2 2005
Mai
Juni
Juli
23. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung stellt nicht nur Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch Betreuer und Angehörige oftmals vor erhebliche Schwierigkeiten. Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensänderungen sind vielfältig. Sie können als Folge von bloßen Veränderungen im gewohnten Lebensumfeld auftreten, aber auch bei Überforderung, Unterstimulation und bei somatischen Erkrankungen. All diese möglichen Ursachen müssen vor einer fachspezifischen Intervention gezielt von psychiatrischen Krankheitsbildern abgegrenzt werden.

3 Editorial

4 **Themenschwerpunkt**
Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

■ **Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung**
Prävalenz, Ätiologie und Erscheindungsbilder.
Tatjana Voß, Seite 4

■ **Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung**
Zugang zu emotionalen Bedürfnissen und Motiven.
Anton Dosen, Seite 7

■ **Klientenzentrierte Psychotherapie für Menschen mit geistigen Behinderungen**
Der Bedarf an therapeutischen Angeboten wird zunehmend erkannt.
Marlis Pörtner, Seite 10

■ **Die Therapie der emotionalen Instabilität**
Störungen der Impulskontrolle sind bei geistig Behinderten und Menschen mit Lernbehinderten ein häufiges Problem.
Ewald Rahn, Seite 14

■ **Besonderheiten medizinischer Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung**
Ärzte haben nur vereinzelt Erfahrungen in der Differenzialdiagnostik von Verhaltensauffälligkeiten.
Jeanne Nicklas-Faust, Seite 18

■ **Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes**
Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung laufen Gefahr, von Leistungen ausgeschlossen zu werden.
Michael Seidel, Seite 23

■ **Raum für Ausdruck und Entfaltung**
Kreativ- und ergotherapeutische Angebote für psychisch kranke Erwachsene mit geistiger Behinderung.
Roland Spies, Ina Rohr und Rosemarie Camatta, Seite 25

■ **Wie in der Praxis Qualität entsteht...**
Rückwirkungen der Integration geistig behinderter Menschen auf die Qualität der Krisenintervention im Berliner Krisendienst Region Ost.
Sylvia Sigusch, Olaf Neumann, Seite 26

28 Spectrum

■ **Persönliches Budget – der Hebel zur Systemveränderung?**
Ein Kommentar von Franz Fink, Seite 28

■ **Wohin entwickeln sich die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg?**
Rechtsgutachten zeigt Möglichkeiten und Grenzen einer Finanzierung über das Sozialrecht auf.
Georg Schulte-Kemna, Seite 30

■ **Von der Gesellschaft vergessen**
Psychiatrie des 21. Jahrhunderts: Erfahrungen aus Makedonien.
Kneginja Richter, Günter Niklewski, Christl Hennig-Hornlein und Georg Endres, Seite 32

■ **Zum Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie**
Arbeitsgruppenergebnisse der BeB-Tagung „Psychiatrie und Gewalt“
Seite 34

■ **Neuer Weg zur sozialen Rehabilitation**
Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche zugunsten psychisch kranker Patienten
Günter Breese, Manfred Voepel und Joachim Schwerdtfeger, Seite 36

38 Nachrichten

39 Termine

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung stellt nicht nur Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch Betreuer und Angehörige oftmals vor erhebliche Schwierigkeiten. So sind die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten oder auch Verhaltensänderungen bei Menschen mit Intelligenzminderung vielfältig und mehrdeutig. Sie können als Folge von bloßen Veränderungen im gewohnten Lebensumfeld auftreten, aber auch bei Überforderung, Unterstimulation und ganz besonders bei somatischen Erkrankungen. All diese möglichen Ursachen müssen gezielt von psychiatrischen Krankheitsbildern gemäß ICD 10 abgegrenzt werden, damit die entsprechend notwendige fachspezifische medizinische, medikamentöse, therapeutische bzw. systemisch-lebensmilieuorientierte Intervention erfolgen kann.

Die Behandlung psychisch kranker geistig behinderter Menschen bedarf besonderer Expertise, Erfahrung und Sorgfalt. Behandlungszentren für geistig behinderte Menschen, die in der Regel Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern angeschlossen sind, gewährleisten das erforderliche diagnostische und therapeutische Spektrum. Schwierigkeiten bestehen oftmals an der Schnittstelle zur ambulanten Weiterbehandlung: nicht selten werden Empfehlungen nicht oder nur teilweise umgesetzt, fehlen Hausärzte, Psychiater und auch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die sich eine Basiskompetenz bei der Behandlung psychisch kranker geistig Behinderter erworben haben. So möchten wir mit dieser Ausgabe auch einen Beitrag dazu leisten, Schwellenängste bei der medizinischen und therapeutischen Betreuung geistig Behinderter zu überwinden.

Erstellt wurde diese Ausgabe vom Behandlungszentrum für geistig behinderte Erwachsene mit psychischen Erkrankungen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge in Berlin, deren Mitarbeiter Fr. Oberärztin Dr. T. Voß (Leiterin des Behandlungszentrums), Fr. C. Klinger (Stationsärztin), Fr. Camatta (Kunsttherapeutin), Fr. Rohr (Ergotherapeutin) und Hr. Spies (Musiktherapeut) unter Leitung von Chefarzt Prof. Dr. A. Diefenbacher in verschiedenen Beiträgen auf Schwerpunkte und Problembereiche aus dem stationären Bereich eingehen. Wir danken unseren Mitarbeitern Hr. Dr. Hübner für die Übersetzung eines Artikels aus dem Englischen, Hr. Dr. Böhm, Fr. Dipl.-Psych. Wellhöfer und Fr. Birkholz für ihre koordinierende Zuarbeit während der Planungsphase, bei der Erstellung einer Fallvignette und – nicht zuletzt – für die Schreibarbeit.

Wir freuen uns, mit dieser Ausgabe die Eröffnung unserer Spezialambulanz nach einjährigem Vorlauf an unserem Behandlungszentrum bekannt geben zu dürfen. Mit diesem einmaligen Angebot in Berlin hoffen wir, die ambulante Beratung, Diagnostik und Therapie für psychisch kranke geistig behinderte Menschen in dieser Region zu verbessern.

Dipl.-Med. Ute Golombek
Dr. med. Tatjana Voß
Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, MBA

Behandlungszentrum des Evangelischen Krankenhauses Elisabeth Herzberge Berlin

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Prävalenz, Ätiologie und Erscheinungsbilder psychischer Störungen sowie Differentialdiagnostik von Verhaltensstörungen

Von Tatjana Voß

Die zwei- bis dreifach erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (IM) konnte in wiederholten Studien beschrieben werden. Zur Beschreibung des Phänomens von gleichzeitigem Auftreten geistiger Behinderung mit psychischer Erkrankung wurde vor etwa 30 Jahren in den USA der prägnante, aber umstrittene Begriff der „dualen" oder „Doppeldiagnose" eingeführt. Dabei gestaltet sich die Diagnostik psychischer Erkrankungen in der Regel umso komplizierter, je schwerer die geistige Behinderung ausgeprägt ist. Und zwar nicht nur auf Grund einer erschwerten, z.B. nonverbalen Kommunikation, sondern auch angesichts eines Mangels an sozialer Kompetenz der Erkrankten, die zu einer inadäquaten Präsentation der Symptomatik, insbesondere bei affektiven Erkrankungen führt. Aber auch auf Seiten der Betreuer und behandelnden Ärzte/Therapeuten bestehen teils erhebliche Probleme im professionellen Umgang mit Menschen mit IM und psychischer Erkrankung. So kommt es zu häufig zu einer medizinisch nicht indizierten, unangemessen hohen und jahrzehntelang unverändert fortgeführten neuroleptischen Behandlung als „Minimalkonsens". In dem Beitrag wird auf Prävalenz, Ätiologie und Erscheinungsbilder psychischer Störungen sowie die Differentialdiagnostik von Verhaltensstörungen bei Menschen mit IM eingegangen.

Dr. med. Tatjana Voß, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin am Behandlungszentrum für psychisch kranke erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge, 10365 Berlin, Herzbergstraße 79, Tel. 030 / 54 72 49 03, T.Voss@keh-berlin.de

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben die erhöhte Prävalenz von Verhaltens- und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung belegt. Die genannten Zahlen schwanken zwischen 30 bis 80%, umso häufiger, je höher der Grad an geistiger Behinderung ist. Während Lund in einer skandinavischen Studie von 1985 z.B. noch von einer Häufigkeit schizophrener Psychosen von 3% ausgeht, fand z.B. Menolascino 1990 eine Erkrankungshäufigkeit von 25% allein für schizophrene Psychosen (in A. Dosen 1997). Die unterschiedlichen Angaben machen hierbei methodische Probleme deutlich. Zum einen wurden die Untersuchungen in unterschiedlichen Institutionen (Großklinik, Wohngruppe, Familie) durchgeführt. Weiterhin gestaltete sich die Differenzierung zwischen psychischer Erkrankung und Verhaltensauffälligkeit als schwierig, so dass häufig summatorische Angaben erfolgten. Schließlich werden unterschiedliche diagnostische Kriterien zu Grunde gelegt, so dass eine große Varianz der Zahlen zustande kam.

Diagnostische Besonderheiten

Auf Seiten der geistig behinderten Menschen führt die erhöhte Basisrate auffälligen Verhaltens zu besonderen Problemen bei der Diagnostik psychopathologischer Phänomene. Hinzu kommen ein vermindertes sprachliches Ausdrucksvermögen, ein vermindertes Sprachverständnis und eine Modifikation der Ausdrucksgestalt „üblicher" psychiatrischer Symptomatik. Das Erscheinungsbild psychischer Erkrankungen kann hierbei vielschichtig sein und wird oft zusätzlich durch Komorbidität „verschleiert". Schließlich beeinflussen hirnorganische Faktoren die „notwendige Diagnostik. Wenn abschließend noch eine unzulängliche anamnestische Datenlage, unvollständige oder fehlende Vorbefunde oder ein mangelhafter Grad von medizinischer Abklärung, z.B. auch von genetischen Aspekten, hinzu kommt, wird es immer schwieriger, eine fundierte, auf wissenschaftliche Kriterien beruhende Diagnose zu stellen.

Risikofaktoren für psychiatrische Komorbidität

Die Ursachen für das erhöhte Risiko geistig behinderter Menschen psychisch zu erkranken, sind in zahlreichen Publikationen festgehalten (u.a. Deb et al. 2001). Neben biologischen Faktoren wie zum Beispiel den häufig vorhandenen sensorischen Defiziten oder einer Epilepsieerkrankung, müssen vor allem Nebenwirkungen von Medikamenten in Betracht gezogen werden. Als psychische Faktoren erhöhen die aus der niedrigen Intelligenz resultierende, verminderte Stresstoleranz, unreife Abwehrmechanismen, die Unfähigkeit zum intellektuellen Problemlösen sowie langjährig erlernte, dysfunktionale Coping-Strategien das Risiko, psychisch zu erkranken. Schließlich kommen als soziale Faktoren noch Unter- bzw. Überstimulation, Konflikte im Umfeld, das erhöhte Risiko eines Missbrauches, Schwierigkeiten bei der Arbeit, in der Partnerschaft etc. hinzu. All diese Faktoren verstärken sich im Rahmen eines Vulnerabilitätskonzeptes gegenseitig. (L. Szymanski in: Bouras 1994). Insgesamt erscheinen Menschen mit geistiger Behinderung vor allem sensibler gegenüber den Folgen von physischer Erkrankung, sozialer Isolation, körperlichem oder sexuellem Missbrauch sowie Leistungsdruck.

Verhaltensauffälligkeiten

Die im Vergleich zur übrigen Bevölkerung auffallend hohe Häufigkeit der Anwendung von Psychopharmaka bei Menschen mit Intelligenzminderung (Deb und Fraser 1994: 5 mal höhere Dosierung, häufig Polypharmazie) erklärt sich allerdings nicht durch eine entsprechende Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen. Es

ist vielmehr davon auszugehen, dass die Medikamente hierbei nicht als Heil-, sondern als Disziplinierungsmittel bei geistig behinderten Menschen eingesetzt werden. Insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten („Challenging behaviour") werden Neuroleptika zu rasch, zu häufig und zu hoch dosiert eingesetzt, ohne dass es einen wissenschaftlichen Nachweis von deren Nutzen bei dieser Indikation gibt. Wenn zusätzlich von der Familie oder den Betreuern missverständlicherweise angenommen wird, dass dem herausfordernden Verhalten eine absichtsvoll gezielte Provokation innewohne, wird das störende Verhalten vielmehr zementiert, als günstig beeinflusst.

Tuinier und Verhoeven (1994) sowie Häßler (2000) wiesen auf die Dauer eines Verhaltensmusters als ein in der Entstehung von Verhaltensstereotypien kritischen Faktor hin. In ihrer Analyse der Problemverhaltensweisen wurde auch auf die Bedeutung von neurobiologischen Prozessen im Endorphin- und Serotoninsystems hingewiesen, so dass Stereotypien und Selbstverletzungsverhalten zur Reduktion von unangenehmen Wahrnehmungen dienen. Schließlich entwickeln sich Verhaltensstörungen zu autonomen Verhaltensweisen im Persönlichkeitsgefüge der Betroffenen und dienen dann als eigener Stimulus innerhalb eines sensibilisierten Nervensystems.

Dabei liegen 15% der Verhaltensauffälligkeiten eine körperliche Erkrankung, 15% eine rein psychiatrische Erkrankung (psychotisch, affektiv, Persönlichkeitsstörung) zu Grunde. In 29% besteht eine Kombination aus psychiatrischer und somatischer Erkrankung, so dass eine sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten unumgänglich ist.

Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten

In der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten kann es schwierig sein, die Phänomene der geistigen Behinderung von den psychopathologischen Veränderungen durch eine psychiatrische Erkrankung zu unterscheiden. So kommt es noch immer zum „Diagnostic overshadowing", d.h. zur Zuschreibung des psychopathologischen Verhaltens zur geistigen Behinderung. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, Diagnosemuster statt Einzelsymptome zu erfassen, besonderen Wert auf die Wahrnehmung von Veränderungen im Verhalten des Betroffenen zu legen und „behindertentypische" Verhaltensweisen (Angst/Scheu vor Kontakt versus Distanzlosigkeit, Impulsivität, kurze Konzentrationsspanne) zu berücksichtigen (Reiss in: Bouras 1994). Die betroffene Person sollte nach Möglichkeit in Alltagszusammenhängen beobachtet und untersucht werden (Ryan 2001). Bei einer notwendigen stationären Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten benötigt die Ärztin von den Betreuern bzw. Angehörigen Angaben zur Anamnese, über die zur Aufnahme führende akute Symptomatik sowie zu möglichen Bedingungszusammenhängen (funktionale Analyse). Nur dann kann eine adäquate Interpretation erfolgen. Ziel jeder Diagnostik bei dieser Klientel ist es, wie Anton Dosen schrieb, zu einem vertieften Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten zu kommen, welches sich nicht nur auf biologische Faktoren beschränkt, sondern entwicklungspsychologische, sozialpsychologische und psychodynamische Faktoren mit einbezieht.

Schizophrene Psychosen

Während die Prävalenz schizophrener Psychosen in der Normalbevölkerung ca. 1% beträgt, scheint sie bei Menschen mit geistiger Behinderung auf 3% erhöht zu sein. Als mögliche Ursachen der erhöhten Prävalenz werden sowohl eine Hirnschädigung als somatische Krankheitsdisposition, als auch die geistige Behinderung als psychosoziale Krankheitsdisposition angeführt. Versucht man nun, eine schizophrene Psychose gemäß ICD 10 bzw. DSM IV zu diagnostizieren mit den eindeutigen Erstrangsymptomen bzw. mehreren Zweitrangsymptomen, welche länger als einen Monat andauern, fällt es im Einzelfall nicht leicht, die „3 Eckpfeiler" der klinischen Schizophreniediagnose zu identifizieren:

- den Ausschluss aller differentialdiagnostischen Alternativen,
- die Exploration produktiven schizophrenen Erlebens (Halluzinationen, Wahn usw.) und insbesondere
- die Beobachtung und Interpretation schizophrenietypischen Verhaltens (katatone Symptome, Rückzug, Veränderung des Affektes). Diesen kommt bei geistig behinderten Menschen eine besondere Bedeutung zu. Dabei werden insbesondere katatone Symptome (Auffälligkeiten in der Motorik und in Bewegungsabläufen) fälschlicherweise als Verhaltensauffälligkeiten gewertet und eine prämorbid schon früh vorhandene Negativsymptomatik (Antriebs- und Teilnahmslosigkeit, Rückzug) fälschlicherweise als „behinderungsbedingt" interpretiert.

In der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten kann es schwierig sein, die Phänomene der geistigen Behinderung von den psychopathologischen Veränderungen durch eine psychiatrische Erkrankung zu unterscheiden

Wenn zusätzlich vorhandene körperliche Störungen die Wahrnehmung der Untersucherin vorrangig trübt, Halluzinationen als vermeintlich individualtypisches Verhalten fehlgedeutet werden und Veränderungen des Sprechens und Denkens auf Grund der vorhandenen Behinderung unbemerkt bleiben, erscheint die klinische Diagnose einer schizophrenen Psychose bei schwerer geistiger Behinderung kaum möglich bis unmöglich. Gleichwohl wird im Praxisalltag auf Grund des veränderten Alltagsverhaltens (z.B. schlägt sich auf die Augen und Ohren, schreit, schlägt grundlos zu) eine Verdachtsdiagnose auf Symptomebene (optische und akustische Halluzinationen, Verfolgungswahn) gestellt, ohne dass eine nosologische Zuordnung (Schizophrenie) gestellt werden kann. Diese symptomatische Diagnose ist jedoch in der Regel ausreichend zur Behandlung, wie z.B. in diesem Fall mit einem Neuroleptikum. Hierbei sind jedoch gewisse Besonderheiten zu beachten (Dosen 1997).

Psychopharmakotherapie

So besteht bei Menschen mit geistiger Behinderung auf Grund deren Hirnschädigung generell ein erhöhtes Risiko von extrapyramidal-motorischen Störungen

Während die Prävalenz schizophrener Psychosen in der Normalbevölkerung ca. 1% beträgt, scheint sie bei Menschen mit geistiger Behinderung auf 3% erhöht zu sein

Bedauerlicherweise erhalten geistig behinderte Menschen in der Realität häufig einen Cocktail verschiedener, hochdosierter Psychopharmaka, ohne dass eine fundierte Diagnose erstellt wurde

wie zum Beispiel Steifigkeit in den Extremitäten, Zittern, Bewegungsunruhe im Gesichtsbereich mit Muskelanspannungen. Deren Diagnostik ist zusätzlich auf Grund der häufig vorliegenden motorischen Störungen erschwert. Auch ist eine weitere Beeinträchtigung der ohnehin schon reduzierten kognitiven Funktionen durch eine neuroleptische Langzeitbehandlung besonders kritisch anzusehen. Auf Grund der erschwerten Möglichkeit der verbalen Kommunikation können, last not least, geistig behinderte Menschen subjektiv als störend erlebte Nebenwirkungen (Steifigkeit, verminderte Zungenbeweglichkeit, Sehstörungen) nicht mitteilen.

Daher gelten die 1990 von Gaedt formulierten Forderungen zur psychopharmakologischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin als erstrebenswert. Die Frage, ob das Behandlungsziel auch durch andere, nicht medikamentöse Methoden, erreicht werden kann, steht dabei an erster Stelle. Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes inklusive zusätzlicher, z.B. psychotherapeutischer oder soziotherapeutischer Maßnahmen ist dabei ebenso wichtig, wie insbesondere eine zeitliche Befristung der Psychopharmakaverordnung mit vorherigem Zeitplan für Kontrollen. Eine regelmäßige Dokumentation der Zielsymptome, von Wirkung und Nebenwirkung ist dabei ebenso selbstverständlich wie eine Beendigung der Medikation, wenn diese nicht innerhalb eines Jahres den angestrebten Erfolg erzielt hat.

Angesichts der steigenden Lebenserwartung geistig behinderter Menschen entsprechend der sich verschiebenden Alterspyramide sind die Ärzte, Therapeuten und Betreuer in Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch in Wohngruppen, Werkstätten und Tagesförderbereichen aufgefordert, sich dieser Thematik in Fort- und Weiterbildung mehr zuzuwenden

Bedauerlicherweise erhalten geistig behinderte Menschen in der Realität häufig einen Cocktail verschiedener, hochdosierter Psychopharmaka, ohne dass eine fundierte Diagnose erstellt wurde und insbesondere ohne dass ein wesentlicher Erfolg durch die nebenwirkungsbehaftete Medikation erzielt werden konnte.

