheits(problem)verständnis verfolgt die Perspektive, dass ein Patient auch mit einer chronischen Erkrankung und damit andauernder oder wiederkehrenden Symptomatik *in beruflichen und sozialen Lebensbezügen integriert* sein soll. Behinderung im Sinne der krankheitsbedingten Beeinträchtigung in bestimmten Lebensbereichen soll überwunden werden.

In der alltäglichen Psychotherapiepraxis sind derartige teilhabe- und rehabilitationsorientierte Inhalte seit jeher von großer Bedeutung. Häufig geht es um die Frage, wie ein Patient trotz Panikattacken aus dem Haus gehen kann, oder wie er mit einer ADHS-Erkrankung mit seiner Arbeitsorganisation und seinem Chef besser zurecht kommt, oder ob er ein phasenprophylaktisches Medikament bekommen sollte. Um in der Psychotherapie die ICF nutzbar zu machen, ist eine verfahrensübergreifende Orientierung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis sinnvoll. Dies liegt der ICF zugrunde.

Die ICF hilft auch sich zu vergegenwärtigen, dass verschiedene Behandlungen auf verschiedene Ebenen abzielen können: auf eine Reduktion von Krankheitssymptomatik (z.B. Angstmanagement, Exposition), eine Förderung von Bewältigungsfähigkeiten (z. B. soziales Kompetenztraining), und/oder eine Veränderung von Kontextfaktoren (z.B. Arbeitsplatzanpassung).

Insbesondere bei Langzeiterkrankungsverläufen hat die Behandlung zum großen Teil das Ziel der Förderung von Fähigkeiten und kontextbezogen der Teilhabe. Zu den Kernkompetenzen eines Psychotherapeuten muss es daher gehören, dieser Teilhabeorientierung in der Behandlung gerecht zu werden. Überdauernde Krankheitsverläufe findet man häufig in der stationären medizinischen Rehabilitation, jedoch auch in der Primärbehandlung. Daher sollten Psychotherapeuten sich mit den Behandlungsmöglichkeiten nicht nur von Krankheitsepisoden, sondern auch mit *Behandlung im Hinblick auf Krankheitsverläufe* auskennen.

Um dieser *Perspektive eines Fallmanagements* bspw. während einer Richtlinienpsychotherapie gerecht zu werden, benötigen Psychotherapeuten diesen ICF-basierten Blick für die „Lebensspanne“ und die „Kontextfaktoren“. Beides sind zentrale Säulen der ICF. Die rehabilitative Bedeutung der Psychotherapie ist auch im SGB IX hinterlegt (§ 26).

In allen hier berührten Fragestellungen sind das aktuelle und das zukünftige (jetzt als BTHG bezeichnete) SGB IX von ganz zentraler Bedeutung und auch der Einsatz von Psychotherapie in den verschiedenen Kontexten ist ohne dieses nicht verstehbar.

Deshalb wird diese Stellungnahme ergänzt durch eine ausführliche Beschreibung des heutigen SGB IX (vgl. Übersicht SGB IX und Leistungsgesetze.pdf) und eine genaue Beschreibung der durch das BTHG geplanten Veränderungen (vgl. Neuregelungen im SGB IX durch BTHG.pdf), sowie Gedanken zum Einbezug der Psychotherapie (vgl. BTHG Auswirkungen Teilhabe.pdf).

## D: AUSWIRKUNGEN UND UMSETZUNGEN DES BTHG AUF REGIONALER EBENE



Einleitend zu diesem Kapitel lässt sich feststellen, dass die erreichte Teilhabe für Menschen mit Behinderung im Land Berlin auf jeden Fall durch Ausführungsvorschriften erhalten und ausgebaut werden muss, im Sinne der Berliner Verfassung, niedergelegt im Artikel 11:

*„Artikel 11:*

*Menschen mit Behinderungen dürfen nicht benachteiligt werden. Das Land ist verpflichtet, für die gleichwertigen Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderung zu sorgen.“*

Darunter fallen das PsychKG, das KJHG-Gesetz, u.a.