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) und Down-Syndrom (DS)

Die enge Beziehung von Down-Syndrom und Alzheimer-Demenz wurde bereits vor über 100 Jahren beschrieben. Es ist inzwischen gut untersucht, dass sich bei quasi allen Down-Syndrom-Betroffenen ab dem 40. Lebensjahr alzheimertypische Gehirnveränderungen nachweisen lassen, aber nur jeder Dritte letztendlich an einer DAT erkrankt. Demgegenüber sind die Zahlen zur Prävalenz von Demenzen bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung ohne Down-Syndrom widersprüchlich und berichten teils von einer signifikant erhöhten Prävalenz (Cooper 1997), während Zigman et al. (2004) keine erhöhte Prävalenz für Demenz bei Menschen mit IM feststellen konnten.

Die klinischen Frühsymptome der Demenz (nach Evenhuis 1990) mit Apathie, Tagesschläfrigkeit, Verlust von Selbsthilfefertigkeiten und sozialem Rückzug, bestehen dabei in einer überwiegend „nicht kognitiven" Psychopathologie. Auch vor dem Hintergrund einer niedrigeren Rollenerwartung bei älteren, geistig behinderten Menschen dauert es in der Regel länger als die üblichen 2 bis 3 Jahre, bis diese unspezifischen Krankheitssymptome nicht als Verhaltensstörung, sondern als beginnende Demenz identifiziert werden. Diese zeitliche Latenz bis zur richtigen Diagnosestellung ist problematisch, weil dadurch wertvolle Zeit zur Förderung und zum Erhalt von Kompetenzen verloren geht. Neben dem Behandlungsziel, das noch vorhandene Funktionsniveau zu stärken und so dem erkrankten, geistig behinderten dementen Menschen möglichst lange einen Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung zu ermöglichen, sollten zusätzlich im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes Selbstständigkeit und Wohlbefinden gestützt werden.

Inzwischen liegen wenige Studien zur Behandlung von DAT bei DS mit Acetylcholinesterasehemmern vor. Neben den üblichen Nebenwirkungen (Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Leberbelastung) scheinen auch geistig behinderte Menschen von modernen Behandlungsstrategien der Demenz zu profitieren.

Angesichts der steigenden Lebenserwartung geistig behinderter Menschen entsprechend der sich verschiebenden Alterspyramide sind die Ärzte, Therapeuten und Betreuer in Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch in Wohngruppen, Werkstätten und Tagesförderbereichen aufgefordert, sich dieser Thematik in Fort- und Weiterbildung mehr zuzuwenden, um auch geistig behinderten Menschen eine Behandlung und Betreuung gemäß der aktuell gültigen Therapiestandards zu ermöglichen.

Diagnostik und Therapie am Behandlungszentrum des Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge

Im Berliner Behandlungszentrum für psychisch kranke erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung werden 32 Behandlungsplätze auf zwei Stationen zur Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen bereitgestellt. In multiprofessionellen Teams wird innerhalb von 14 Tagen eine umfassende somatische, entwicklungspsychologische und psychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung des Umfeldes mit Betreuern, Angehörigen und ambulanten Behandlern durchgeführt. Zusammen mit diesen erstellen wir dann einen störungsspezifischen Gesamtbehandlungsplan, in dem wir uns unter Beachtung der personellen Kontinuität bemühen, vorhandene Stärken der erkrankten Menschen zu nutzen. Durch engmaschige Rücksprache mit dem komplementären System mittels Helferkonferenzen, täglicher Erreichbarkeit in Telefonsprechstunden sowie Angehörigengruppen versuchen wir, bei den Betreuern ein möglichst weit reichendes Verständnis für die Genese der Störung und deren Behandlung / Nachsorge zu erreichen. Nur so kann unseres Erachtens ein optimaler sozialer Empfangsraum für den Genesenden in alter oder neuer Umgebung erreicht werden.

Literatur

Dosen A (1997) Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen". Gustav Fischer Verlag
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (2002) "Eine behinderte Medizin?!" Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfeverlag Marburg
Bouras N (1994) Mental Health in Mental Retardation. Cambridge University Press.
Cooper SA (1997) High Prevalence of Dementia among People with Learning Disabilities not Attribute to Down Syndrome. Psychological Medicine 27: 609-616
Deb S, Matthews T, Holt G, Bouras N (2001) Practice Guidelines for the assessment of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability. Brighton Verlag
Deb S, Fraser W (1994) The Use of Psychotropic Medication in People with Learning Disability: Toward Rational Prescribing. Human Psychopharmakology 9: 259-272
Evenhuis HM (1990) The Natural History of Dementia in Down Syndrom. Archives of Neurology 47: 263-267
Gaedt C (1997) Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In Dosen A: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Gustav Fischer Verlag
Häßler F, Fegert JM (2000) Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Schattauer Verlag
Lund J (1985) The Prevalence of Psychiatric Morbidity in Mentally Retarded Adults. Acta Psychiatrica Scandinavica 72
Menolascino F (1997) Developmental Aspects of Mental Retardation. in Dosen A: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Gustav Fischer Verlag
Ryan R (2001) Handbook of Mental Health Care for Persons with Developmental Disabilities. City Press
Tuinier S, Verhoeven WMA (1994) Pharmacological Advances in Mental Retardation: A Need for Reconceptualization. Current Opinion in Psychiatry 7
Zigman W et al. (2004) Incidence and Prevalence of Dementia in Elderly Adults With Mental Retardation Without Down Syndrome. American Journal on Mental Retardation. Vol 109 (2): 126-41.

Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischen Störungen

Evaluation des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus ermöglicht Zugang zu den emotionalen Bedürfnissen und Motiven

Von Anton Dosen

Neben der Evaluation des kognitiven Entwicklungsstandes eines Menschen mit geistiger Behinderung kommt der Evaluation des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus besondere Bedeutung zu. Diskrepanzen zwischen der kognitiven und der emotionalen Entwicklungsstufe gehen häufig mit Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrischen Störungen einher. Auf der Grundlage einer umfassenden Untersuchung mit besonderem Blick auf die Entwicklungsperspektive kann eine integrative Diagnose gestellt werden, die einen umfassenden und komplexen Behandlungsplan ermöglicht. Das Erfassen der Stufe der Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht Zugang zu den emotionalen Bedürfnissen und Motiven eines Menschen mit geistiger Behinderung.

Geistige Behinderung oder mentale Retardation (MR) ist durch eine niedrige kognitive Entwicklung (IQ < 70), gleichzeitige Defizite bzw. Beeinträchtigungen der sozialen Anpassungsfähigkeit mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr definiert (DSM IV-1994). Menschen mit MR sind oft zusätzlich durch Verhaltensprobleme und psychiatrische Störungen belastet. Verschiedene epidemiologische Studien haben gezeigt, daß Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Störungen in dieser Population 3 bis 5 mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auftreten.

Das traditionelle Konzept von geistiger Behinderung, in dem die Retardierung der kognitiven Entwicklung im Mittelpunkt steht, gilt als überholt. Bei den betroffenen Personen sind eine Reihe weiterer psychosozialer Dimensionen, wie die soziale, emotionale, sexuelle, moralische oder spirituelle Entwicklung retardiert, was sich unter ganzheitlichem Aspekt als verzögerte Persönlichkeitsentwicklung beschreiben lässt.

Die Probleme des Assessments und der diagnostischen Einschätzung von psychiatrischen Störungen sind zu einem großen Teil durch die Anwendung kategorialer diagnostischer Systeme wie das DSM- oder das ICD-Klassifikationssystem verursacht. Diese Systeme wurden für Menschen mit durchschnittlicher kognitiver Entwicklung entwickelt und sind aus diesem Grunde für die spezifischen bio-psycho-sozialen Faktoren von Menschen mit MR unzureichend. Eine Reihe von Fachleuten haben Versuche unternommen, angepasste oder gleichwertige diagnostische Kriterien für Personen mit MR zu entwickeln, sie basieren in der Regel auf der phänomenologischen Diagnostik. Jedoch ist der Nutzen dieser angepassten diagnostischen Kriterien für Personen von besonders niedrigem Entwicklungsstand weiterhin fraglich. Die Einordnung von Symptomen, die sich auf der Verhaltensebene zeigen, sind insbesondere bei Personen mit stärkeren Formen von MR wenig differenziert und kaum diagnosespezifisch.

Spezielle intrapsychische und innerdynamische Probleme dieser Menschen sind sehr schwierig zu evaluieren und üblicherweise nicht der Fokus der Untersuchungen. Daher setzen sich zunehmend Ansätze, die dimensionale, genetische und funktionelle Aspekte bei der Erstellung einer Diagnose berücksichtigen, bei dieser Population durch (Sturmey 1999, Moss 1999).

Prof. Dr. Anton Dosen, Torenstraat 21, 5268 AR Helvoirt, Niederlande, Tel. 00314 11642241. Übersetzung aus dem Englischen : Dr. Hans Hübner, Oberarzt, an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge Berlin

In unserer Praxis steht die Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive im Zentrum der Evaluation und verbindet diese mit der gegenwärtigen kategorialen phänomenologischen Diagnostik

In unserer Praxis steht die Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive im Zentrum der Evaluation und verbindet diese mit der gegenwärtigen kategorialen phänomenologischen Diagnostik (Dosen 2005 b). Mit diesem Ansatz fokussieren wir auf die Persönlichkeitscharakteristika des jeweiligen Entwicklungsniveaus und auf Verbindungen zwischen Persönlichkeitsentwicklung, Verhaltens- und psychiatrischen Störungen. Eine psychologische Evaluation der verschiedenen psychosozialen Aspekte einer Person ist ein wichtiger Teil dieses Ansatzes und ein wichtiger Beitrag für die psychiatrische Diagnosestellung.

Entwicklungsperspektive im psychiatrischen Assessment und in der Diagnostik

Entsprechend des von unserer Praxis bevorzugten Ansatzes mit Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive (Dosen 2005 a) gehen Kinder mit MR durch die gleichen universalen Entwicklungsstufen der psychosozialen Entwicklung wie nicht behinderte Kinder. Auf jeder Entwicklungsstufe vollbringt das Kind eine neue psychosoziale Anpassungsleistung, die durch interne und externe Umstände bedingt ist. Die Fähigkeit, adäquate Anpassungen zu entwickeln, hängt von den biopsycho-sozialen Konditionen des Kindes und von der Unterstützung der Umgebung ab. Auf jeder Stufe wird das Kind die für diesen Entwicklungsabschnitt charakteristischen Verhaltensweisen zeigen.

Unangepaßtes oder maladaptives Verhalten mit jeweils stufenspezifischen Verhaltensmustern kann sich bei inadäquaten Adaptationsleistungen oder bei Schwierigkeiten, mit ungünstigen Lebensumständen und Entwicklungsbedingungen fertig zu werden, entwickeln. Maladaptive Verhaltensweisen können durch verschiedene interne oder externe schädigende Stimuli hervorgerufen werden und zu verschiedenen klinisch-psychiatrischen Bildern führen (Rutter 1980, Cicchetti 1984, Harris 1998, van Praag 2000).

Die Entwicklungsperspektive eröffnet einen etwas anderen Gesichtspunkt als die traditionelle Perspektive bezüglich der Psychopathologie von Personen mit MR. Der wichtige Hinweis ist hierbei die Kenntnis des jeweiligen Entwicklungsniveaus der betroffenen Personen. Unter Entwicklungsstufe verstehen wir die kognitive, soziale und emotionale Stufe der Persönlichkeitsentwicklung. Wenn wir die jeweilige Entwicklungsstufe kennen, können wir das spezifische, der Entwicklungsstufe entsprechende Verhalten erwarten, aber auch Gesichtspunkte von stufengerechtem maladaptiven Verhalten erkennen. Durch Kenntnis der Entwicklungsstufen können wir die grundlegenden emotionalen Bedürfnisse und Motivationen der Person erfassen und verstehen – indem wir auch bio-, psycho- und soziale Aspekte einbeziehen – warum gewisse Stimuli und Erfahrungen für die betroffene Person frustrierend und stressvoll sind. Indem wir die Ursachen des fehlerhaften Copings und das maladaptive Verhalten erkennen, können wir die Prozesse verstehen, die zu einem besonderen klinisch-psychiatrischen Bild geführt haben.

Zusammenfassend sei gesagt, daß wir eine psychiatrische Diagnostik bei Personen mit MR, die ausschließlich auf der Basis der Beobachtung von Verhalten beruht, als insuffizient erachten. Das Verstehen dieser Personen im Sinne von Karl Jaspers bezüglich ihrer Gefühle, Gedanken, Coping-Fähigkeiten, Schutz- und Risikofaktoren ist für eine adäquate Diagnostik notwendig.

Beitrag der psychologischen Untersuchung für psychiatrische Diagnose

Assessment und Diagnostik werden in unserer Praxis durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt. Die psychologische Evaluation einer Person stellt dabei einen zentralen Beitrag für das psychiatrische, generell körperliche, neurologische und milieubezogene Assessment dar

Assessment und Diagnostik werden in unserer Praxis durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt. Die psychologische Evaluation einer Person stellt dabei einen zentralen Beitrag für das psychiatrische, generell körperliche, neurologische und milieubezogene Assessment dar.

Für die psychologische Untersuchung sind verschiedene standardisierte Tests zur Untersuchung der kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklung erhältlich. Die Untersuchung der emotionalen Entwicklung stellt wegen des Fehlens eines passenden Untersuchungsinstrumentes ein Problem dar. Für unsere Praxis haben wir eine Skala für die Einschätzung der emotionalen Entwicklung erarbeitet (Dosen 2005 a). Diese Skala ist bisher nicht validiert worden. In der Praxis benutzen wir sie zusätzlich zu der „Vineland Adaptive Behaviour Scale“ und finden normalerweise eine gute Übereinstimmung zwischen den Skalen. Ein wichtiger Zweck der Erfassung der Entwicklungsstufe ist die Bestimmung der Stufe der Persönlichkeitsentwicklung.

Nur in den Fällen, in denen die kognitive, soziale und emotionale Entwicklungsstufe sich auf der gleichen Höhe befindet, sprechen wir von einer einheitlichen Stufe in der Persönlichkeitsentwicklung. In Fällen einer Diskrepanz zwischen kognitiver, sozialer und emotionaler Entwicklungsstufe ist das eindeutige Bestimmen einer Stufe der Persönlichkeitsentwicklung unsicher. Wir sprechen in solchen Fällen von labiler Persönlichkeitsentwicklung und nehmen an, dass solch eine Person in seiner/ihrer psychosozialen Funktion nicht stabil und für das Auftreten von Verhaltensstörungen und psychiatrischen Störungen vulnerabel ist. Ein Auseinanderklaffen von kognitiver und emotionaler Entwicklungsstufe ist unter Personen mit MR mit psychiatrischen Störungen auf der Basis unserer Erfahrungen eine sehr häufige Beobachtung. Üblicherweise ist das emotionale Niveau niedriger als das kognitive, was entscheidend für maladaptive Verhaltensformen und für Symptome einer psychiatrischen Störung ist (Dosen 2005 b).

Die integrative Diagnose

Der Weg zur Stellung einer umfassenden Diagnose führt durch die folgenden Untersuchungsschritte:

- Evaluation der Problemlage,
- Aktuelle Anamnese und Entwicklungsanamnese,
- Biologische Aspekte,
- Körperliche Untersuchung,

Frustration der kommunikativen Kontaktwünsche

Fallvignette aus dem Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (Fr. Dipl.-Psych. B. Wellhöfer, Fr. OÄ Dr. med. T. Voß).

Ein 35 jähriger Mann, im folgenden Herr K. genannt, mit mittelgradiger Intelligenzminderung wurde wegen aggressiver Verhaltensweisen ins BHZ aufgenommen. Auf seinem Weg allein zur Arbeitsstelle hatte er sich in öffentlichen Verkehrsmitteln aggressiv gegenüber Fahrgästen verhalten und Sachen beschädigt. Ebenso war es in der Wohnstätte zu Aggressionen gekommen. Psychopathologisch ergab die Aufnahmeuntersuchung bei Herrn K. ein mittelschwer depressives Syndrom mit Niedergestimmtheit, Interessenmangel, Freudlosigkeit, Appetit – und Schlafstörungen und Gereiztheit.

Die psychologische Eingangsuntersuchung Herrn K's mittels „Snijders-Oomen Intelligenztest" ergab ein durchschnittliches Referenzalter von 5 Jahren und 10 Monaten, d. h. entsprechend seiner mittelgradigen geistigen Behinderung. Seine sogenannte fluide Intelligenz (Flüssigkeit der Umstellung, Kombinationsfähigkeit, Orientierung in neuen Situationen), gemessen mit dem „Progressiven Matrizen Test" für Kinder, lag mit einem Referenzalter von 7 Jahren darüber.

Die daraufhin durchgeführte Untersuchung des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus nach Dosen, welches zehn verschiedene Aspekte der normalen emotionalen Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen bis zum 11. Lebensjahr untersucht, zeigte schließlich eine disharmonische Ausprägung der in diesem Verfahren untersuchten Merkmale bei Herrn K.

Sein sozio-emotionales Entwicklungsniveau wich insbesondere hinsichtlich seiner verbalen Kommunikationsfähigkeit mit einem Sprechvermögen entsprechend eines 3 Jahre alten Kindes ganz erheblich vom seinem sonstigen kognitiven Niveau ab. Ebenso ergab die Untersuchung eine Entwicklungsblockade Herrn K's hinsichtlich seiner Fähigkeiten zur Unterscheidung von Gefühlen („Affektentwicklung" nach Dosen) sowie bei der Steuerung von Wut und Aggressionen.

Somit konnten wir als Auslöser des depressiv-dysphorischen Syndroms mit Hilfe des Beurteilungsschemas nach A. Dosen bei Herrn K. nicht nur Wunschversagen („ Er bekommt nicht, was er will, und daher schlägt er zu..."), sondern insbesondere eine Frustration seiner kommunikativen Kontaktwünsche eruieren. Das aggressive Verhalten war unseres Erachtens nach darauf zurückzuführen, dass der niedrige sozio-emotionale Entwicklungsstand im Vergleich zum kognitiven Niveau Herr K. die Kompensation des unzureichenden Sprachvermögens nicht ermöglichte. Angesichts des hohen Wertes der Arbeit für das Selbstwertgefühl von Herrn K. nahmen wir von unserer initialen Idee, Herrn K. in eine stärker beschütze Arbeitsumgebung wechseln zu lassen, Abstand. Wir empfahlen statt dessen zunächst eine Sprachförderung unseres Patienten.

Zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit Herrn K's wurde ein Kontakt zu einem heilpädagogischen Kommunikationsinstitut hergestellt. Weiterhin empfahlen wir den Betreuern eine generelle Reduktion der Belastung in Wohnheim und Werkstatt. Die Katamnese nach 10 Monaten ergab, dass das aggressive Verhalten im Zeitverlauf deutlich nachgelassen hatte, aber als neue Auffälligkeit Diebstähle aufgetreten waren. Da die empfohlene Kommunikationsförderung noch nicht umgesetzt worden war, bekräftigten wir im Rahmen unserer Nachfrage diese Empfehlung.

- Psychische Befunderhebung,
- Evaluation der Stufen der kognitiven, sozialen, emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung,
- Grundlegende emotionale Bedürfnisse und Motivationen erfassen,
- Verhaltenseinschätzung (adaptiv – maladaptiv),
- Ursächliche Mechanismen für Verhaltensstörungen ermitteln, ggf. unter dem Aspekt einer psychiatrischen Störung. In Zusammenschau aller Untersuchungsergebnisse erfolgt eine Interpretation der Befunde und spezifischen Symptome sowie eine integrative Diagnose, auf deren Grundlage ein komplexer Behandlungsplan ausgearbeitet werden kann.

Die integrative Diagnose, bestehend aus einer am Entwicklungsstand orientierten psychiatrischen, funktionellen und genetischen Diagnose, ist das Ergebnis einer ganzheitlichen Wahrnehmung, Einordnung und Bewertung der Probleme der betroffenen Person. Dem Bemühen um Verständnis pathogenetischer Mechanismen bei der Manifestation der psychischen Störung kommt im Rahmen der integrativen Diagnosestellung besondere Bedeutung zu (s. Dosen 2005 b).

In Zusammenschau aller Untersuchungsergebnisse erfolgt eine Interpretation der Befunde und spezifischen Symptome sowie das Stellen einer integrativen Diagnose, auf deren Grundlage ein komplexer Behandlungsplan ausgearbeitet werden kann

Die Behandlung

Bei Personen mit MR ist nicht nur die kognitive Entwicklung beeinträchtigt, sondern auch andere Aspekte des psychosozialen Lebens

In unserer Praxis basiert die Behandlung auf der zuvor gestellten integrativen Diagnose und besteht aus vier Dimensionen: der biologischen, psychologischen, sozialen und entwicklungsorientierten Dimension. Der Mechanismus der Pathogenese der Störung ist entscheidend für die Behandlungsstrategie. Wir nennen diesen Behandlungsansatz die integrative Behandlung (siehe Dosen und Day 2001). Das Niveau der Persönlichkeits- und emotionalen Entwicklung ist entscheidend für das Finden einer Strategie, grundlegende emotionale Bedürfnisse der betroffenen Person zufriedenzustellen und ungünstige und stressvolle Erfahrungen zu vermeiden. Medikamente werden gewöhnlicherweise in der ersten Phase der Behandlung bei schweren Verläufen oder spezifischer Psychopathologie eingesetzt, wie beispielsweise bei psychotischen Störungen oder schweren Formen einer Depression.

In weniger schwerwiegenden Fällen wird – wenn erforderlich – Medikation in der Regel zur Unterstützung einer Behandlung genutzt. Die soziale Dimension der therapeutischen Intervention betrifft eine Anpassung der Umwelt an die Grundbedürfnisse der Person, die psychologische Dimension betrifft die Arbeit mit der betroffenen Person durch psychotherapeutische Ansätze (für eine Übersicht der gegenwärtigen Behandlungsmethoden siehe Dosen und Day 2001).

Schlussfolgerung

Bei Personen mit MR ist nicht nur die kognitive Entwicklung beeinträchtigt, sondern auch andere Aspekte des psychosozialen Lebens. Alle diese Aspekte können eine Rolle in der Psychopathologie des Individuums spielen. Bei unserer Diagnostik und Behandlung fokussieren wir unter anderem auf die Persönlichkeitsentwicklung der betroffenen Person und auf die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren der psychiatrischen Störung. Die Erhebungsinstrumente für die Bestimmung der Persönlichkeitsentwicklung von Personen mit MR bedürfen weiterer wissenschaftlicher Forschung und Validierung.

Literatur

Cicchetti D (1984) The emergence of developmental psychopathology. Child Development 55: 1-7.
Dosen A (2005 a) Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I. Journal of Intellectual Disability Research 49, 1: 1-8
Dosen A (2005 b) Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability; part II – diagnosis. Journal of Intellectual Disability Research 49, 1: 9-15
Dosen A., Day K (2001) Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. American Psychiatric Press, Washington.
DSM IV (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington
Harris J (1998) Developmental neuropsychiatry, vol. I. Oxford Univ. Press, Oxford
Moss S (1999) Assessment; conceptual issues. In Bouras N (ed.): Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation. Cambridge Univ. Press, Cambridge
Praag van HM (2000) Nosologomania. A disorder of psychiatry. World Journal of Biological Psychiatry 1: 151-158
Rutter M (1980) Developmental Psychiatry. W. Heineman Med. Books; London
Sturmey P (1999) Classification; concepts, progress and future. In Bouras N. (ed.): Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation. Cambridge Univ. Press, Cambridge.

Klientenzentrierte Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Bedarf an therapeutischen Angeboten zunehmend erkannt / Bisher wenige Therapeuten mit diesem Fachgebiet vertraut / Förderliche Bedingungen für den Alltag

Von Marlis Pörtner

Marlis Pörtner, Dipl. Psych., Psychotherapeutin SPV/SGGT, mpoertner@bluewin.ch

Im folgenden Beitrag werden die besonderen Rahmenbedingungen und Anforderungen der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen, sowie spezifische Aspekte des therapeutischen Prozesses beschrieben. Es wird dargestellt, weshalb die klientenzentrierte (oder personzentrierte) Psychotherapie – bei schweren Behinderungen in Verbindung mit Prä-Therapie – für diese Personengruppe besonders geeignet ist. Und es wird auf die Notwendigkeit förderlicher Bedingungen im Alltag hingewiesen.

Dass Menschen mit geistiger Behinderung überdurchschnittlich häufig an psychischen Störungen leiden und daher psychotherapeutische Angebote brauchen, wird seit den 1980-er Jahren zunehmend erkannt, zumindest soweit es leichter behinderte Menschen betrifft. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung hingegen werden oft vorschnell als „nicht therapiefähig" eingestuft. Obwohl Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung in der Literatur und auf Kongressen vermehrt zum Thema geworden ist (z.B. Hennicke & Rothaus 1993; Lotz, Koch & Stahl 1994; Lotz, Stahl & Irblich 1996), gibt es in der Praxis nach wie vor nur wenige Psychotherapeutinnen, die sich für dieses Spezialgebiet interessieren, wohl auch deshalb, weil es in psychotherapeutischen Ausbildungen kaum vorkommt.

Psychotherapie möglich und sinnvoll?

Das ist bedauerlich – nicht nur für die behinderten Menschen, denen

Psychotherapie helfen könnte, sondern auch für die Psychotherapeuten selber, denn sie könnten hier wertvolle Erfahrungen für ihre gesamte therapeutische Tätigkeit sammeln. Die Anforderung sich in das „Anderssein“ anderer Menschen einzufühlen und Zugang zu finden zu ihrer – vielleicht befremdlichen – inneren Welt, spielt bei diesem Personenkreis eine besonders große Rolle. Doch sie stellt sich in jeder Psychotherapie, auch wenn bei nicht behinderten Menschen das Anderssein weniger offenkundig erscheint. Das Erleben eines jeden Menschen ist anders in seiner Ausprägung und in seinen Nuancen. Diese genau zu erfassen, ist entscheidend für den therapeutischen Prozess, denn das subjektive Erleben ist der Schlüssel zum Verstehen und der Angelpunkt für Veränderung. In der klientenzentrierten Psychotherapie ist deshalb Einfühlung in die subjektive Welt anderer Menschen eine zentrale Anforderung an die psychotherapeutische Fachkompetenz.

Bedingungen bieten, die Veränderung ermöglichen

Es gibt auch grundsätzliche Einwände gegen Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung im Sinne von, man solle sie „„akzeptieren statt therapieren“. (Stahl in: Lotz, Stahl & Irblich 1996, S.20). Doch aus personzentrierter Sicht sind Psychotherapie und akzeptierende Haltung kein Widerspruch. Im Gegenteil: Menschen zu akzeptieren, wie sie sind, wird als eine Grundbedingung betrachtet, die den therapeutischen Prozess erst ermöglicht. Menschen mit geistiger Behinderung so zu akzeptieren, wie sie sind, bedeutet daher keineswegs, ihnen keine Entwicklungschancen mehr einzuräumen. Es braucht beides: behinderte Menschen annehmen, wie sie sind, und ihnen zugleich Entwicklungsschritte zutrauen, aufmerksam darauf achten, wo sich solche anbahnen und sie einfühlend unterstützen. Für mich heißt das: Akzeptieren und nicht bestimmte Veränderungen bewirken wollen, aber Bedingungen bieten, die Veränderung ermöglichen. Damit ist zugleich ein Wesenszug der klientenzentrierten Psychotherapie umschrieben, die sich nicht als etwas versteht was mit anderen Menschen „gemacht“ wird, sondern als Eröffnen von Räumen, in denen sie eigene, ihnen bisher nicht zugängliche Ressourcen entdecken können.

Nicht was fehlt ist entscheidend, sondern was da ist

Das gilt nicht nur, aber ganz besonders für Menschen mit geistiger Behinderung. Deshalb muss

Abstract

Der Bedarf an therapeutischen Angeboten für geistig behinderte Menschen wird zunehmend erkannt, doch leider sind bisher wenige Therapeuten und Therapeutinnen mit diesem Fachgebiet vertraut. In der klientenzentrierten Psychotherapie steht die Einfühlung in das subjektive Erleben der Klienten im Zentrum, deshalb eignet sie sich besonders gut für Menschen, zu denen ein intellektueller Zugang schwer möglich ist. Hilfreich ist die Verbindung mit Prä-Therapie, speziell bei schwer behinderten Personen, die in sich abgeschottet leben und deren Verhalten kaum nachvollziehbar ist. Psychotherapie kann brachliegende Ressourcen erschließen, das Selbstkonzept verändern und verkümmerte Kontaktfunktionen wiederherstellen. Unverzichtbar sind förderliche Bedingungen im Alltag.

ihre Eigenständigkeit gefördert werden, das heißt ihre ganz persönliche Art, die Welt wahrzunehmen und sich in ihr zurechtzufinden. Da wurzeln die individuellen Ressourcen, und die Realität kann nur mit ihr, nicht gegen sie, bewältigt werden. Der ausschließlich „diagnostische Blick“, der immerzu nur die Defizite im Auge hat, trübt die Sicht auf das, was behinderte Menschen können, und legt sie fest auf das, was sie nicht können. So kann sich, was da ist, nicht weiterentwickeln und verkümmert. Doch das Potential zu Veränderung und Entwicklung liegt nicht in den Defiziten, sondern in den Ressourcen. Die gilt es aufzuspüren, zu fördern und nutzbar zu machen. Die therapeutische Haltung, mit der wir geistig behinderten Menschen begegnen, ist dieselbe wie bei nicht behinderten Menschen. Aber es sind einige Unterschiede zu beachten, die das therapeutische Handeln beeinflussen.

Andere Rahmenbedingungen

Unfreiwilligkeit: Menschen mit geistiger Behinderung werden in der Regel von Betreuenden zur Psychotherapie, geschickt – mit ziemlich genauen Vorstellungen, was diese bewirken soll. Da muss die Therapeutin sorgfältig darauf bedacht sein, nicht zur Erfüllerin von Aufträgen zu werden, sondern offen zu bleiben für die Anliegen der Menschen selber. Nur dann besteht die Chance, dass sich Vertrauen aufbaut, eine therapeutische Beziehung entsteht und Unfreiwilligkeit zum selber Wollen wird. Das braucht manchmal etwas Zeit – bei den einen mehr, bei den anderen weniger – doch ohne dieses selber Wollen bleibt Psychotherapie chancenlos. Es geht in einer Psychotherapie niemals darum, Menschen nach den Wünschen der Bezugspersonen umzuformen, sondern ihnen Entwicklungsschritte zu ermöglichen. Doch auf keinen Fall dürfen Therapeuten und Betreuende gegeneinander arbeiten, denn es sind immer die behinderten Menschen, die es ausbaden müssen und darunter leiden. Sie sind überfordert, wenn der Gegensatz zwischen dem, was sich im Verlauf der Therapie entwickelt und dem, was in ihrem Umfeld verlangt oder toleriert wird, zu groß ist.

Zusammenarbeit mit den Betreuenden: ist eine Notwendigkeit, weil Menschen mit geistiger Behinderung ihre Erfahrungen aus der Therapiestunde nicht ohne Unterstützung durch das Umfeld in den Alltag übertragen können. Betreuende müssen in der Lage sein, sich anbahnende Prozesse zu unterstützen, damit sie im Alltag nicht untergehen. Verhaltensweisen, die zunächst als störend

Menschen mit geistiger Behinderung werden in der Regel von Betreuenden zur Psychotherapie, geschickt – mit ziemlich genauen Vorstellungen, was diese bewirken soll

Der Bedarf an therapeutischen Angeboten für geistig behinderte Menschen wird zunehmend erkannt, doch leider sind bisher wenige Therapeuten und Therapeutinnen mit diesem Fachgebiet vertraut

Sprachstörungen verschiedenster Art erschweren häufig auch bei leichter behinderten Menschen die Kommunikation. Hier bewährt sich ein altes methodisches Element der klientenzentrierten Psychotherapie: Wiederholen, was man verstanden hat.

wahrgenommen werden, sind manchmal Anzeichen für wichtige Entwicklungsschritte. Wenn Betreuende dafür sensibilisiert sind, können sie angemessener darauf reagieren. Die Therapeutin ihrerseits erfährt oft nur durch die Bezugspersonen, dass sich im Alltag positive Veränderungen abzeichnen oder neue Schwierigkeiten auftauchen. Manche Menschen mit geistiger Behinderung nehmen Veränderungen, die sie erleben, nicht bewusst als solche wahr, sondern leben so sehr im Augenblick, daß sie im Moment, wo sich etwas verändert hat, schon nicht mehr wissen, wie es vorher war. Andere wiederum nehmen Veränderungen wohl wahr, können sie aber nicht formulieren oder mitteilen.

Unbedingt muss die Vertraulichkeit der Therapiestunde gewahrt bleiben. Das ist eine heikle Balance, die vom Therapeuten Subtilität, Transparenz und klares Differenzieren erfordert. Oft (wenn auch nicht immer) ist es sinnvoll, wenn die Klienten an den Gesprächen mit teilnehmen. In jedem Fall müssen sie wissen, daß sie stattfinden, und sich darauf verlassen können, dass die Grenze zwischen dem, was zur Sprache kommen kann und dem, was vertraulich bleiben muss, strikt eingehalten wird.

Behinderung oder psychische Störung? Oft ist schwer zu unterscheiden, ob gewisse Verhaltensauffälligkeiten auf die Behinderung zurückzuführen oder Anzeichen einer psychischen Störung sind. Die Erscheinungsformen können sehr ähnlich sein, besonders bei Menschen mit schweren Behinderungen (Vermutlich ist das einer der Gründe, weshalb psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung lange Zeit nicht erkannt worden sind). Herkömmliche diagnostische Kategorien sind daher nur bedingt anwendbar. Da ist es ein Vorteil, dass in der klientenzentrierten Psychotherapie das Bemühen, die subjektive Welt der Klientin zu verstehen stärker gewichtet wird als die Diagnostik. Das ist bei Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig, denn sie „besitzen nur ein eingeschränktes Spektrum an Verhaltens- und Reaktionsweisen, um die unterschiedlichsten inneren Zustände auszudrücken“ (Senckel 1998, Seite 21).

Ein vertieftes Verständnis von Verhaltensweisen oder Äußerungen, die zunächst nicht nachvollziehbar scheinen, vermittelt Proutys Definition einer „prä-expressiven“ Ebene (Prouty, Van Werde & Pörtner 1998), auf der etwas nach Ausdruck sucht, das sich (noch) nicht klar auszudrücken vermag.

Sprachlosigkeit, Sprachstörungen und bizarre Verhaltensweisen: sind Barrieren für das Verstehen, die es zu überwinden gilt. Vielen Menschen mit geistiger Behinderung steht Sprache gar nicht oder nur sehr beschränkt zur Verfügung. Die Beziehung bahnt sich dann in einem subtilen, nicht verbalen, vor-sprachlichen Bereich an, den viele Therapeutinnen erst noch entdecken müssen. Ein eindrückliches Beispiel dafür verdanken wir Barbara Krietemeyer (in: Kerbe 2/2000).

Sprachstörungen verschiedenster Art erschweren häufig auch bei leichter behinderten Menschen die Kommunikation. Hier bewährt sich ein altes methodisches Element der klientenzentrierten Psychotherapie: Wiederholen, was man verstanden hat. Viele Menschen, die sich sprachlich schlecht ausdrücken können, erleben ständig, daß sie mit Floskeln abgespeist werden, ohne im geringsten verstanden worden zu sein. Das verstärkt ihr Gefühl, ausgegrenzt und isoliert zu sein, immer mehr. Wenn sie dann – oft zum ersten Mal – erleben, dass jemand nicht locker lässt, bis er wirklich verstanden hat, ist das eine zutiefst befreiende Erfahrung, die meist mit einem tiefen Aufatmen quittiert wird. Wie wichtig das ist, hat mich eine meiner ersten geistig behinderten Klientinnen auf eindrückliche Weise gelehrt: auch als ich mich schon gut in ihre Ausdrucksweise eingehört hatte und es eigentlich nicht mehr nötig fand, bestand sie hartnäckig darauf, dass ich jeden ihrer Sätze wiederholte. Offensichtlich brauchte sie diese Bestätigung, dass ich sie wirklich verstanden hatte (Pörtner 2003, S. 188/89). Auch bei schwer behinderten Menschen gilt: nicht für sie, sondern mit ihnen Wege suchen und Lösungen finden. Der Therapeut muss ihre Signale aufmerksam wahrnehmen, sich von ihnen leiten lassen und – verbal oder nicht verbal – ihre „Sprache“ finden. Wie aber ist das möglich bei Menschen, die nicht sprechen, die in einer in sich abgeschotteten, unzugänglichen inneren Welt leben und deren Verhalten kaum nachvollziehbar und vielleicht sogar beängstigend ist? Da gibt es eine wertvolle methodische Hilfe:

Prä-Therapie

Die Prä-Therapie wurde vom amerikanischen Psychologen Garry Prouty auf personzentrierten Grundlagen entwickelt und ermöglicht einen Zugang zu Menschen mit schweren geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Proutys Konzept setzt beim „psychologischen (oder psychischen) Kontakt“, an, den Rogers als notwendige Voraussetzung für den therapeutischen Prozess bezeichnet hat. (Rogers 1957) Diese Voraussetzung fehlt bei den Menschen, um die es hier geht. Prouty beschreibt drei Ebenen des psychischen Kontaktes: Realitätskontakt, emotionaler Kontakt, und kommunikativer Kontakt – also Kontakt zur Welt, zu sich selbst und zu anderen. Die Fähigkeit, auf diesen drei Ebenen in Kontakt zu sein, bezeichnet er als Kontaktfunktionen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung sind diese Kontaktfunktionen fast immer beeinträchtigt oder nur unzulänglich entwickelt. Proutys Methode besteht – entsprechend den drei Kontaktebenen – aus verschiedenen Formen von verbalen und nicht verbalen Reflexionen, mit denen Kontakt zur Realität, zu sich selbst und zu anderen angeregt und gefördert werden kann, um so die Kontaktfunktionen zu entwickeln und zu stärken. (Prouty, Van Werde & Pörtner 1998, Pörtner 1996 und 2004, S.154-65, sowie in: Kerbe 3/90, S. 24 und 4/90 S. 30).

Die Prä-Therapie wurde vom amerikanischen Psychologen Garry Prouty auf personzentrierten Grundlagen entwickelt und ermöglicht einen Zugang zu Menschen mit schweren geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen

Kontaktreflexionen sind keine mechanisch anwendbare Technik. Sie beruhen auf einer Haltung,

die Menschen ernst nimmt, wertschätzt und in ihrer persönlichen Eigenart zu verstehen versucht, auch wenn sie schwer behindert, psychotisch, autistisch oder verhaltensauffällig sind. Diese Haltung ist die Grundvoraussetzung, auf der Prä-Therapie – und Psychotherapie überhaupt – erst wirksam werden kann.

Was vermag Psychotherapie?

Worum geht es denn überhaupt in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung, wenn nicht darum, gezielt unerwünschte Verhaltensweisen zu verändern?

Veränderungen im Selbstkonzept: sind ein zentrales Anliegen in jeder Psychotherapie. Menschen mit geistiger Behinderung müssen (wie viele andere Klienten auch) zuerst einmal ein besseres Selbstwertgefühl aufbauen und eine andere, versöhnlichere Haltung zu sich finden, damit weitere Veränderungen möglich werden. Von der Therapeutin angenommen sein, hilft der Klientin, sich selber besser annehmen zu können. Das fällt Menschen mit geistiger Behinderung besonders schwer, denn sie werden von der Umwelt ständig mit ihrer Unzulänglichkeit konfrontiert. Ihr Selbstkonzept besteht aus Sätzen wie: „ich kann nichts, ich bin nichts, ich mache alles falsch“. Die unrealistische Selbstüberschätzung, die viele an den Tag legen, ist nur die Kehrseite derselben Medaille. Vor allem Menschen mit leichten Behinderungen leiden unter ihrem Anderssein und messen sich an den „Normalen“, denen sie so gerne gleichen möchten. Sich mehr zutrauen, auf der anderen Seite aber auch die eigenen Grenzen erkennen - da kann Psychotherapie etwas bewirken. Dabei ist die akzeptierende, wertschätzende Haltung des Therapeuten ein entscheidender Faktor.

Entwicklung, Wiederherstellung und Festigung der Kontaktfunktionen: ist ein weiteres wichtiges Element im therapeutischen Prozess, vor allem bei Menschen mit schwerer geistigen Behinderung. Verkümmerte Kontaktfunktionen können mit Hilfe von Kontaktreflexionen (siehe oben) wiederhergestellt, entwickelt und gefestigt werden. Wenn Menschen sich selbst besser annehmen können, mehr in Kontakt sind mit der Realität, mit sich selbst und mit anderen, dann wirkt sich das unweigerlich auf ihr Verhalten aus: Symptome nehmen ab, der Handlungsspielraum wird größer – und damit verbessert sich auch ihre Lebensqualität. Trotzdem wir nicht gezielt Verhaltensänderungen herbeizuführen versuchen: sie bleiben nicht aus, wenn das Selbstkonzept sich verändert und das Selbstwertgefühl stärker wird. Und es ist ein großer Unterschied, ob Menschen eigene Ressourcen entdecken und selber Schritte machen – wenn auch vielleicht nicht genau die, welche wir uns vorgestellt haben – oder ob sie in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Zu erfahren: „ich kann etwas verändern“ und diese Erfahrung im Selbstkonzept zu verankern, ist manchmal entscheidender als die Veränderung selbst.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung besteht jedoch die Gefahr, daß die neu entdeckten Möglichkeiten sich rasch wieder verschließen und alte Muster an ihre Stelle treten, wenn die Therapie zu Ende ist. Um den Entwicklungsprozess wach zu halten, wäre in manchen Fällen eine längerfristige therapeutische Begleitung (Pörtner 2003, S.197/98) angezeigt. Außerdem ist Unterstützung im Alltag unerlässlich.