Da das BTHG grundlegende Auswirkungen auf die mit diesem zusammenhängenden Leistungsgesetze hat, hat die Berliner Psychotherapeutenkammer mit der Senatsverwaltung für Jugend, Stabsstelle der Hilfen zur Erziehung) Kontakt aufgenommen, um die Auswirkungen beispielweise auf die KHJG- Psychotherapien, die sich in Berlin bewährt haben, zu besprechen. Das Bundesministerium für Jugend und Familie hatte einen Veränderungsentwurf des KJHGs vorgelegt, der alle Behinderungsarten im Leistungsbereich der Jugendhilfe sieht. Diese große Lösung war eine langjährige Forderung von Behindertenverbänden, die nun realisiert werden sollte. Dies wird auch von der Psychotherapeutenkammer begrüßt. Vertreter der Senatsverwaltung haben berichtet, dass der Wegfall vom § 35a, der heute den Rechtsanspruch auf Leistungen für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche sichert, und über den auch in Verbindung mit §27 KJHG die Psychotherapien bewilligt werden, das Vertragsrecht im Bereich der Hilfen zur Erziehung und die Rahmenvorgaben sowie die Arbeitsauffassung auf den jeweiligen Landesebenen komplett auf den Kopf gestellt hätten. Leistungsbeschreibungen und Trägerverträge hätten auch in Berlin neu gefasst werden müssen.

Ländervertreter haben dies bei der Anhörung im Bundesministerium verdeutlicht und konnten bewirken, dass die Leistungsgrundlage des § 35a für seelische Behinderungen erhalten bleibt. Der § 27 SGB VIII, über den die Psychotherapeutischen Leistungen in Berlin bewilligt werden, wird neu gefasst. Hier finden wir unter einem Dach alle Behinderungsarten und auch Hilfen für junge Volljährige, wenn sie bewilligt werden. Vertreter der Senatsverwaltung sehen die KJHG Psychotherapie in Berlin nicht grundsätzlich gefährdet. Da das KJHG zukünftig im stärkeren Maße ein Rehabilitationsgesetz wird, entsteht für die weitere Leistungsbeschreibung u. Finanzierung Entwicklungsbedarf (beispielsweise in der medizinischen, psychosomatischen Rehabilitation), wenn sie nicht über das SGB V finanziert wird. Hierbei soll auch auf die Fachexpertise der Berliner Psychotherapeutenkammer zurückgegriffen werden. Die neuen gesetzlichen Veränderungen in Leistungs- und Entgeltrecht in Berlin umzusetzen, auch die Schnittstellen in der Frühförderung mit Gesundheit zu beschreiben und Rahmenverträge mit den 12 Sozialpädiatrischen Zentren, die noch über das SGB XII finanziert werden, zu gestalten, wird die unterbesetzten Jugendämter und den Jugendsenat vor massive Herausforderungen stellen. Der Entwurf des KJHG wurde erst einmal zurückgezogen. Im Januar 2017 soll allerdings ein Entwurf einer kleineren Lösung vorgelegt werden, der das hier Gesagte mit einbezieht und dann weiter an einer großen Lösung gearbeitet werden.



## E. FAZIT DER BISHERIGEN BETRACHTUNGEN

Die Kommission begrüßt den mit dem BTHG gewählten zeitgemäßen moderneren Zugang zu Behinderung mit dem diesem zugrundeliegenden Menschenbild und das biopsychosoziale Grundmodell als explizierte Basis des Gesetzes. Die biologischen, psychischen und sozialen Aspekte sollen vom Anspruch des Gesetzestexts des BTHG entsprechend der ICF ganzheitlich-personenzentriert Anwendung finden und im Hinblick auf die Behinderung an der Teilhabe gleichrangig priorisiert sein.

Jedoch sind die psychischen Aspekte von Behinderung an Teilhabe in Quantität und Qualität im konkreten Gesetzestext und den darin enthaltenen Vorgaben zur Umsetzung deutlich unterrepräsentiert und auch qualitativ nur sehr unzureichend erfasst.

Sie stehen damit in deutlichem Widerspruch zum eigenen Anspruch des Gesetzestextes wie auch zur gesamtgesellschaftlichen Entwicklung insbesondere der letzten beiden Jahrzehnte und der in diesem Zeitraum entwickelten Prävalenz psychischer Erkrankungen. (vgl. Tabellen und Kommentar zu Fazit.pdf)

Sowohl im bisherigen SGB V-Bereich (vgl. Tabellen und Kommentar zu Fazit.pdf) bis hin zu den entsprechenden Fortsetzungen der Entwicklung in der bisherigen Eingliederungshilfe nach SGB XII für psychisch erkrankte Menschen, wie schließlich auch in der entsprechenden Entwicklung in der Rentenversicherung (vgl. Tabellen und Kommentar zu Fazit.pdf) beobachten wir mit Sorge eklatante Fallzahlensteigerungen wie in keinem anderen Behinderungsbereich.