Förderliche Bedingungen im Alltag

Psychotherapie kann wenig bewirken, wenn förderliche Bedingungen im Alltag fehlen. Worin diese bestehen, ist in „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ (Pörtner 1996) ausführlich beschrieben. Auch im Alltag müssen Menschen mit geistiger Behinderung, so wie sie sind, akzeptiert und verstanden werden, damit innere Isolation und Verhaltensauffälligkeiten nicht weiter verstärkt werden. Auch im Alltag müssen sie in ihrer ganz persönlichen Ausdrucksweise ernstgenommen werden, selbst wenn sie bizarr und unverständlich erscheint. Auch im Alltag muss Eigenständigkeit unterstützt, müssen Wahlmöglichkeiten geboten werden, selbst wenn es sich um belanglose Nebensächlichkeiten zu handeln scheint: für das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden behinderter Menschen sind sie von Bedeutung. Es verbessert die Lebensqualität, selber entscheiden zu können, wo der Rollstuhl hingestellt werden soll. Gefragt werden, ob es recht ist, jetzt zur Toilette gebracht zu werden, heißt in seiner Menschenwürde respektiert werden. Es macht etwas aus, ob einem Menschen, der gefüttert werden muss, der Löffel in den Mund gesteckt wird, bevor er eine Chance hat, ihn selber zu öffnen, oder ob ihm dieses winzige Element der Selbstbestimmung zugestanden wird. Es ist ein anderes Lebensgefühl für behinderte Menschen, wenn in ihrer Gegenwart nicht über sie, sondern mit ihnen gesprochen wird. Auch für Menschen, die nicht sprechen, bedeutet es etwas, gefragt zu werden; sie spüren die Haltung, die dahinter steht, merken, daß sie ernst genommen werden und nicht einfach über sie verfügt wird. Und wenn jemand für Sprache gar nicht zugänglich ist (was selten vorkommt), können auch Gesten zu Hilfe genommen werden.

Der Alltag bietet, mehr als jede Therapiestunde, zahllose Gelegenheiten, die Kontaktfunktionen anzuregen. Dion Van Werde hat auf einer Station der psychiatrischen Klinik Sint-Camillus, in Gent (Belgien), den prä-therapeutischen Ansatz zu einem „Kontaktmilieu“ ausgebaut (Prouty, Van Werde & Pörtner 1998, S.104-154), in dem die therapeutischen Angebote durch eine kontaktfördernde Gestaltung des Alltags unterstützt und ergänzt werden. Ähnliche Konzepte wären in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls denkbar und sinnvoll.

Auch für den Alltag gilt: nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist. Wenn Betreuende nicht nur auf die Defizite starren, auf das, was behinderte Menschen nicht können oder falsch machen, sondern ihre Ressourcen entdecken, die vielleicht winzig kleinen Schritte, die ihnen manchmal gelingen, gebührend beachten und

Menschen mit geistiger Behinderung müssen (wie viele andere Klienten auch) zuerst einmal ein besseres Selbstwertgefühl aufbauen und eine andere, versöhnlichere Haltung zu sich finden, damit weitere Veränderungen möglich werden

Bei Menschen mit geistiger Behinderung besteht jedoch die Gefahr, daß die neu entdeckten Möglichkeiten sich rasch wieder verschließen und alte Muster an ihre Stelle treten, wenn die Therapie zu Ende ist

ermutigen, dann verbessert das nicht nur deren Lebensqualität, sondern macht zudem die Arbeit interessanter und befriedigender. Das gilt auch für die Arbeit der Psychotherapeutin.

Den Sinn ressourcenorientierter Arbeit hat Jörg Fengler sehr schön auf den Punkt gebracht: „Ressourcen-Orientierung hat unmittelbar mit Psychohygiene zu tun. Wer als Therapeut den Therapieverlauf“ – und man könnte ergänzen: als Betreuende die Betreuung – „als Entwicklung und Entfaltung von Möglichkeiten betrachtet und sich selbst entsprechend als Gärtner sieht oder als Heger, oder als jemand, der ein kostbares Geschenk auspackt, also aus-wickelt oder ent-wickelt, wird gewiss von einem anderen Lebensgefühl dabei geleitet sein als jemand, der eine Behinderung mit psychologischen“ – oder pädagogischen – Techniken bekämpft. „Denn dieser letztere befindet sich im Krieg.“ (Fengler in: Lotz, Stahl & Irblich 1996, S. 131). Es wäre zu wünschen, daß alle, die in irgendeiner Form mit behinderten Menschen zu tun haben, sich diesen Satz zu Herzen nehmen, denn Krieg ist selbstredend weder in der Psychotherapie noch in der Betreuung eine brauchbare Grundlage.

Literatur:

Hennicke, K., Rotthaus, W. (Hrsg.) (1993): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund, verlag modernes lernen.
Lotz, W., Koch, U., Stahl, B. (Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen - Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern, Hans Huber.
Lotz, W., Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.) (1996): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Bern, Hans Huber.
Pörtner, M. (1994): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta.
- (1996) Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. (2004) 4. überarb.u. erw. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta.
(2003) Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. Stuttgart, Klett-Cotta
Prouty, Van Werde & Pörtner (1998): Prä-Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta.
Rogers (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology, 21(2), 95-103.
Senckel, B. (1998): Du bist ein weiter Baum - Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung. München, Beck.

Die Therapie der emotionalen Instabilität

Störungen der Impulskontrolle insbesondere in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter ist bei geistig Behinderten und Menschen mit Lernbehinderung ein häufiges Problem

Störungen der Impulskontrolle stellen bei geistig Behinderten Menschen mit Lernbehinderung insbesondere in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter ein häufiges Problem dar. Eine mögliche Ursache für die Entstehung von Impulskontrollstörungen ist die Unfähigkeit zu angemessenen emotionalen Reaktionen (emotionale Instabilität). Die spezifischen Bedingungen bei der Entwicklung von geistig behinderten und minderbegabten Menschen, etwa Integrationshindernisse, soziale Kränkungen und Auswirkungen der Handicaps auf die Familienatmosphäre, können dabei die Vermittlung eines günstigen Umgangs mit Emotionen zusätzlich erschweren. Zusammen mit den emotionalen Wirrnissen im Zusammenhang mit der Pubertät (beispielsweise beim Umgang mit Beziehungen) und der Identitätsentwicklung im jungen Erwachsenenalter kann es dann zur Entgleisung kommen, auf deren Boden weitere Problemverhaltensweisen wie etwa Selbstverletzungen entstehen können. Solche Entwicklungen führen zu komplexen Problemlagen, wie etwa bei der sozialen Integration, der beruflichen Entwicklung und bei Sicherstellung von psychischer und kör-

Die Borderline Persönlichkeitsstörung stellt gegenwärtig den aktuellen Bezugsrahmen für die Einordnung emotionaler Instabilität dar. Dabei werden bei der Klassifikation vor allem 4 Aspekte zusammengefasst:

- **1.** Die emotionale Instabilität (besser ausgedrückt als Tendenz zu unangemessenen emotionalen Reaktionen).
- **2.** Schwierigkeiten im Umgang mit emotionaler Ambivalenz.
- **3.** Das unangenehme Betroffensein von Langeweile, die Abneigung gegen monotone Situationen und einer Tendenz, darauf mit Unruhe zu reagieren.
- **4.** Einer stark vom Grad der emotionalen Erregung abhängigen Wahrnehmung und Beurteilung.

Im Alltag wird die Borderline Persönlichkeitsstörung meist zusätzlich mit häufig assoziierten Symptomen in Verbindung gebracht, wie etwa selbstschädigendes und selbstverletzendes Verhalten, Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung und chronische Suizidalität.

Bei der Entstehung der Borderline Störung spielen Anlagen wie eine hohe emotionale Ansprechbarkeit und entwicklungspsychologische Faktoren, wie inkonsequentes Erziehungsverhalten eine Rolle. Unspezifische Auslöse- oder Stressfaktoren führen in der Pubertät und Adoleszenz dann zu einer Entgleisung, wobei der Übergang von noch gesunder und schon gestörter Entwicklung fließend ist. Insbesondere bei weiblichen Betroffenen finden sich häufig sexuelle Traumatisierung und Gewalterfahrungen in der Biografie. Gerade bei der Entstehung der oben genannten assoziierten Symptome spielt zudem der Einfluss Gleichaltriger eine wichtige Rolle. Die Störung manifestiert sich meist im jungen Erwachsenenalter. Im Verlauf zeigt sie eine Tendenz zu Besserung. Bei einem Teil der Betroffenen kommt es allerdings zu einer Chronifizierung mit unter Umständen erheblichen Handicaps.

Die Versorgungssituation

Die Borderline Störung ist die Persönlichkeitsstörung, die am häufigsten zu einer klinischen Behandlungsbedürftigkeit führt. Zwischen 5 und 10% der Klinikpatienten gehören zu dieser Gruppe, mit eher steigender

Die Borderline Störung ist die Persönlichkeitsstörung, die am häufigsten zu einer klinischen Behandlungsbedürftigkeit führt

Tendenz. Trotz dieser quantitativen Bedeutung entwickeln sich klinische Behandlungskonzepte und -angebote nur zögerlich. Dies gilt noch mehr für die ambulante Versorgung. Ohnehin gelten Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen als besonders schwierig. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Patienten ein besonders gut strukturiertes Behandlungssetting und einen speziellen Umgang benötigen. Wird dies nicht bereitgestellt, ist die Gefahr der Eskalation von Feindseligkeit und Gewalt im Umgang mit dieser Patientengruppe besonders groß. Diese Eskalationen werden dann durch eine paternalistische Umgangsweise eher noch verstärkt. Bei der Behandlung der Borderline Störung steht die Psychotherapie im Mittelpunkt. Die medikamentöse Behandlung hat allenfalls bei der Beeinflussung begleitender Symptome einen Effekt.

Dass viele Borderline Patienten trotzdem mit einer Reihe oft hoch dosierter Psychopharmaka behandelt werden, ist eher Ausdruck therapeutischer Ratlosigkeit. Psychotherapeutische Strategien bauen aber auf der Freiwilligkeit und Einsicht des Patienten auf, was allerdings bei vielen Betroffenen nicht oder unzureichend vorhanden ist. Auch hier werden durch die Störung die Grenzen therapeutischen Verständnisses schmerzhaft aufgezeigt.

Diese Dilemmata treten bei der Versorgung geistig behinderter und minderbegabter Borderline Patienten nochmals verstärkt zu Tage, zumal ohnehin die stationäre und ambulante Versorgung dieser Klientel vielerorts unzureichend ist. So werden psychisch kranke und geistig behinderte Patienten oftmals überhaupt nicht systematisch behandelt und gefördert, sind überproportional von Zwangsmaßnahmen betroffen, werden wenig gebessert entlassen oder von einer Institution zur nächsten weitergereicht. In der BRD gibt es derzeit weniger als 30 Spezialabteilungen für diese Klientel in stationär psychiatrischen Einrichtungen.

Psychotherapie bei geistig Behinderten und Minderbegabten

Die Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren ist ein im kulturellen Kontext verwurzelter Prozess. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn psychotherapeutische Verfahren hierzulande einen weitgehend autonomen und zumindest normal intelligenten Patienten voraussetzen. Bei einigen Verfahren – etwa bei der dialektisch behavioralen Therapie der Borderline Störung – wird dies sogar als Voraussetzung benannt. Vor allem die sprachlichen Voraussetzungen und die Anforderungen an die Selbstwahrnehmung (Introspektionsfähigkeit) sind dabei gelegentlich so hoch, dass auch viele so genannte „Normalbürger“ den Vorbedingungen nur mit Mühe genügen. Zudem sind bei einer Reihe von psychotherapeutischen Techniken, etwa bei der Gruppentherapie, soziale Vergleiche zwischen den Teilnehmern nicht zu vermeiden. Viele minderbegabte und fast alle geistig behinderten psychisch Kranken erfüllen all diese Ansprüche nicht. Ihnen ist daher der Zugang zu psychotherapeutischen Verfahren verwehrt oder es kommt zur Erfahrung von Unzulänglichkeit und des Versagens. Auch wenn die Gruppe derer, die eine Psychotherapie benötigen groß ist, gibt es daher nur wenige Behandlungsangebote, die den spezifischen Bedürfnissen dieser Zielgruppe Rechnung trägt.

Abstract

Emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle gehören zu den häufigsten Störungen geistig bzw. lernbehinderter Menschen. Oft sind diese Störungen mit erheblichen Problemen in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und teilweise erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. In der Therapie der emotionalen Instabilität haben sich vor allem psychotherapeutische Techniken bewährt. Medikamentöse Behandlungen können diese Behandlung allenfalls ergänzen. Psychotherapeutische Verfahren setzen jedoch meist eine mindestens normale Intelligenz voraus. Damit geistig Behinderte und Minderbegabte von psychotherapeutischen Techniken profitieren können, müssen diese daher zunächst auf jene Zielgruppe abgestimmt werden. Im folgenden Artikel wird dazu eine Adaption der Dialektisch behavioralen Therapie (DBT) der Borderline Störung vorgestellt.

Entscheidung zwischen spezifischen und adaptierten Ansätzen der Therapie

Grundsätzlich ergibt sich aus diesen Erfahrungen die Frage, wie für minderbegabte oder geistig behinderte Patienten der Zugang zur Psychotherapie möglich gemacht werden kann. Dazu ist zumindest eine Adaption des jeweiligen Verfahrens auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen notwendig. Eine wesentliche Grenze dieser Adaption sind allerdings die sprachlichen Anforderungen des jeweiligen Verfahrens, vor allem bei der Vermittlung eines Verständnisses des zugrunde liegenden Krankheitsmodells. Allerdings können die sprachlichen Anforderungen mit Hilfe von (beispielsweise visuellen) Hilfsmitteln gesenkt werden.

Dabei sind die Anregungen, die sich aus den Erkenntnissen der Sonderpädagogik herleiten lassen, noch keineswegs ausgeschöpft. Zuletzt aber lässt sich eine Adaption auch durch häufigere Wiederholungen, Modelllernen und Vermeidung von Störungen unterstützen. Beim Erfolg von Psychotherapie sind soziale Abwärtsvergleiche (der Teilnehmer erkennt, etwas besser als andere zu können) deutlich wirksamer als Aufwärtsvergleiche. Dies ist ein Argument für spezifische Angebote für Minderbegabte und geistig Behinderte, etwa bei der Durchführung von Gruppentherapien. So kann am ehesten eine erfolgreiche und damit korrigierende Erfahrung ermöglicht werden. Trotz all dieser Möglichkeiten hat die Adaption

Die Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren ist ein im kulturellen Kontext verwurzelter Prozess. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn psychotherapeutische Verfahren hierzulande einen weitgehend autonomen und zumindest normal intelligenten Patienten voraussetzen

Dr. Ewald Rahn, Stellvertretender ärztlicher Direktor, Westfälische Kliniken Warstein und Lippstadt, Franz Hegemann Str. 23, 59581 Warstein, Tel: 02902/822203, Email: ewald.rahn@wkp-lwl.org

Gerade in der Gruppe der Menschen mit Lernbehinderung kommt es häufig zu einer Borderline Persönlichkeitsstörung

von psychotherapeutischen Verfahren ihre Grenzen. An dieser Stelle ist der Einsatz spezifischer Behandlungsansätze gefragt, die allerdings für die Behandlung der emotionalen Instabilität noch nicht zur Verfügung stehen.

Die Besonderheiten der Zielgruppe

Gerade in der Gruppe der Menschen mit Lernbehinderung kommt es häufig zu einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Dabei verstärken sich schwache Begabung und ungünstige Familienverhältnisse (etwa eine Alkoholkrankheit eines Elternteils) gegenseitig. Zusammen mit der emotionalen Instabilität kommt es bei vielen zu Anpassungsproblemen und Konflikten und in der Folge zu einem unzureichenden Abschluss der schulischen und noch mehr der beruflichen Entwicklung. Viele Patienten haben dabei zahlreiche Erfahrungen mit Feindseligkeit, verhalten sich oft unkritisch gegenüber Drogen und Alkohol, vor allem wenn damit eine gewisse Geborgenheit und Anerkennung in der sozialen Referenzgruppe erreicht werden kann. Charakteristisch sind auch negative Erfahrungen bei Freundschaften und mit intimen Beziehungen. Viele Betroffene berichten über häufige Enttäuschungen, aber auch über aktuelle Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und berichten über ein unzureichend entwickeltes Selbstbewusstsein.

In dieser Gruppe sind außerdem exzessive Selbstschädigungen häufig, ebenso wie assoziierte Ess-Störungen in Verbindung mit teilweise erheblichem Übergewicht. Aufgrund der vielfältigen und komplexen Probleme kommen die Betroffenen schon früh mit psychosozialen Institutionen in Berührung. Viele sind bereits im Vorfeld der Behandlung institutionalisiert, wobei das Verhältnis zu den Helfern zwiespältig und oftmals von Feindseligkeit und Resignation geprägt ist. Daher weist eine Reihe von Betroffenen einen stetigen Wechsel von versorgenden Institutionen auf oder hat sich auf eine störungsspezifische Art in eine Art psychosoziale Subkultur zurückgezogen. Dazu gehört auch die Tendenz, dass oftmals zahlreiche Helfer aus verschiedenen Institutionen involviert sind, was die Kontrolle des therapeutischen Prozesses erschwert.

Die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) ist eine verhaltenstherapeutische Variante der Borderline Behandlung, die als Manual vorliegt. Ziel der DBT ist in erster Linie die Vermittlung von Fertigkeiten beim Umgang mit Emotionen

Grundanliegen bei der Therapie der Borderline Störung

Auch wenn es nach wie vor unterschiedliche Modelle zur Borderline Störung gibt, lässt sich eine gewisse Annäherung in der Praxis der Therapie der Borderline Störung über die Schulen hinweg beobachten. Dabei finden sich jeweils folgende Elemente bei der Therapie wieder:

- Borderline Kranke brauchen ein zielgerichtetes und systematischen Vorgehen (strukturierter Behandlungsablauf).
- Vor Beginn der Therapie müssen die Rahmenbedingungen und die Ziele der Behandlung sorgfältig ausgehandelt werden. Hierzu gehören auch Vereinbarungen zum Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten, die Notwendigkeit der Offenheit und Vereinbarungen zur Übernahme von Verantwortung.
- Die eigentliche Behandlung setzt sich aus Übung und Reflexion zusammen. Die Blick richtet sich dabei vor allem auf das „Hier und Jetzt".
- Ein unverzichtbarer Teil der Behandlung stellt ein sorgsamer Umgang mit Zeit dar.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie

Die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) ist eine verhaltenstherapeutische Variante der Borderline Behandlung, die als Manual vorliegt. Ziel der DBT ist in erster Linie die Vermittlung von Fertigkeiten beim Umgang mit Emotionen. Die DBT setzt sich aus den Modulen Einzeltherapie, Fertigkeitstraining und Supervision zusammen. Zusätzlich ist ein Verfahren zur Krisenintervention (für die Ambulanz als Telefonberatung) vorgesehen.
Vor dem Beginn der Behandlung erfolgt eine sorgfältige Klärung der Ziele, der Motivation und des Umgangs mit problematischen Verhaltensweisen. Die Revision der krankheitsspezifischen Ambivalenz (Schwarz-Weiß-Denken) ist vor allem der Einzeltherapie vorbehalten. Die Vermittlung von Fertigkeiten erfolgt in der Gruppe. Die Gruppen sind thematisch festgelegt und strukturiert. Ziel ist die Vermittlung von Fertigkeiten bei der Bewältigung von Stress, der inneren Achtsamkeit, dem Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Selbstmanagement. Insbesondere beim Fertigkeitstraining geht es um Lernschritte. Dies zeichnet das DBT als ressourcenorientiertes aktivierendes Verfahren aus.

Die DBT ist für die ambulante Behandlung entwickelt worden und muss daher zunächst an die Bedingungen einer stationären Therapie angepasst werden. Dies gilt vor allem für die Formen der Krisenintervention. Wir haben uns hier für die Technik der Verhaltensanalyse entschieden, die es aus unserer Sicht erlaubt, dem Betroffenen zu helfen die Auswirkungen der Krise zu betrachten und für eine konstruktive Veränderung zu nutzen.

Adaptionsschritte an die Zielgruppe

Die Adaption der DBT auf die stationäre Behandlung von Borderline Patienten auf einer Spezialstation zur Behandlung von Anpassungs- und Persönlichkeitsstörung hat zu einer bedeutsamen Bereicherung des stationären Behandlungsangebotes geführt. Das Angebot besteht mittlerweile 5 Jahre und die Erfahrungen sind durchweg positiv. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die Anforderungen für zumindest minderbegabte Patienten zu hoch waren und daher genau die oben beschriebenen Schwierigkeiten auftraten. Diese Erfahrung führte zum Entschluss, die DBT an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe anzupassen. Dazu wurden die Patienten auf einer offenen Halbstation zu einer Gruppe von maximal 8 Patienten zusammengefasst. Auch für diese Gruppe wurde ein umfangreiches Therapieprogramm zusammengestellt (ca. 30 Wochenstunden).

Kernelement war ebenfalls das Fertigkeitstraining, wobei die Lernschritte durch die Einzeltherapie unterstützt werden, etwa bei der Unterstützung von Haus-

aufgaben. Zusätzlich wurden die Schritte im Fertigkeitstraining verkleinert, der Übungsteil ausgeweitet und Wiederholungen eingeführt. Ein wesentliches Augenmerk wurde auf die Einführung visueller Hilfsmittel, wie Bilder und Symbole mit dem Ziel gelegt, die sprachlichen Anforderungen des Programms zu reduzieren. Einen Ausdruck fanden diese Bemühungen in der Erarbeitung eines Übungsmanuals, dass zum Beginn der Behandlung den Patienten zur Verfügung gestellt werden konnte und in dem sich alle Übungen, Protokolle und Bewertungen finden. Auch im Rahmen dieses

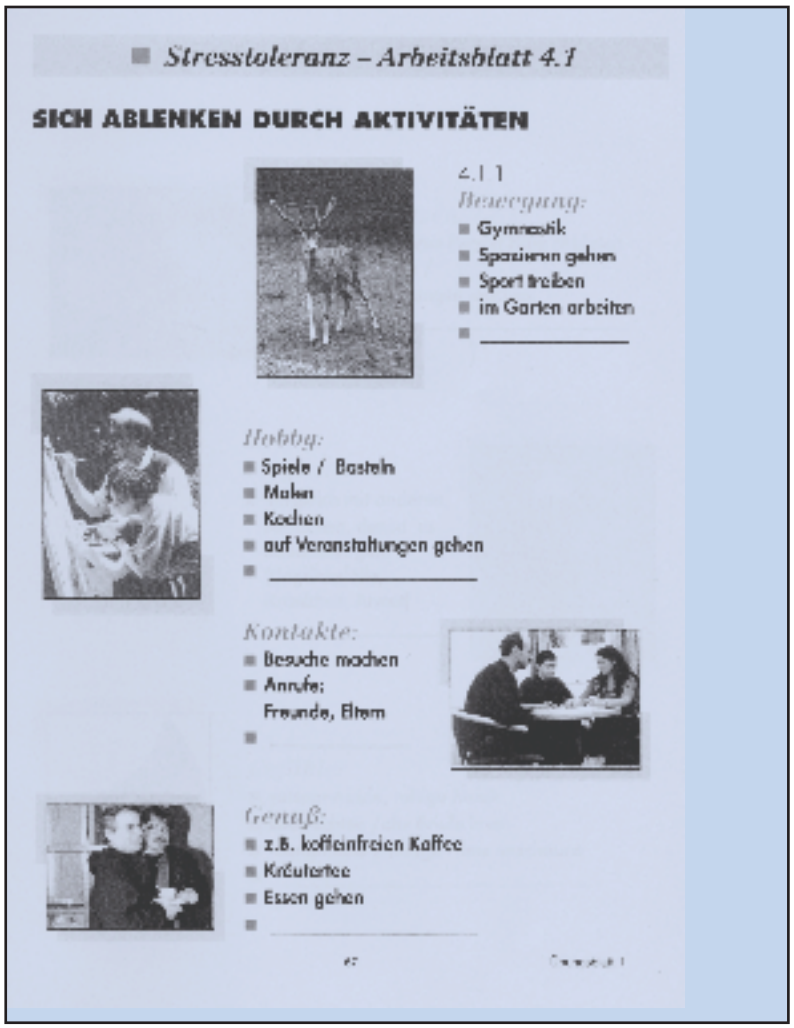

Abbildung: Arbeitsblatt

Angebotes wird das Fertigkeitstraining als Gruppentherapie angeboten, allerdings mit einer auf maximal 6-8 Teilnehmer begrenzten Gruppengröße.

Die Dauer der Gruppe wurde auf 1 Stunde beschränkt, um eine konzentrierte Mitarbeit zu ermöglichen. Der Verlauf der Gruppe ist genau festgelegt. Sie findet dreimal in der Woche statt. Zwischenzeitlich müssen Hausaufgaben von den Patienten erledigt werden. Dazu gehören praktische Übungen wie etwa das Herstellen eines Notfallkoffers in der Beschäftigungstherapie. Für die Krisenintervention wird die Verhaltensanalyse verwendet. Das Ergebnis der Verhaltensanalyse wird grundsätzlich schriftlich festgelegt. Ist der Betroffene dazu nicht in der Lage, erfolgt eine Hilfestellung durch die Bezugspflege. Als bedeutsame Ergänzung des stationären Angebotes wurde im Laufe der Konzeptionsentwicklung eine nachstationäre Behandlung im Rahmen der Institutsambulanz ergänzt, mit dem Ziel die Inhalte des Trainings zu wiederholen und zu vertiefen.

Beispiel für die Umsetzung

Im Folgenden soll an einem Beispiel der Aufbau des Manuals dargestellt werden. Ein zentrales Anliegen der DBT ist die Förderung der Stresstoleranz. Im Fertigkeitstraining des DBT werden dazu folgende Schritte vermittelt:

- Sich ablenken.
- Sich beruhigen mit Hilfe der fünf Sinne.
- Den Augenblick verändern.
- An das Für und Wider denken.

Eine Möglichkeit zur Ablenkung kann das Durchführen von Aktivitäten sein. Dazu finden sich im Manual die nebenan abgebildetenVorschläge.

Mit Hilfe dieses Arbeitsblattes sollen die Betroffenen ihre Übungen vorbereiten und planen (Hausaufgaben). Deutlich wird dabei, dass auch bei einer weitgehenden Vereinfachung der Übung nicht ganz auf Sprache verzichtet wurde. Die Bilder dienen dabei einer zusätzlichen intuitiven Erfassung des Sachverhaltes und sollen die Fantasie anregen. Bei sprachlich eingeschränkten Patienten muss im Rahmen der Gruppe zusätzlich Hilfestellungen gegeben werden.

Erfahrungen

Für unsere Adaptation der DBT für Lernbehinderte können wir jetzt auf eine fünfjährige insgesamt positive Erfahrung bei ca. 60 Borderline Patienten zurückgreifen. Die Abbruchquote lag unter 10%. Es kam in diesem Zeitraum außerdem zu einer bedeutsamen Reduktion von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Krisenintervention. Wichtig erscheint uns, dass wir mit diesem Programm Patienten erreichen, die von unserem Standardprogramm nicht profitiert hätten. Allerdings war ein Teil der Klientel auch von der adaptierten Version überfordert. Daher sind eine Weiterentwicklung des Angebotes und die Entwicklung weiterer weniger sprachgebundener Techniken notwendig.

Als bedeutsam erwies sich die Tatsache, dass ein Großteil der Patienten bereits vor der Behandlung institutionalisiert war. Meistens erfolgte der Erstkontakt über die Betreuer und bereits bei der Anbahnung der Behandlung wurden Konflikte bei den Helfern

Für unsere Adaptation der DBT für Minderbegabte können wir jetzt auf eine fünfjährige insgesamt positive Erfahrung bei ca. 60 Borderline Patienten zurückgreifen

Wichtig erscheint uns, dass wir mit diesem Programm Patienten erreichen, die von unserem Standardprogramm nicht profitiert hätten. Allerdings war ein Teil der Klientel auch von der adaptierten Version überfordert

Die emotionale Instabilität ist ein Beispiel, wie notwendig die Entwicklung psychotherapeutischer Techniken zur Behandlung von psychisch kranken Minderbegabten und geistig Behinderten ist

über das weitere Vorgehen deutlich. Daher war der Anteil der eigentlich fremdmotivierten Patienten relativ groß, was sich jedoch nicht unbedingt nachteilig auf das Behandlungsergebnis auswirkte. Wichtig von dem erfolgreichen Abschluss war vielmehr, ob es in der Entwicklung gelang, den Patienten zu einem aktiven und verantwortlichen Umgang mit den Problemen zu bringen. Darüber hinaus erweist sich die Vermittlung der Behandlungsergebnisse und damit die Vernetzung der Hilfe gerade für diese Zielgruppe als ein wichtiger Bestandteil des Hilfemanagements. Sehr viel mehr als bei der Standardbehandlung erhielten die Patienten vor der Aufnahme bereits zahlreiche Psychopharmaka. Eine Patientin wurde im Vorfeld mit 10 unterschiedlichen Psychopharmaka in Höchstdosen behandelt. Ein Nebeneffekt der Behandlung ist, dass durch das Programm der Bedarf an Psychopharmaka wesentlich gesenkt werden konnte.

Resümee

Die emotionale Instabilität ist ein Beispiel, wie notwendig die Entwicklung psychotherapeutischer Techniken zur Behandlung von psychisch kranken Minderbegabten und geistig Behinderten ist, denn Verhaltens- und Anpassungsstörungen stellen den weitaus größten Teil der Erkrankungen dar. Bei einem großen Teil der Zielgruppe kann die Adaptation von gängigen psychotherapeutischen Verfahren möglicherweise den Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung ebnen. Dabei sind die Vorgehensweise aber auch die psychotherapeutischen Medien den Fähigkeiten der Betroffenen anzupassen. Ein Teil der Klientel ist aber auch durch solche Adaptationen nicht zu erreichen und benötigt daher spezifische Verfahren. Alles in allem ergibt sich jedoch ein erheblicher Entwicklungsbedarf, bei dem eine Integration von heilpädagogischen und medizinisch psychologischen Ansätzen Not tut. ●

Besonderheiten medizinischer Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Ärzte haben nur vereinzelt Erfahrungen in der Differenzialdiagnostik von Verhaltensauffälligkeiten

Von Jeanne Nicklas-Faust

Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust, Fachärztin für Innere Medizin, Mitglied im Vorstand der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Referatsleiterin Ethik/Medizinische Fachberufe bei der Ärztekammer Berlin, jeanne@nicklas-faust.de

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung hat die medizinische Versorgung häufig eine besondere Bedeutung, gleichzeitig ist sie oft besonders schwierig. Dazu tragen andere Krankheitsprävalenzen bei insgesamt erhöhter Morbidität – besonders bei schwerer behinderten Menschen – und eine veränderte Symptomatik von Krankheiten bei. Weiterhin sind dies Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung, die neben einer eingeschränkten Selbstbeobachtung und -wahrnehmung besonders auf erschwerte Kommunikation zwischen Arzt und Patient und Abwehrreaktionen in der Untersuchungssituation zurückzuführen sind. Ärzte sind auf die Besonderheiten und Schwierigkeiten durch das Studium und Fort- wie Weiterbildung häufig nicht eingestellt, eigene Erfahrungen liegen wegen der geringen Prävalenz geistiger Behinderung insgesamt bei hoher Varianz der Formen und Ausprägungen nur vereinzelt vor. Davon handelt der folgende Artikel: Am Beginn steht eine allgemeine Einführung zu Gesundheit und Krankheit, dann folgt die Versorgung bezogen auf verschiedene Altersgruppen, die Koordination der gesundheitlichen Versorgung, und schließlich häufige Probleme und Lösungsansätze.

Betrachtet man die Begriffe Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit Behinderung so kann man sagen, dass eine Behinderung natürlich keine Krankheit ist, aber sich einzelne Berührungspunkte ergeben. Eine Behinderung ist das Ergebnis eines Ereignisses, in der Literatur allgemein als „Schädigung" bezeichnet, das selbst Krankheitswert haben kann, so zum Beispiel ein Sauerstoffmangel unter der Geburt. Mit der daraus entstandenen Behinderung, zum Beispiel einer Halbseitenlähmung sowie einer geistigen Behinderung gehen unter Umständen bestimmte Begleiterkrankungen mit erhöhter Prävalenz einher, zum Beispiel Anfallsleiden, oder auch Herzfehler bei Menschen mit Down-Syndrom, die Krankheitswert haben und einer medizinischen Behandlung zugänglich sind.

Die medizinische Bedeutung von Behinderung

Zu Erkrankungen oder gesundheitlichen Problemen, die gehäuft mit bestimmten Behinderungen verknüpft sind, finden sich umfangreiche Angaben in der Literatur. Gleichzeitig wird durch medizinische Maßnahmen die Ausprägung von Folgekrankheiten, die häufig mit bestimmten Behinderungen verknüpft sind, zum Beispiel die Entwicklung einer Skoliose bei Hemiparese durch Krankengymnastik, verhindert oder vermindert.

So ist besonders bei Menschen mit schwerer Behinderung eine umfangreiche medizinische Behandlung notwendig, da bei ihnen häufig mehrere Erkrankungen vorliegen, und sich z.B. durch Einnahme mehrerer Medikamente daraus Wechsel- und Nebenwirkungen – eine Untersuchung

spricht von 11% der Betroffenen – ergeben, die schwer zu diagnostizieren sind.

Bereiche der gesundheitlichen Versorgung

Was gehört nun zur gesundheitlichen Versorgung? Zunächst und besonders bei Kindern, die Förderung durch therapeutische, aber auch durch pädagogische, das heißt erzieherische Maßnahmen, um die Auswirkungen der Behinderung möglichst zu begrenzen. Die Notwendigkeit hierfür wird oft durch Ärzte festgestellt und entsprechende Therapien von ihnen verordnet.

Die Prävalenz akuter oder auch chronischer Krankheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig etwas abweichend. Für Menschen mit einer leichten Behinderung sind die Unterschiede am geringsten, aber auch dort kommen syndromspezifische Häufungen, wie z.B. eine Hypothyreose vor. Die Symptomatik ist häufig abweichend von üblichen Bildern, dies beruht auf verschiedenen Gründen. Zunächst werden viele Symptome nicht als solche erkannt, da die Selbstwahrnehmung von Menschen mit einer Behinderung häufig eingeschränkt ist. So kommt es manchmal nur zu Verhaltensänderungen: jemand, der sonst lebhaft ist, wird stiller, jemand, der gerne Spaziergänge gemacht hat, mag dies nicht mehr oder ähnliches. Gerade bei Kindern sieht man auch manchmal, dass sie nicht mehr gedeihen, weniger essen. All dies müssen natürlich keine Krankheitszeichen sein, es kann auch Ausdruck einer neuen Entwicklungsphase, seelischer Probleme oder einer veränderten Lebenssituation sein, die nicht immer so offensichtlich sein muss.

Psychische Erkrankungen sind bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenfalls häufiger als bei anderen. Auch hier werden die Krankheitszeichen oft eher als Verhaltensauffälligkeiten gedeutet, bevor erkannt wird, dass die Ursache eine psychische Erkrankung ist. Besonders gravierend sind diese veränderten Krankheitszeichen bei allmählich entstehenden Erkrankungen, so wie zum Beispiel Herzmuskelschwäche. Sie führt erst im Laufe der Zeit zu Luftnot und verminderter Leistungsfähigkeit. Hier kommt es sehr auf eine genaue Beobachtung an, und manchmal fällt gerade jemandem, der nach längerer Zeit vorbeikommt, diese schleichende Veränderung auf. Medizinische Notfälle werden meist wegen der Schwere der Beeinträchtigung rasch erkannt. Eine genaue Diagnose ist dagegen auch hier oft schwierig, durch Schmerzen, Angst oder Luftnot kann die Fähigkeit, bei Untersuchungen mitzuwirken, eingeschränkt sein. So kommt es zu einer gesteigerten Anzahl an technischen Untersuchungen, die häufig unter Beruhigungsmitteln erfolgen.

Maßnahmen zur Gesunderhaltung

Bei den Maßnahmen zur Gesunderhaltung sind Impfungen in gleicher Weise sinnvoll, wie bei Menschen ohne Behinderung. Die Impfung gegen Hepatitis wird zusätzlich empfohlen, inzwischen ist sie auch eine für alle empfohlene Impfung im Kindesalter. Besonders wichtig zur Gesunderhaltung sind regelmäßige Seh- und Hörtests, Störungen in diesen Bereichen entstehen oft schleichend, werden von den Betroffenen deshalb schlechter wahrgenommen und beklagt. In der Regel handelt es sich um behandelbare Störungen, deren Vorkommen auch von Betreuern deutlich unterschätzt wird. Werden sie nicht behandelt, führen sie aber zu zusätzlichen Problemen und Beeinträchtigungen.

Die üblichen Vorsorge- und Krebsvorsorgemaßnahmen sollten auch durchgeführt werden, zusätzlich ist es sinnvoll, bestimmte Untersuchungen entsprechend einer besonderen Neigung häufiger durchzuführen. So neigen Menschen mit Down Syndrom zur Schilddrüsenunterfunktion, welche durch einen einfachen Bluttest festgestellt werden kann – diese Untersuchung sollte aber regelmäßig erfolgen. Gerade Menschen mit geistiger Behinderung sind häufiger übergewichtig, so ist es wichtig, sie zu gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung zu beraten. Auch über die Gefahren des Rauchens sollte man sie aufklären, es dann zu lassen, fällt ihnen allerdings genauso schwer wie Menschen ohne Behinderung. Da Menschen mit geistiger Behinderung nicht in einem geschützten Raum leben, sollten sie auch über Unfallgefahren Bescheid wissen.

Die Prävalenz akuter oder auch chronischer Krankheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig etwas abweichend

Schließlich sind mit der jeweiligen Behinderung manchmal bestimmte Beeinträchtigungen der Gesundheit verbunden, wie zum Beispiel Lähmungen, oder Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel ein Anfallsleiden. Diese Begleiterkrankung müssen natürlich behandelt werden, eine Verschlimmerung verhütet und der Verlauf beobachtet werden. Hierbei fällt auf, dass Menschen die eine Brille oder ein Hörgerät tragen nicht zu regelmäßigen Kontrollen gehen, weil erwartet wird, dass dies von den Patienten selbst in die Hand genommen wird.

Die medizinische Versorgung in den verschiedenen Lebensphasen

Für Kinder ist in der Regel ein Kinderarzt zuständig, dieser hat häufiger mit nicht sprechenden Patienten zutun, z. B. bei Säuglingen und kommt damit in der Regel gut zurecht. Auch hat er häufiger Patienten mit Behinderung in der Sprechstunde, stellt die erste Diagnose, sucht nach unbekannten Ursachen einer Behinderung, beginnt die Förderung durch Krankengymnastik und vieles mehr. Somit ist die Versorgung für Akutkrankheiten und Begleiterkrankungen bei Kinderärzten für Kinder mit einer Behinderung häufig gut. Zusätzlich gibt es zur Koordination der Diagnostik und Fördermaßnahmen noch sozialpädiatrische Zentren, die eine wichtige Anlaufstellen für Eltern gerade in den ersten Jahren sein können. Wenn zusätzlich Fachärzte nötig sind, wie zum Beispiel Kinderneurologen, Kinderchirurgen gilt ähnliches wie für Kinderärzte, auch sie sind häufig gut auf die Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung eingestellt. Durch besondere Häufungen bestimmter Begleiterkrankungen bzw. Fehlbildungen, wie zum Beispiel Herzfehler bei Kindern mit

Psychische Erkrankungen sind bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenfalls häufiger als bei anderen. Auch hier werden die Krankheitszeichen oft eher als Verhaltensauffälligkeiten gedeutet, bevor erkannt wird, dass die Ursache eine psychische Erkrankung ist

geistiger Behinderung, ist auch in hochspezialisierten Abteilungen wie der Herzchirurgie, die Erfahrung im Umgang mit ihnen vorhanden.