Außerdem wird im BTHG in keiner Weise der Tatsache Rechnung getragen, dass gerade im stationär-psychiatrischen Bereich in den letzten Jahrzehnten flächendeckend Langzeit-/Chronikerbereiche massiv enthospitalisiert wurden, so dass heute die Bettenmessziffern in vielen Bundesländern halbiert wurden (Berlin ca. von 1,4 Betten auf 1000 Einwohner auf jetzt ca. 0,7 Betten auf 1000 Einwohner). Bei all diesen ehemaligen Langzeitpatienten bzw. chronisch erkrankten Menschen ist weiterhin von einer starken Behinderung an Teilhabe auszugehen, der jetzt im ambulanten bzw. komplementären Bereich adäquat begegnet werden muss. Auch wird hier der stärkere Einsatz psychotherapeutischer Vorgehens- und Betrachtungsweisen gefordert und als unbedingt notwendig eingeschätzt.

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung haben eine erhöhte Prävalenz psychische Erkrankungen zu erleiden (ca. 30-40%). Da sie im SGB V Bereich noch viel zu selten erreicht werden, muss auch hier der Staat subsidiär im SGB IX psychotherapeutische Angebote zur gleichwertigen Teilhabe, wie von der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert, vorhalten.

Von einer tatsächlichen Gleichstellung bzw. -berechtigung der von psychischer Behinderung und Erkrankung betroffenen Menschen mit z.B. körperbehinderten Menschen kann auch bei der verabschiedeten Fassung des BTHG und insbesondere den sich daraus ergebenden Umsetzungs- und Steuerungsinstrumentarien bei genauer Draufsicht nicht ohne weiteres ausgegangen werden. Vielmehr müssen für den Bereich der von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffenen Menschen dringend noch erhebliche Veränderungen in der landesbezogenen Umsetzung des Gesetzes für Berlin eingefordert werden, um den gegenwärtigen Versorgungsanforderungen im Bereich der von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffenen Menschen gerecht werden zu können.

(Folgende Leitfrage ist dabei relevant: Mit welcher Unterstützung/Hilfe könnte die psychische Barrierefreiheit erreicht werden?)

Alle Kostenträger - von den Krankenkassen über die Sozialhilfeträger bis hin zu den Rentenversicherungsträgern, gesetzliche Unfallkassen wie auch Berufsunfähigkeitsversicherungen problematisieren mit Nachdruck die eklatanten Fallzahlensteigerungen im Bereich der psychischen Erkrankungen. Die Umsetzung des BTHG wird trotz des Sparzwangs der öffentlichen Kassen,



dieser schwierigen Entwicklung Rechnung tragen müssen. Psychische Erkrankungen sind häufig keine Kurzzeiterkrankungen und verhindern nicht nur nicht, sondern bahnen in den derzeitigen (weil für den Personenkreis oft unzureichenden) Versorgungsstrukturen zu häufig den direktesten Weg in die verschiedenen Formen von Behinderung.

U. E. werden Menschen mit psychischen Erkrankungen im § 99, wenn überhaupt, nur völlig unzureichend bzw. in der praktischen Umsetzung nicht mit hinreichender Klarheit erfasst.

In der Praxis droht für diesen Personenkreis u. E. sogar das völlige Herausfallen aus dem Leistungsanspruch.

Berlin hat für Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr zukunftsweisende, insbesondere ambulante, Versorgungsstrukturen aufgebaut. (s. auch das KJHG und die Novellierung des PsychKG). In der landesbezogenen zukünftigen Umsetzung des BTHG bzgl. der Steuerung der Leistungen des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems gilt es dafür Sorge zu tragen, dass bewährte Strukturen aufrechterhalten und mit Blick auf die Zukunft, wo erforderlich, ausgebaut werden.

Hierbei muss auch der Bereich der gezielten Prävention psychischer Erkrankungen eine deutlichere Priorisierung erfahren.