Eine andere Schwierigkeit taucht allerdings auch schon im Kindesalter auf: neu auftretende Probleme und Beschwerden werden zunächst auf die Behinderung zurückgeführt, bevor nach anderen Ursachen gesucht wird, so kann eine frühzeitige Diagnosestellung verpasst werden. Die häusliche Betreuung erfolgt in der Regel vorwiegend durch die Eltern, so dass diese für den Arzt gute Ansprechpartner für die Vorgeschichte und die krankheitsbedingten Veränderungen sind, allerdings sind sie in der Regel stark emotional beteiligt und manchmal aufgeregt. Im Erwachsenenalter hat sich die gesundheitliche Situation häufig stabilisiert, dadurch findet eine weniger intensive medizinische Betreuung statt. So kennen sich die Ärzte häufig weder mit den behinderungsbedingten gesundheitlichen Besonderheiten noch mit Verhaltensauffälligkeiten aus und können deshalb teilweise nicht angemessen reagieren. In der Erwachsenenzeit treten häufiger chronische, schleichend entstehende Erkrankungen auf, die oft erst spät erkannt werden. Darüber

Eine andere Schwierigkeit taucht allerdings auch schon im Kindesalter auf: neu auftretende Probleme und Beschwerden werden zunächst auf die Behinderung zurückgeführt, bevor nach anderen Ursachen gesucht wird

Warum Betreuer gut über Nebenwirkungen von Psychopharmaka Bescheid wissen sollten

Fallvignette aus dem Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin.

Herr L. ist ein 43-jähriger Patient mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung. Aufgrund seiner mangelnden Sprachfähigkeit kann er keine Angaben zu seinen Beschwerden machen. Von den begleitenden Betreuern der Wohneinrichtung wurden bei der stationären Aufnahme folgende Probleme geschildert: Seit 6 Monaten beständen zunehmend Schlafstörungen, es sei zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus mit nächtlicher Unruhe und Zerreißen von Kleidung gekommen. Tagsüber sei Hr. L. antriebs- und interesselos, er weine häufig. 1999 seien Nierensteine ausgeschlossen worden, seitdem erfolgten keine stationären Behandlungen mehr. Aufgrund der Schlafstörungen wurde Hr. L. vor 7 Monaten ambulant auf das sedierende Antidepressivum Doxepin in einer Dosis bis zu 75 mg zur Nacht eingestellt. Ansonsten gab es keine psychiatrischen Vorerkrankungen. Unter der Diagnose „Schlafstörungen, V.a. Depression" wurde Herr L. vom niedergelassenen Arzt eingewiesen.

Bei der psychopathologischen Befunderhebung wirkte Herr L. affektarm, gedrückt und ängstlich-zurückhaltend. Es bestand kein Anhalt für psychotisches Erleben. Sichere Hinweise auf einen Demenzprozess (Orientierungsstörungen, Verlernen von bisherigen Fähigkeiten) bestanden überdies nicht. Bei der körperlichen Untersuchung fielen klopfschmerzhafte Nierenlager beidseits und ein massiver Unterbauchtumor auf.

Unter dem Verdacht eines massiven Blasenhochstandes erfolgte die schrittweise Katheterisierung mit Entleerung von insgesamt 1600 ml Urinvolumen. Doxepin wurde abgesetzt, da anzunehmen war, dass der mittlerweile chronische Harnverhalt, also die Unmöglichkeit, Urin zu lassen, durch dieses Medikament ausgelöst war. Die sonographische Untersuchung der harnableitenden Organe erbrachte den Befund einer ausgeprägten Blasenwandhypertrophie als Zeichen einer chronischen Schädigung der Blasenwand.

Im weiteren Verlauf waren die Schlafstörungen vollständig rückläufig, die Stimmung war deutlich gebessert und die affektive Modulierbarkeit gut, Herr L. zeigte eine Zunahme von Antrieb und Interesse. Die Blasenfunktion regulierte sich nach kompliziertem Verlauf aufgrund einer hämorrhagischen Cystitis zunehmend, es traten keine weiteren Harnverhalte mehr auf. Der Patient bot zum Entlassungszeitpunkt psychopathologisch keinen Anhalt auf eine zusätzlich zur geistigen Behinderung bestehende psychiatrische Erkrankung. Die Einstellung auf ein Psychopharmakon war nicht erforderlich.

Zusammenfassung: Herr L. litt bei Aufnahme unter einem Harnverhalt. Dieser war am ehesten medikamentös bedingt. Ein Harnverhalt ist eine bekannte Nebenwirkung bei allen chemisch trizyklisch strukturierten Medikamenten, bei Herrn L. hatte diese mit Schmerzen einhergehende Nebenwirkung vermutlich über Monate hinweg zu sekundären Schäden der Blasenwand geführt (Verdickung).

Konsequenz: Wichtig ist die Notwendigkeit ärztlicher Aufklärung über Nebenwirkungen an die Betreuer. Kontaktpersonen müssen darüber informiert werden, welche Beeinträchtigungen auftreten können, damit gezielte Kontrollen möglich sind, insbesondere bei geistig behinderten Menschen, die selbst keine Nebenwirkungen berichten können. Körperliche Veränderungen sollten dem betreuenden Personal bei geistig behinderten Menschen stets Anlass geben, dem behandelnden Arzt davon zu berichten, auch wenn der Patient selbst keine Beschwerden klagt.

Die Fallvignette wurde von Cornelia Klinger, Stationsärztin am Behandlungszentrum des KEH erstellt

Wichtig ist die Notwendigkeit ärztlicher Aufklärung über Nebenwirkungen an die Betreuer. Kontaktpersonen müssen darüber informiert werden, welche Beeinträchtigungen auftreten können, damit gezielte Kontrollen möglich sind, insbesondere bei geistig behinderten Menschen

hinaus fehlt die kontinuierliche Beobachtung, da ein Erwachsener mit geistiger Behinderung häufig verschiedene Betreuungspersonen hat, in der Werkstatt, im Wohnbereich, in der Freizeit. Gerade eine genaue Beobachtung ist jedoch bei der fehlenden Möglichkeit, sich bei dem Patienten selbst genau nach den Beschwerden erkundigen zu können, sehr wichtig zur Diagnosefindung.

Die Koordination verschiedener gesundheitsbezogener Maßnahmen findet in der Regel durch Betreuer statt, eine Absprache verschiedener Ärzte fehlt. Gleichzeitig tragen häufig verschiedene Menschen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung: Betreuer im Wohnbereich, gesetzliche Betreuer, Angehörige. Unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit können hier zu Reibungen führen. Psychiatrische Erkrankungen werden häufig übersehen, aber es werden deutlich häufiger als bei anderen Menschen Psychopharmaka verabreicht. So ist die Ursache oft die Behandlung eines Symptoms, z.B. einer Verhaltensauffälligkeit ohne dass sachgemäß eine Diagnose gestellt wird. Andere Methoden zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen wie Psychotherapie kommen dagegen nur sehr selten zum Einsatz.

Bei weitergehenden oder eingreifenden Untersuchungen wird häufig die Belastung durch die Untersuchung gegen den Erkenntnisgewinn abgewogen. Teilweise wird dabei auf Untersuchungen verzichtet, die sinnvoll und notwendig gewesen wären, weil die Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung groß ist und die Probleme nicht gut eingeschätzt werden können. Viele apparative Untersuchungen werden mit Hilfe von Beruhigungsmitteln durchgeführt. Andererseits werden häufig mehr Untersuchungen nötig, als bei Menschen ohne geistige Behinderung, da die Erhebung der Vorgeschichte und der aktuellen Beschwerden so schwierig ist.

Werden Menschen mit geistiger Behinderung alt, so sind sie häufig recht gesund, es treten aber altersbedingte Krankheiten hinzu. Ihre Entwicklung ähnelt anderen älteren Menschen, sie sind weniger aktiv und die geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab. Da auch Menschen ohne geistige Behinderung im Alter häufiger dement werden, sind die dadurch bestehenden Probleme den Ärzten wieder besser vertraut.

Koordination ist entscheidend

Für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung besteht ein Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung. Es ist sehr vielfältig und ein Problem besteht darin, es vernünftig zu nutzen, ein anderes in der Koordination der verschiedenen Maßnahmen. Hierbei ist besonders wichtig zu bedenken, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig mehrere Medikamente einnehmen und dadurch Wechselwirkungen und vermehrte Nebenwirkungen auftreten können, die sich wieder atypisch äußern können. Zunächst gibt es den Hausarzt als ersten Ansprechpartner, der zum Facharzt oder zum Krankenhaus überweist und Therapien verordnet. Auch Fachärzte verordnen Therapien und in Notfällen geht man direkt ins Krankenhaus. Im Kindesalter ist der Hausarzt häufig ein Kinderarzt und die Koordination der Therapien und gesundheitsbezogenen Leistungen findet zusätzlich im sozialpädiatrischen Zentrum statt.

Begleiterkrankungen wie Anfallsleiden oder psychiatrische Erkrankungen werden durch Fachärzte, mit Therapien und im Bedarfsfall in Fachkliniken behandelt. Hier zeigt sich schon, dass häufig die Rückkopplung der verschiedenen Maßnahmen nicht ausreichend gewährleistet ist, dies gilt auch für Menschen ohne Behinderung. Lähmungen und Sinnesbehinderungen werden durch Fachärzte, mit Hilfsmitteln und ebenfalls bei Bedarf in Fachkliniken behandelt. Hierbei ist es wichtig, dass klar ist, wer die Verantwortung für die regelmäßige Überprüfung der Hilfsmittel trägt, da sie regelmäßig auf Zweckmäßigkeit überprüft werden müssen.

Bei Menschen, die in großen Einrichtungen leben, gibt es dort teilweise Heimärzte und auch Fachkliniken, die große Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung haben, allerdings bei spezielleren Problemen an Fachleute überweisen. Schließlich gibt es noch das öffentliche Gesundheitswesen, das in Begutachtungsfragen und teilweise in Fragen der Gesunderhaltung zuständig ist, hierbei bestehen große lokale Unterschiede hinsichtlich der Kompetenz und Aufgabenbereiche.

Für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung besteht ein Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung. Es ist sehr vielfältig und ein Problem besteht darin, es vernünftig zu nutzen

Probleme des Zugangs zur medizinischen Versorgung

Ein besonderes Problem für Menschen mit geistiger Behinderung besteht häufig im Zugang zum Medizinsystem. Sie äußern häufig Krankheitsbeschwerden oder den Wunsch zum Arzt zu gehen nicht selbst, sondern der Arztbesuch kommt durch die Beobachtung von außen zustande und hängt damit sehr von der Qualität dieser Beobachtung ab. Verstehen Menschen mit Behinderung nicht was mit ihnen passiert, oder haben sie beim Arzt schon schlechte Erfahrungen gemacht, sind sie häufig ängstlich und reagieren zum Beispiel mit Abwehr, wollen sich nicht anfassen lassen. Auf Seiten der Ärzte gibt es Probleme, wenn ihnen diese Mechanismen unbekannt sind, sie deshalb das abwehrende Verhalten nicht verstehen und darauf nicht eingehen können. Die Verständigung zwischen Arzt und Patient ist häufig problematisch, erschwerend kommt eine häufig kurze Aufmerksamkeitsspanne des Menschen mit geistiger Behinderung dazu. So kann der Patient nach der Befragung vielleicht den Erklärungen des Arztes zur Therapie nicht mehr folgen.

Häufig sind sehr viele Personen beteiligt, der gesetzliche Betreuer, die Bezugsperson, der Arzt selbst, so dass die Situation unübersichtlich wird. Ein Einverständnis über notwendige Maßnahmen wird nur mühsam erreicht, und dabei geht die zentrale Rolle des Menschen mit Behinderung verloren. Häufig gerät er in eine passive Rolle, die nicht gut für die Mitarbeit in der Krankheitsbekämpfung ist und ihm zusätzlich das Gefühl vermittelt, ausgeliefert zu sein. Durch

Bei weitergehenden oder eingreifenden Untersuchungen wird häufig die Belastung durch die Untersuchung gegen den Erkenntnisgewinn abgewogen. Teilweise wird dabei auf Untersuchungen verzichtet, die sinnvoll und notwendig gewesen wären

Normalisierung auch im Gesundheitsbereich bedeutet, dass Menschen mit Behinderung alle medizinischen Angebote, auch hochspezialisierte, wahrnehmen können

die schwierige Befragung zu aktuellen Krankheitszeichen und der Vorgeschichte, kann die Diagnose häufig schlechter gestellt werden. Die Durchführung der Behandlung wird durch die eingeschränkte Mitarbeit der Patienten teilweise erschwert. Medikamente werden allerdings regelmäßiger eingenommen, als von Menschen ohne Behinderung, wahrscheinlich liegt dies daran, dass dies besser kontrolliert wird.

Durch die mangelhafte Befragungsmöglichkeit werden mehr Untersuchungen und diese zum Teil in Narkose fällig, dies stellt ein zusätzliches Risiko dar. Wissen Ärzte nichts über erhöhte Erkrankungsrisiken, können sie nicht gezielt nach bestimmten Erkrankungen suchen. Außerdem kann durch die Einwilligungsnotwendigkeit des Betreuers zusätzliche Verwaltungsarbeit entstehen. Die Beförderung kann bei Rollstuhlfahrern ein Problem sein, ebenso wie die nicht behindertengerechte Ausstattung mancher Praxen.

Als letztes kann das Menschenbild, das ein Arzt hat, eine Rolle für die Behandlung von Menschen mit Behinderung spielen. Bestimmte Maßnahmen wie Herzoperationen, Nierentransplantationen und anderes wurden anfangs nicht bei Menschen mit Behinderungen durchgeführt, was zum Teil auf die Sichtweise von Leben mit Behinderung zurückzuführen ist. Dies hat sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Positiv könnte sich auswirken, das die Medizin sich für alle zu mehr und mehr individuellen Maßnahmen hin entwickelt, und das Einbeziehen von Besonderheiten, wie zum Beispiel bestimmten Lebensvorstellungen, immer selbstverständlicher wird.

Durch die mangelhafte Befragungsmöglichkeit werden mehr Untersuchungen und diese zum Teil in Narkose fällig, dies stellt ein zusätzliches Risiko dar. Wissen Ärzte nichts über erhöhte Erkrankungsrisiken, können sie nicht gezielt nach bestimmten Erkrankungen suchen

Lösungsansätze

Lösungsmöglichkeiten für die oben aufgezählten Problem ergeben sich größtenteils ganz zwangsläufig: Einerseits brauchen die Fachleute mehr Wissen über die Besonderheiten, dies ist in den Zeiten des Internet sicher einfach möglich. Und mehr Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung, was über die vermehrte Integration vielleicht gar nicht so schwer ist. Ein Praktikum in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung, zum Beispiel als Teil des ohnehin vorgeschriebenen Pflegepraktikums, wäre hierbei hilfreich. Gäbe es festgelegte „Fahrpläne“ zu erweiterten Vorsorgeuntersuchungen, die so von den Krankenkassen übernommen würden, käme es zur früheren Entdeckung gerade von chronischen Krankheiten. Dabei könnten auch Leitlinien, wie bestimmte Symptome weiter abgeklärt werden können und Gesundheitspässe zur Dokumentation der Vorgeschichte und bereits durchgeführter Untersuchungen mit ihren Ergebnissen die Qualität verbessern. Zur einfacheren Beschaffung der Information sind Informationsnetzwerke sinnvoll.

Da das Wissen allerdings teilweise noch sehr spärlich ist, sollte unbedingt weitere Forschung zu den Besonderheiten, die mit einer geistigen Behinderung verknüpft sind und wie sie am besten behandelt werden, stattfinden. Die Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin für Menschen mit geistiger Behinderung wie in Holland wäre hierfür sicher hilfreich. Viele befürworten Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger Behinderung, um eine bessere Koordination zu gewährleisten. Schließlich sollten Ärzte für die Behandlung von Menschen mit Behinderung mehr Zeit haben, denn diese brauchen sie und dafür sollten sie besser entlohnt werden.

Zusammengefasst heißt dies: Normalisierung auch im Gesundheitsbereich bedeutet, dass Menschen mit Behinderung alle medizinischen Angebote, auch hochspezialisierte, wahrnehmen können. Die vielfältigen Angebote zur gesundheitlichen Versorgung sollten als Nachteilsausgleich für sie leichter nutzbar sein, und ihre Eignung speziell für Menschen mit Behinderung verbessert werden. Hierzu ist es wichtig, dass die Beteiligten im Gesundheitswesen die auftretenden Probleme kennen. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Koordination der verschiedenen Angebote könnten besonders hilfreich sein. ●

Die Kerbe – immer aktuell!

Möchten Sie zu Beginn des neuen Jahres einmal einen Blick zurück werfen auf die Fachdiskussion der letzten drei Jahre? Bestimmt ist dann für Sie bei den Kerbe-Ausgaben der Jahre 2002 bis 2004 auch etwas Interessantes dabei. Die gute Nachricht: wir haben noch eine Restauflage der jeweiligen Hefte vorrätig. Sie können sie unter Angabe von Nummer und Jahr zum Preis von 6 Euro pro Heft (frei Haus) bestellen bei: Verlag der Evangelischen Gesellschaft, Zeitschrift Kerbe, Postfach 10 38 52, 70033 Stuttgart, Tel: 07 11/ 6 01 00 57, Fax: 07 11/ 6 01 00 76, E-mail: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Nachfolgend eine Übersicht der Themen der letzten drei Jahre:

1/2004: Transkulturelle Psychiatrie II
2/2004: Frühe Störungen: Erklärungsmodelle – Diagnostik – Interventionen im Spannungsfeld zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe
3/2004: Gewalt (de-)eskalationen in der Gesellschaft – Gewalt (de-)eskalationen in der Psychiatrie
4/2004: Personenzentrierung in der Praxis

1/2003: Welche Risiken und Chancen bringen Sozialversicherungsleistungen für die Sozialpsychiatrie?
2/2003: Psychische Erkrankung und Religiosität
3/2003: Auf dem Weg zur Ambulantisierung der Eingliederungshilfe – die Umsetzung des §93 BSHG und die Folgen
4/2003: Transkulturelle Psychiatrie I

1/2002: Forensik
2/2002: Qualitätsentwicklung
3/2002: Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung
4/2002: Teilhabe

Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung laufen Gefahr, von Leistungen ausgeschlossen zu werden

Von Michael Seidel

Der nachstehende Beitrag erläutert die wichtigsten Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung. Dabei werden auch die verschärfenden Auswirkungen neuer Regelungen auf dem Gebiet der Sozialhilfe in die Analyse einbezogen. Abschließend wird die Richtung notwendiger Veränderungen bestimmt.

Zum 1. Januar 2004 trat das GKV-Modernisierungsgesetz, kurz GMG genannt, in Kraft. Der Gesetzgeber, der Deutsche Bundestag, beabsichtigte mit diesem Gesetz, beschlossen ausgerechnet im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen, wesentliche Kostenentlastungen im Gesundheitssystem durch eine verstärkte finanzielle Heranziehung der Patientinnen und Patienten, der Versicherten.

Das GKV-Modernisierungsgesetz und seine Ziele

Die schwerwiegendsten Neuregelungen betreffen – anders als die besonders anfangs sehr aufgeregte Diskussion in der Öffentlichkeit suggerierte – nicht die erweiterten und teilweise neuartigen Zuzahlungen einschließlich Praxisgebühren, denn diese sind an den individuellen Belastungsgrenzen gedeckelt. Die einschneidendsten Konsequenzen liegen im Bereich der Leistungsausschlüsse, die ohne jede Kompensationsmöglichkeit auch jene Menschen in voller Härte treffen, die über sehr geringe Einkünfte verfügen. Dazu gehören Menschen mit sehr geringen Arbeitseinkünften, niedrigen Renten und Sozialhilfeleistungen (Hilfe zum Lebensunterhalt, Eingliederungshilfen). Am härtesten sind Personen betroffen, die als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nur einen sogenannten Barbetrag von vielleicht 60 bis 80 Euro erhalten, von dem sie alle ihre Ausgaben für Post, Telefon, Verkehrsmittel, Frisör, Körperpflegemittel usw. bestreiten müssen.

Leistungsausschlüsse und ihre Auswirkungen

Die Leistungsausschlüsse durch das GMG beziehen sich z. B. auf Sehhilfen (Brillen), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. OTC-Präparate), Krankentransportkosten zu ärztlichen und anderen medizinischen Behandlungen. Zu den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (sog. OTC-Präparate) und den Krankentransportkosten wurden einige noch sehr unzulängliche Ausnahmeregelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als Organ der Selbstverwaltung formuliert. Allerdings muss man einräumen, dass dem Bundesausschuss durch die Gesetzgebung sehr enge Grenzen gesetzt worden sind.

Die Auswirkungen dieser Regelungen sind für viele Menschen gravierend: So hat eine Umfrage im Herbst unter Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel ergeben, dass einige von ihnen mehr Geld pro Monat für sogenannte OTC-Präparate ausgeben müssen als sie monatlich durch Barbetrag und Zusatzbarbetrag erhalten. Die logische Folge dieser neuen gesetzlichen Regelungen ist der erzwungene Verzicht auf bestimmte Leistungen, weil schlicht und ergreifend dafür das Geld fehlt. Wenn man dann noch bedenkt, dass gerade Menschen mit Behinderungen wie auch andere sozial schwache Menschen überdurchschnittlich häufig und überdurchschnittlich umfangreich auf gesundheitliche Leistungen angewiesen sind, erkennt man, dass gerade die am meisten bedürftige Gruppe von den Sparzielen der Politik am meisten betroffen sind.

Verschärfung durch Neuregelungen auf dem Gebiet der Sozialhilfe

Eine besondere Verschärfung haben die Belastungen durch das GMG dadurch erfahren, dass der Leistungsumfang der Sozialhilfe strikt an den Grenzen des SGB V ausgerichtet wurden und durch das neue SGB XII mit Wirkung ab 2005 die Einzelfallhilfe einerseits, der Zusatzbarbetrag andererseits wegfallen werden. (Für bisherige Bezieher des Zusatzbarbetrages wurde mittlerweile mit Blick auf den verfassungsrechtlich verankerten Bestandsschutz die weitere Zahlung des Zusatzbarbetrages geregelt.)

Wenn außerordentliche Kosten für Gesundheitsleistungen, z. B. für eine neue Brille, die leicht einige hundert Euro kosten kann, anfallen, ist die Gewährung eines Darlehens – übrigens nur als Kann-Bestimmung formuliert – möglich. Die zwingende Rückzahlung eines Darlehens schmälert natürlich die verfügbaren Barbeträge erheblich. Wenn nun innerhalb eines Rückzahlungszeitraumes weitere Darlehen notwendig werden, sind große Schwierigkeiten vorprogrammiert.

Die Alternative ist die verzögerte Inanspruchnahme oder gar der gänzliche Verzicht auf bestimmte teure gesundheitsbezogene Leistungen. An der Brille, dem vielleicht plastischsten Beispiel für ein auf soziale und berufliche Integration zielendes Hilfsmittel, wird deutlich, dass das GMG unmittelbar die soziale Teilhabe beeinträchtigt. Sinnentsprechendes lässt sich für andere gesundheitliche Leistungen, beispielsweise die Anwendung von OTC-Präparaten, zeigen. So sind bestimmte Hautpflegemittel für Zielgruppen mit besonderen Risiken für Hauterkrankungen, z. B. Rollstuhlfahrer, noch nicht durch die erwähnten Ausnahmeregelungen erfasst.

Prof. Dr. med. Michael Seidel, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Geschäftsführer und Leitender Arzt Stiftungsbereich Behindertenhilfe der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel, Maraweg 9, 33617 Bielefeld, drmseidel@t-online.de

Die derzeitig als schwerwiegende Benachteiligung vieler Menschen mit Behinderungen sichtbar werdenden Auswirkungen des GMG sind weiter zu analysieren.

Die Zuzahlungen und ihre Auswirkungen

Aber auch die Zuzahlungen haben es in sich: Praxisgebühren und neue oder erheblich erweiterte Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten, verschreibungsfähigen Medikamenten, Heilmitteln (Physiotherapie, Sprachtherapie, Ergotherapie) oder Soziotherapie stellen für Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten stets eine Barriere der Inanspruchnahme von Gesundheitsleitungen dar. Nicht selten, das zeigen die Erfahrungen vielerorts, verzichten Betroffene auf die rechtzeitige Inanspruchnahme notwendiger Leistungen. Nicht selten wird sogar auf Dauer verzichtet. Die Folge verspäteter Behandlungen sind verschlimmerte Krankheitsbilder – natürlich oft mit erhöhtem Aufwand und vermehrten Kosten – von eventuellen Chronifizierungen oder Folgeschäden und Komplikationen ganz zu schweigen. Besonders ausgeprägt dürfte diese Tendenz bei Menschen mit geringer Fähigkeit sein, die langfristigen Folgen ihres Verzichtes vorauszusehen – z. B. bei Menschen mit geistiger Behinderung – oder bei Menschen, die – wie viele Menschen mit psychischen Behinderungen und Krankheiten – krankheitsbedingt nur eine geringe Behandlungsmotivation oder eine geringe Krankheitseinsicht haben.

Erste Erfahrungen zeigen, dass die Leistungsinanspruchnahme im Jahre 2004 deutlich zurückgegangen ist, dabei aber überproportional bei Menschen mit geringen Einkünften. Unter letzteren befinden sich Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Mit dieser Entwicklung wird die immerhin neu im Gesetz verankerte Forderung (§ 2a SGB V), die besonderen Belange chronisch kranker und behinderter Menschen angemessen zu berücksichtigen, faktisch konterkariert.

Die gewonnen Erkenntnisse sind den politischen Entscheidungsträgern anschaulich und beharrlich zu vermitteln. Die angesichts des parteienübergreifenden Konsenses zum GMG leider nur geringen Erfolgsaussichten sollten nicht daran hindern, auf Abmilderungen der für behinderte und chronisch kranke sowie einkommensschwache Menschen nachteiligsten gesetzlichen Regelungen zu drängen.

Praktische Probleme bei den Zuzahlungen

Wie allgemein bekannt, begrenzen sich die Zuzahlungen einschließlich der Praxisgebühren an den so genannten individuellen Belastungsgrenzen. Dabei werden im allgemeinen 2% des Jahreseinkommens als Belastungsgrenzen zugrunde gelegt. Wenn jemand eine ärztliche Bescheinigung über eine schwerwiegende chronische Erkrankung in ärztlicher Dauerbehandlung vorlegen kann, verringert sich diese Belastungsgrenze auf 1% des Jahreseinkommens. Für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, für die Leistungsträger der Sozialhilfe aufkommen, wird dabei rechnerisch der Eckregelsatz der Sozialhilfe (Haushaltsvorstand) zugrunde gelegt. Damit kommen nach dem neuen SGB XII ab 2005 Zuzahlungsgrenzen von ca. 82,20 oder 41,10 Euro pro Jahr – je nachdem, ob 2% oder 1% angerechnet werden – zustande.

Für Menschen mit geringen Barbeträgen sind solche Beträge als Zuzahlung vielleicht keine Katastrophe, aber schon eine deutliche Härte. Das praktische Hauptproblem besteht darin, dass Belege über gezahlte Zuzahlungen verlässlich gesammelt, Befreiungsanträge und Anträge auf Rückerstattung überzahlter Beträge für Zuzahlungen oder Praxisgebühren rechtzeitig gestellt, evtl. vorhandene Befreiungsbescheinigungen der Krankenkassen jedes Mal beim Arzt und in den Apotheken vorgelegt werden müssen usw. Da viele Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung oder Menschen mit chronischer Suchterkrankung – wie auch wohnungslose Menschen – damit überfordert sind, sind sie auf die Unterstützung durch Angehörige, rechtliche Betreuer oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen und Diensten angewiesen. Wenn sie solche Unterstützung nicht erhalten oder – z. B. krankheitsbedingt – nicht in Anspruch nehmen, sind finanzielle Überforderungen zu ihrem Nachteil zu befürchten. Auch dafür sind schon Beispiele bekannt geworden.

Erfreulicherweise haben sich im Sommer 2004 die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen einer Verwaltungsvereinbarung darauf geeinigt, dass Vorauszahlungen bis zur Summe der Belastungsgrenze ermöglicht werden können, wenn die Zuzahlungsgrenze erkennbar rasch erreicht ist.

Außerdem haben Ende 2004 Bundestag und Bundesrat ein Änderungsgesetz zum – noch gar nicht in Kraft befindlichen – SGB XII beschlossen. Dieses Änderungsgesetz sieht vor, dass die Leistungsträger der Sozialhilfe im Wege einer Darlehensgewährung die Vorauszahlung des Jahres-Zuzahlungsbetrages für die zu Lasten der Leistungsträger der Sozialhilfe betreuten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner übernehmen können, sofern die Betroffenen nicht widersprechen.

Ausblick

Die derzeitig als schwerwiegende Benachteiligung vieler Menschen mit Behinderungen sichtbar werdenden Auswirkungen des GMG sind weiter zu analysieren. Die gewonnen Erkenntnisse sind den politischen Entscheidungsträgern anschaulich und beharrlich zu vermitteln. Die angesichts des parteienübergreifenden Konsenses zum GMG leider nur geringen Erfolgsaussichten sollten nicht daran hindern, auf Abmilderungen der für behinderte und chronisch kranke sowie einkommensschwache Menschen nachteiligsten gesetzlichen Regelungen zu drängen.

Daneben ist bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dafür zu werben, im Rahmen des begrenzten Spielraumes dieses Gremiums weitere notwendige Ausnahmeregelungen zugunsten behinderter und chronisch kranker Menschen zu formulieren. ●

Raum für Ausdruck und Entfaltung

Kreativ- und ergotherapeutische Angebote für psychisch kranke Erwachsene mit geistiger Behinderung

Von Roland Spies, Ina Rohr und Rosemarie Camatta

Therapieformen mit gestalterischen und kreativen Inhalten geben insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung, deren sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind, Raum, sich individuell auszudrücken und zu entfalten. Wichtig ist die Erarbeitung eines integrierten Therapiekonzeptes im multiprofessionellen Team, das auf die Persönlichkeit und Ressourcen des Patienten abgestimmt ist und Besonderheiten der psychischen Erkrankung berücksichtigt. Im Folgenden werden spezifische Aufgaben der verschiedenen Kreativtherapien im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes vorgestellt.

Musiktherapie: Eine Indikation für Musiktherapie als eine nonverbale Therapieform ist vor allem dann gegeben, wenn sich Patienten verbal nur unzureichend oder gar nicht ausdrücken können. Das musikalische Medium bietet mit seinen Elementen wie Rhythmus, Klang, Melodie, Tempo und Dynamik ein basales Kommunikationsfeld. Die musiktherapeutische Aufgabe besteht darin, mit Hilfe des musikalischen Angebots den Patienten aus der Isolation heraus in eine Beziehungsaufnahme zu führen, die dann therapeutisch nutzbar gemacht werden kann. Genauso wie die frühe psychische Entwicklung die sichere Bindung an eine wichtige Bezugsperson braucht, ist für die Behandlung einer psychischen Störung eine tragfähige therapeutische Beziehung vonnöten, in der akzeptiert wird, was der Patient tut.

In einer nicht auf Leistung orientierten Atmosphäre wird er ermutigt, zu experimentieren und sich musikalisch bisher unbekannte Gebiete zu erobern. Dies kann letztlich zu einem stärkeren Selbstwertgefühl („ich kann etwas"), zu einem positiveren Selbstbild und zu einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit beitragen. Das musiktherapeutische Instrumentarium ist ähnlich dem der Musiktherapie der allgemeinen Psychiatrie. Das Angebot reicht von Einzeltherapie, Therapie in kleineren Gruppen bis hin zur Singtherapie in der Gruppe der gesamten Station. Die Indikation richtet sich jeweils nach dem Grad der Behinderung und der Art der psychischen Störung.

Ergotherapie: Innerhalb der Ergotherapie steht die Handlungsfähigkeit des Patienten im Mittelpunkt. Die Handlungskompetenzen der Patienten sind individuell sehr verschieden und werden sowohl durch die geistige Behinderung als auch die psychische Erkrankung beeinträchtigt, wobei eine Unterscheidung der beiden Ursachen notwendig ist. Zunächst geht es darum, über eine Beobachtung des jeweiligen Patienten im stationären Setting und innerhalb der Ergotherapie zu einer Einschätzung seiner Fähigkeiten sowie der ihn beeinträchtigenden psychischen Symptomatik zu gelangen.

Innerhalb der Ergotherapie sollen dann einerseits die gesunden, nicht an Krankheit gebundenen Anteile des Patienten gefördert werden, andererseits wird versucht, über den Einsatz bestimmter Materialien und einer je nach Krankheitsbild offenen oder geschlossenen Aufgabenstellung positiv auf die jeweilige Symptomatik einzuwirken.

Hierbei orientiert man sich an den Methoden der ergotherapeutischen Behandlung allgemeinpsychiatrischer Patienten:

- Geschlossene Aufgabenstellung mit überschaubaren, vorgegebenen Handlungsschritten unter Verwendung eines harten, Widerstand bietenden Materials wie Holz. Beispielsweise bei Patienten mit gestörtem Realitätsbezug im Rahmen einer Schizophrenie.
- Verwendung eines „weichen" Materials" wie Aquarellfarben und einer Aufgabenstellung, die zu einem schnellen, positiven Ergebnis führt. Beispielsweise bei Patienten mit Antriebslosigkeit, gedrückter Stimmung und vermindertem Selbstwertgefühl im Rahmen einer Depression.
- Konkrete geschlossene Aufgabenstellung „Ton schlagen". Zum Beispiel zur Kanalisation von Anspannung und Erregungszuständen.

Im Rahmen der Kontaktanbahnung stellt das Finden des richtigen Zugangsweges die erste Herausforderung dar. Über das Anbieten verschiedener Aktivitäten und Materialien erhält der Patient die Möglichkeit zu zeigen, in welchen Bereichen seine Interessen und Bedürfnisse liegen. Ausgehend von dieser Grundkenntnis kann die weitere Therapie geplant werden.

Die Ergotherapie findet einzeln oder in Kleingruppen von 2 bis 6 Personen statt. Im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie benötigen die Patienten grundsätzlich ein höheres Maß an Unterstützung, es werden einfachere Aufgabenstellungen verwendet, Anleitung erfolgt zu einem großen Teil über Demonstration, teilweise per Handführung. Da die meisten Patienten nach Ablauf des Klinikaufenthaltes wieder in einen Werkstatt- oder Tagesförderbereich integriert werden sollen, liegt ein Augenmerk der Ergotherapie auf der Einschätzung der Belastbarkeit sowie möglichen Über- oder Unterforderungssituationen, um gegebenenfalls eine Anpassung der Arbeitssituation empfehlen zu können.

Kunsttherapie: Ein weiterer Schwerpunkt im therapeutischen Bereich ist die Kunsttherapie. Das Malen kann die eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten der Patienten ergänzen und gibt ihnen Raum, sich bildnerisch auszudrücken. Spezifisch ist hierfür

Roland Spies, Studium der Musiktherapie an der Universität der Künste zu Berlin, Behandlungszentrum am KEH

Ina Rohr, Ergotherapieausbildung an der staatlich anerkannten Schule für Ergotherapie Schwarzerden / Rhön e.V., Behandlungszentrum am KEH

Rosemarie Camatta, M.A. Kunstgeschichte/ Germanistik, Kunsttherapeutin DFKGT, Behandlungszentrum im Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge, Herzbergstr. 79, 10362 Berlin

der Umgang mit Materialien wie Aquarellfarben, Kreiden, Buntstiften, Gouache- Farben, Papier und Karton in einer Atmosphäre, die nicht leistungsorientiert ist. Das Hinterlassen bildnerischer Spuren, der Stolz auf das geschaffene Bild und die Anerkennung dafür – z.B. auch in Form einer ständigen Ausstellung im Kunsttherapieraum und Wandausgestaltungen mit Patientenbildern auf den Stationen – stärken das Selbstwertgefühl der Patienten. Hier werden auch kreative Problemlösungsstrategien begünstigt. Der bildnerische Ausdruck von Gefühlen hat spannungslösende Wirkung und kann daher als eine Deeskalationsmaßnahme genutzt werden.

Die vorgestellten Kreativ- und gestalterischen Therapieformen, die an unserem Behandlungszentrum eingesetzt werden, verstehen sich als ergänzende Behandlung sozial-emotionaler Probleme (wie z.B. Aggression und Angst). Des Weiteren dienen sie der Entwicklung und Förderung motorischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten.

Literatur

Schuhmacher K (1999) Musiktherapie und Säuglingsforschung. Peter Lang Verlag
Smeijsters H (1999) Grundlagen der Musiktherapie. Hogrefe- Verlag
Schieber I (1995) Ergotherapie in der Psychiatrie. Stam Bardtenschlager Verlag

Wie in der Praxis Qualität entsteht ...

Rückwirkungen der Integration geistig behinderter Menschen auf die Qualität der Krisenintervention im Berliner Krisendienst Region Ost

Von Sylvia Sigusch und Olaf Neumann

Der Berliner Krisendienst als allgemeine ambulante Krisenberatungsstelle öffnete sich von Beginn seiner Entstehung auch für geistig behinderte Menschen. Am Beispiel der Einführung eines Qualitätsmanagements im Berliner Krisendienst Region Ost wollen wir zeigen, wie sich diese spezielle Klientelorientierung des Krisendienstes qualitativ ausgewirkt hat. Synergieeffekte im Sinne der Rückwirkung auf die eigene Institution werden an einem Ausschnitt unserer Qualitätsentwicklung beispielhaft beleuchtet.

Seit 1999 gibt es in Berlin den Berliner Krisendienst, der an 365 Tagen Rund- um- die- Uhr für die Berliner zur Verfügung steht. Fünf Träger des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und der Caritasverband gründeten die Berliner Krisendienst GbR. Jeder dieser Träger verantwortet eine Region, gemeinsam arbeiten alle Dienste in einem überregionalen Bereitschaftsdienst zusammen. Die Teams der Regionen setzen sich aus fest angestellten und freien Mitarbeitern zusammen. Die freien Mitarbeiter sind in Festanstellung in der Versorgungsregion tätig und sichern damit einen hohen Vernetzungsgrad des Krisendienstes in der Region. Die Mitarbeiter bieten telefonische und persönliche Krisenintervention in den jeweiligen Diensten an. Darüber hinaus finden bei psychiatrischen Notfällen mobile Einsätze statt. Ergänzt werden die multiprofessionellen Teams dabei von Ärzten, die in der Region als niedergelassene Psychiater tätig sind. Das europaweit einmalige Projekt wurde von Beginn an durch eine wissenschaftliche Forschung bestehend aus der Freien Universität Berlin und der Katholischen Fachhochschule für Sozialarbeit/ Sozialpädagogik Berlin begleitet.

Krisenmanagement bei Menschen mit geistiger Behinderung

Im Rahmen der Umsetzung der Enthospitalisierung wurde die Frage nach ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten in krisenhaften Situationen auch für die Träger der Behindertenhilfe zunehmend brisant. Auf diesem Hintergrund stellte sich insbesondere die Anforderung, nicht indizierte Klinikeinweisungen aufzufangen. Diese Themen stellten sich parallel zur Aufbauarbeit des BKD, so dass die Aufmerksamkeit dieser Klientel gegenüber besonders hoch war und explizit in die Konzeption aufgenommen wurde (vgl. Busch 2001). Dabei war davon auszugehen, dass die Träger der Behindertenhilfe über je eigene, intern gewachsene Krisenmanagementsysteme in ihren Einrichtungen verfügen. Die Arbeit des Krisendienstes beginnt dort, wo Mitarbeiter der Behinderteneinrichtungen Unterstützung benötigen, wenn sie in einer konkreten Krisensituation an ihre eigenen persönlichen Grenzen und / oder Grenzen bestehender interner Konzepte stoßen. Multiprofessionelle Angebote der externen Beratung und Unterstützung vor Ort wurden in den vergangenen Jahren ergänzend durch den BKD vorgehalten. Damit gelang eine wachsende Akzeptanz des BKD in den Institutionen der Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung.

Der Auftrag der Integration

Nach drei Jahren stellte die Begleitforschung unter der Überschrift „Generalisierung versus Spezialisierung“ in ihrem Abschlussbericht fest, „dass der BKD unter einem erheblichen Druck steht, teils sehr spezifischen Bedarfen ein entsprechendes Angebot entgegen zu bringen. Dabei besteht aus der Sicht der Begleitforschung im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung momentan die größte Herausforderung, da es ein solcherart integriertes Modell der Krisenversorgung bisher nirgends gibt.

Sylvia Sigusch, Psychologin, Koordinatorin für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung des Berliner Krisendienst Region Ost

(...) Eine innere Zergliederung in Fachleute für je die eine Zielgruppe oder gar eine spezifische Methode wird von der Begleitforschung als kontraproduktiv angesehen.“ So sieht die Begleitforschung den BKD auf dem Weg der Integration, der dabei „die Verbesserung bzw. Verbreiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter vorantreibt.“ (Bergold/Zimmermann 2002, S. 301f)

Was bedeutet Qualität unter dem Blickwinkel der Integration?

Die Seite der Integration, die Auswirkungen auf die eigene Institution hat, möchten wir hier im Folgenden näher beleuchten. Basis dafür ist das im Jahr 2004 in unserer Region aufgebaute Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001:2000. Wir begreifen die ISO-Norm als hilfreich in der Reflektion unserer gewachsenen Qualität. Anstatt prioritär Geschäftsprozesse zu optimieren, sehen wir in der konkreten Umsetzung unseren Schwerpunkt darin, die Entwicklung einer Qualitätskultur zu fördern. Aus unserer Sicht ergeben sich mit dem Auftrag der Integration zwei konkrete Ebenen der Qualitätsentwicklung: die methodisch-fachliche Ebene und die Kompetenzebene unserer Mitarbeiter. Leider können wir beide Ebenen in der Kürze des Artikels nur anreißen.

Die Konkretisierung der methodisch-fachlichen Ebene

Anton Dosen vertritt die Ansicht, dass „geistig Behinderte dieselbe Psychopathologie aufweisen wie geistig Normalbegabte“ und demzufolge „müssen sie auch die gleiche Behandlung erhalten“ (Dosen 1997, S.109). Unter dem Aspekt der Integration standen wir vor der Herausforderung, dass alle von uns benutzten und/oder entwickelten Interventionsmethoden grundsätzlich auch in der praktischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen anwendbar sein sollten. Deshalb macht es Sinn, nicht ein formales Vorgehen zu normieren, sondern Rahmenbedingungen, gleichsam Improvisationsräume zu beschreiben. So verlangen psychosoziale Krisen ein anderes Zugehen als psychiatrische Notfälle – eine andere „Logik des Handelns“. Die Auswertung unserer Erfahrungen aus den Einsätzen in Einrichtungen der Geistig-Behinderten-Hilfe (aber nicht nur da) zeigten deutlich, dass Situationen sich häufig anders aus der Entfernung „präsentierten“ als sie de facto in der Wirklichkeit vorhanden waren. Krisenberater müssen in der Lage sein, zwischen Logiken zu wechseln, um Handlungsräume aufspüren zu können (vgl. Neumann 2004). Berater werden durch eine Basisfortbildung in die zugrunde liegende Haltung und die konkreten Absprachen in den Einsatzteams eingeführt.

Konkretisierung der Förderung der Kompetenzen der Mitarbeiter

Im Rahmen der Umsetzung unseres Qualitätsmanagementsystems können wir spezifische Konzepte darstellen und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfen. Geeignete Fortbildung ist eine Basis qualitativ hochwertiger Arbeit (s.o.). Aber wie sieht es in der konkreten Arbeit mit geistig behinderten Menschen aus? Um die Barrieren in der verbalen Kommunikation überwinden zu können, sensibilisieren wir alle (!) unsere Mitarbeiter speziell für die nonverbale Ebene eines Kontaktgeschehens. Das Training ist ein festgesetzter Schwerpunkt und gehört zu den Standards in unserem Qualitätsmanagement. In der Einführung werden praktische Partnerübungen und anschließende Reflektion durchgeführt. Dabei liegt die Intention darauf, Berührungsängste abzubauen und mehr Selbstsicherheit im Umgang mit Nähe und Distanz zu gewinnen. Verletzungsminimierende Übungen zum Umgang mit Aggression tragen dazu bei, sich diesem Thema und den damit verbundenen starken Gefühlen stellen zu können und auch auf körperlicher Ebene den Kontakt zu gestalten.

Des Weiteren legen wir Wert auf die Unterscheidung zwischen akuter psychischer Erkrankung und V erhaltensauffälligkeit(en), die sich nicht selten im Kontext situativer Belastungssituationen zeigen. Eine Klärung und Unterscheidung dieser Ebenen ist hilfreich, um gegebenenfalls gezielt lösungsorientierte Krisenintervention anzuwenden und Klinikeinweisungen zu vermeiden.

Rückwirkungen auf das gesamte System der Krisenberatung

Wir sprechen zunehmend von professionellem Handeln, statt von Beratung. Die Beschäftigung und Erfahrung der Krisenintervention mit geistig behinderten Menschen hat dazu geführt, dass sich die „übliche“ Beratungsarbeit verändert hat. Nonverbale Kommunikation ist auch im Umgang mit jedem anderen Menschen in krisenhaften Situationen angezeigt. Stützung des Umfeldes von Klienten ist Teil der Intervention, ob Betreuer einer Behindertenein-richtung, psychiatrischen Einrichtung oder eines Familien-, Freundeskreises.

Während der Aufbauphase des BKD stand immer wieder im Zentrum fachlicher Diskussionen die Frage nach der Notwendigkeit spezifischer Kriseninterventionsmethoden und speziellen Expertentums für Menschen mit geistiger Behinderung. Als Ergebnis der Auseinandersetzungen darüber lässt sich sagen, dass jeder Krisendienstmitarbeiter durch fachliches und individuelles Training seiner Kompetenzen in die Lage versetzt werden kann, mit geistig behinderten Menschen und seinem Umfeld zu arbeiten, wie mit jedem anderen Menschen in Krisensituationen auch. Integration dieser Klientel hat zu einer beschreibbaren Qualitätsausrichtung des gesamten Dienstes geführt.

Unter dem Aspekt der Integration standen wir vor der Herausforderung, dass alle von uns benutzten und/oder entwickelten Interventionsmethoden grundsätzlich auch in der praktischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen anwendbar sein sollten

Literatur

Bergold J, Zimmermann RB (2002) Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. Abschlussbericht. (www.krisenforschung.de)

Busch E (2001) Ambulante Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Berliner Modellprojekt. In: Wüllenweber E, Theunissen G (Hrsg) Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Kohlhammer-Verlag, S. 314 - 337

Dosen A (1997) Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Gustav Fischer Verlag

Neumann O (2004) Krisenintervention bei psychiatrischen Notfällen. Erfahrungen in einer ambulanten Krisenberatung. Journal für Psychologie 3: 270 – 285

Olaf Neumann, Sozialpädagoge, Theaterpädagoge, Leiter des Berliner Krisendienstes Region Ost, E-Mail: region.ost@berliner-krisendienst.de

Persönliches Budget – der Hebel zur Systemveränderung?

Ein Kommentar von Franz Fink

Alle reden vom Paradigmenwechsel, nur wenige wollen ihn wirklich! In Gesetzestexten und in Festreden ist die Veränderung in Einstellung und Haltung gegenüber Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, deutlich erkennbar. Aus der Fürsorge wird eine Dienstleistungsbeziehung, in der der hilfebedürftige Fürsorgeempfänger ein selbstbewusster Nutzer oder Kunde ist. Dieser Veränderung müsste die leistungsrechtliche Praxis durch den Wechsel vom Sachleistungs- zum Geldleistungsprinzip folgen. Die Einführung des Persönlichen Budgets ist die Nagelprobe dafür, ob dieses neue Verhältnis zwischen anspruchberechtigtem Bürger und staatlicher Agentur bzw. Leistungsträger überhaupt gewünscht ist. Die Beharrungskräfte sind jedenfalls recht groß.

Eine Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung) vom 27. Mai 2004 liegt vor und regelt – sehr wenig. Leistungsträger für das Persönliche Budget sind alle Rehabilitationsträger sowie die Pflegekassen und die Integrationsämter. Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, ist das Persönliche Budget eine trägerübergreifende Komplexleistung. Der zuständige Leistungsträger („Beauftragter") informiert die anderen Leistungsträger und holt Stellungnahmen ein zum Bedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, zur Höhe des Persönlichen Budgets in Geld oder Gutscheinen, zum Inhalt der Zielvereinbarung und zum Unterstützungs- und Beratungsbedarf.

Die Leistungsträger beraten gemeinsam mit dem Antragsteller in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren die Ergebnisse der von ihnen getroffenen Feststellungen sowie die abzuschließende Zielvereinbarung. An dem Verfahren wird auf Verlangen der Antrag stellenden Person unterstützend eine Person ihrer Wahl beteiligt. Die Zielvereinbarung wird zwischen Beauftragtem und Antragsteller abgeschlossen. Sie enthält mindestens Regelungen über

- die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
- die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie
- die Qualitätssicherung.

Modellerprobungen

Seit Jahren schon sind unterschiedliche Modellversuche in verschiedenen Bundesländern ins Leben gerufen worden. Verwertbare Ergebnisse liegen in Rheinland-Pfalz vor. Die bisherigen Modelle nutzten überwiegend nicht das trägerübergreifende Persönliche Budget und beschränkten die Leistung meist auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft („Wohnen").

Seit dem Frühjahr 2004 plant das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine groß angelegte Modellerprobung mit wissenschaftlicher Begleitung. Folgende Regionen wurden um die Teilnahme daran gebeten:

- Bayern (München und Mittelfranken)
- Berlin (Kreuzberg/Friedrichshain)
- Hessen (Gross Gerau/Marburg-Biedenkopf)
- NRW (Düsseldorf und Bielefeld)
- Rheinland-Pfalz (Trier-Saarburg)
- Sachsen-Anhalt (Magdeburg mit 2-3 umliegenden Landkreisen)
- Schleswig-Holstein (Kreise Segeberg und Schleswig-Flensburg)
- Thüringen (Gera)

Die wissenschaftliche Begleitung ist nach einer Ausschreibung vergeben worden an das Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen an der Universität Tübingen. Am 10. Dezember 2004 trafen sich die Vertreter(innen) der Regionen mit der wissenschaftlichen Begleitung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Was dabei heraus gekommen ist, konnte bis jetzt (Mitte Januar 2005) noch nicht in Erfahrung gebracht werden.

Was ändert sich durch das Persönliche Budget?

Was ist zu erwarten, wenn sich das Persönliche Budget durchsetzt? Zunächst gewähren die Leistungsträger (und damit der Staat), nicht mehr „Sozialleistungen", sondern „Geld", wie wir es bei der Rente, dem Kindergeld, dem Wohnungsgeld usw. schon lange kennen. Das Wunsch- und Wahlrecht als Ausdruck der Selbstbestimmung wird ernst genommen. Aber auch die Verantwortung für die Bedarfsdeckung wird auf den Anspruchsberechtigten und/oder seinen rechtlichen Vertreter übertragen. Das bekannte Dreiecksverhältnis zwischen Leistungsträger, Anspruchsberechtigten und Leistungserbringer wird aufgehoben. Leistungsvergütung und Inanspruchnahme der Leistung werden auf privatrechtlicher Basis ausgetauscht. Im Blick auf die vorhandene Angebotsstruktur übernehmen der Staat und die Leistungsträger keine Garantie für eine bestimmte institutionelle Form der Leistungsgewährung: ob Teilhabe am Arbeitsleben in der Werkstatt für behinderte Menschen, bei der Zuverdienstfirma oder beim Tankstellenpächter „eingekauft" wird, braucht den Leistungsträger nicht mehr zu interessieren.

Auch der Markt – von dem besonders Leistungsträger so gerne

Dr. Franz Fink, Leiter des Referats Behindertenhilfe und Psychiatrie im Deutschen Caritasverband, Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel: (0761)200366
Fax: (0761)200666
E-Mail: franz.fink@caritas.de

sprechen, wenn sie die eigentliche Steuerung in der Hand behalten können – wird sich entwickeln. Die Konkurrenz zwischen allen Anbietern der Leistung „Teilhabe am Arbeitsleben“ wird steigen. Leistungen werden immer weniger „im Paket“ nachgefragt – ein flexibles Angebot wird erwartet. Konsequenter Weise sollte die Objektförderung durch Subjektförderung abgelöst werden. (Nicht der Träger erhält staatliche Transferleistungen für seine „Objekte“, nämlich die Gebäude oder Betriebsmittel. Allein der Nutzer als „Subjekt“ der staatlichen Leistung bekommt Geld und finanziert darüber auch die erforderlichen Dienste und Einrichtungen. Diese Förderung über das Subjekt erspart uns staatsplanerische Eingriffe, lange Genehmigungsverfahren, unnötige Einschränkungen der Berufs- und Niederlassungsfreiheit, Nutzungsfestlegungen auf mehrere Jahrzehnte.) Auch das ist nur konsequent: die staatliche und ordnungsrechtliche Aufsicht wird durch die Kontrolle der Betroffenen weitgehend abgelöst: Verbraucherschutz statt staatlicher Aufsicht!

Auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung?

Ob das alles so kommen wird, hängt von den Absichten und der Macht der beteiligten Akteure ab.

- Psychisch kranke Menschen wollen mehr Mitsprache, wollen das Selbstbestimmungsrecht gestärkt wissen, wollen die Verfügungsgewalt über das Geld. Sie wollen jedoch nicht allein für die Bedarfsdeckung verantwortlich sein.
- Leistungsträger – vornehmlich die Sozialversicherungsträger - wollen mehr Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, wollen keine ganzheitliche Hilfe, sondern nur auf abgrenzbare Defizite beschränkte Angebote, die sie in ausgefeilten Leistungskatalogen definiert haben. Sie wollen möglichst nicht mehr Dienste und Einrichtungen, sondern Einzelleistungen finanzieren, die man womöglich nach VOL („Verdingungsordnung für Leistungen“) ausschreiben kann. Sie wollen aber bestimmen, wer, wo, wie und wann bis ins einzelne definierte Leistungen anbietet und wer, wo, wie und wann diese Leistungen erhält.
- Dienste und Einrichtungen wollen weniger bürokratische Gängelung durch die Leistungsträger und die staatlichen Aufsichtsbehörden. Sie wollen aber auch Planungssicherheit und Garantien für die vorhandenen Organisationen und Institutionen.
- Die Politiker wollen vor allem eins: Die Sozialausgaben reduzieren, ohne dass ihnen die Wähler davon laufen.

So kommt mit der Diskussion über das Persönliche Budget die schon immer unübersichtliche Gemengelage von Zielvorstellungen und Absichten neu auf den Tisch. Man kann den Kopf einziehen und hoffen, dass das Ganze an der Praxis scheitert. Man kann aber auch – wie es in unvergleichlicher Weise Prof. Dörner tut – mit beißender Kritik dagegen polemisieren und versuchen, die Entwicklung zu verhindern: „Weil das neue Paradigma orientiert ist an einem am Reißbrett konstruierten Menschenbild des homo selbstbestimmicus, als Neuauflage des homo rationalis-ökonomicus des 18. und 19. Jh., nun aber zeitgemäß vom Markt her als souveräner Nutzer von Angeboten gedacht, einer technokratischen Kunstfigur, an der jeder verbessernde Handgriff, jede zweckdienliche Beziehungsgestaltung in Euro berechenbar und kontrollierbar ist. Ich nenne daher dies instrumentell-rationale Paradigma auch ein leninistisches Paradigma (Dörner, Klaus: Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld – das Handeln psychosozialer Profis. Vortrag).“

Ich bevorzuge dagegen an der Entwicklung des Persönlichen Budgets mitzuarbeiten, damit der „homo selbstbestimmicus“ Wirklichkeit auch für die Menschen mit den scheinbar unerträglichen und sperrigen Verhaltensweisen wird und das versteckte Patriarchat (das auch ein Matriarchat sein kann) des unausrottbaren Bismarckschen Sozialstaatsverständnis eine Ende nimmt. Ich bevorzuge aber auch daran mitzuarbeiten, dass Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern und Eigenverantwortung der anspruchsberechtigten Menschen den Staat und seine Agenturen nicht aus der Verantwortung für die Daseinsfürsorge und die Rahmenbedingungen entlässt.

Exkurs

Zu diesen Aussagen bedarf es eines historischen Exkurses: Bekanntlich hat Bismarck seine Ideen zum Sozialversicherungssystem nicht aus Liebe zu der arbeitenden Bevölkerung umgesetzt. Mit seiner Politik sah er sich in der historischen Rolle, Sozialdemokratie, Klassenkämpfe, politische Extreme und alle sonstigen Gefahren zu verhindern. Die neue Bundesrepublik schloss nahtlos dort an: Der neue Sozialstaat, so umfassend und hilfreich er sich für seine Bürger entwickelte, sollte nicht nur die Gefahren von links, sondern auch alle rechtsradikalen Versuche bannen, den sozialnationalen Konsens in nationalsoziale Demagogie zu wenden. Die Folge war zunächst ein autoritärer Staat: Für viele Historiker steht Adenauer in der direkten Nachfolge Bismarcks. Die „68er“ machten nicht wirklich Schluss mit dieser sozialstaatlichen autoritären Fürsorge. In einem Artikel in der Zeit vom 9. Oktober 2003 schreibt Klaus Hartung: „...nach wenigen Jahren antiautoritären Demokratisierungsdrucks und sozialdemokratischer Integration der Kritiker veränderte sich der Staatsbegriff der Bewegung. Er spaltete sich von nun an in den bösen Staat, den Repressionsstaat, der bekämpft oder kontrolliert werden musste und den guten Staat, von dem es nie genug geben konnte...Die neuen Leitbegriffe des Staates – Prävention, Therapie, Emanzipation – produzierten neue Berufsbilder und -chancen.

Der so genannte tertiäre Sektor öffnete sich uferlosen Ansprüchen, bei denen nur eines feststand, dass soziale Probleme mehr Sozialarbeiter, mehr Psychologen, mehr Projekte, mehr Angebote verlangen. Es entfaltete sich eine neue Mittelschicht, eine gierige und fruchtbare Struktur von Agenten des Transfers, die den größeren Teil des Transfers selbst

Die Konkurrenz zwischen allen Anbietern der Leistung „Teilhabe am Arbeitsleben“ wird steigen. Leistungen werden immer weniger „im Paket“ nachgefragt – ein flexibles Angebot wird erwartet

Man kann den Kopf einziehen und hoffen, dass das Ganze an der Praxis scheitert. Man kann aber auch – wie es in unvergleichlicher Weise Prof. Dörner tut – mit beißender Kritik dagegen polemisieren und versuchen, die Entwicklung zu verhindern

konsumierte und die Sozialquote trotz Sparpolitik stetig wachsen ließ." Jahrzehntelang haben wir nicht nur in der Psychiatrie nach dem Muster des Prinzips „mehr vom selben" gehandelt, wie es Watzlawick beschrieben hat: Es gab schon in den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts Kritiker dieser Institutionalisierung der Hilfen und Entmündigung der betroffenen Menschen, wie z.B. Ivan Illich („Schulen helfen nicht", „Entschulung der Gesellschaft", „Entmündigung durch Experten", „Die Nemesis der Medizin") oder Wolfgang Schmidbauer („Die Ware Nächstenliebe"). Sie sind aber als exotische oder akademische Literatur in ausgewählten Zirkeln hängen geblieben.

Eine radikale Änderung des Bismarckschen Sozialstaatsverständnisses muss nicht mit dem Sozialversicherungssystem aufräumen, sondern mit der institutionalisierten Expertenmacht und die staatlichen Verordnung, was für Menschen gut ist

Eine radikale Änderung des Bismarckschen Sozialstaatsverständnisses muss also nicht mit dem Sozialversicherungssystem aufräumen, sondern mit der institutionalisierten Expertenmacht und die staatlichen Verordnung, was für Menschen gut ist. In der direkten zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Helfer und Klient/Patient/Hilfebedürftigem wird das Machtverhältnis nie ganz aufzulösen sein. Aber es muss zwischen konkreten Menschen austariert werden. Der Staat und seine dafür zuständigen Agenturen sollen die Rahmenbedingungen dafür schaffen, z.B. ein Persönliches Budget ausbezahlen und nicht über die Köpfe der betroffenen Menschen hinweg Leistungsvereinbarungen mit den Diensten und Einrichtungen aushandeln. ●

Wohin entwickeln sich die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg?

Rechtsgutachten zeigt Möglichkeiten und Grenzen einer Finanzierung über das Sozialrecht auf

Von Georg Schulte-Kemna

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in Baden-Württemberg befinden sich seit Bestehen verglichen mit den übrigen Bundesländern in einer speziellen Situation. Das Land Baden-Württemberg hat bis heute aktiv vermieden, über das blanke Unterbringungsrecht hinaus Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke gesetzlich zu regeln und damit für vorsorgende und nachgehende Hilfen eine klare Zuständigkeit bei den Kommunen bzw. im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu schaffen. Es gibt zwar flächendeckend in allen Kreisen Sozialpsychiatrische Dienste (und zwar ganz überwiegend in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege), aber nur auf der Basis von freiwilliger Förderung. Das ursprüngliche Finanzierungsmodell sah auf der Basis eines Personalschlüssels von einer Fachkraft je 50 000 Einwohner einen Eigenanteil des Trägers von 10 % vor und im übrigen eine Drittelung der Kosten zwischen Land, Kommune und Krankenkassen. Zwischenzeitlich liegt der Eigenanteil der Träger auf Grund der Deckelung der öffentlichen Förderungsanteile in den meisten Regionen sehr viel höher.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern sind zwei weitere Eigenarten festzuhalten: die SpDi haben zwar jeweils Vereinbarungen mit beratenden Ärzten, haben aber selbst keine Arztstellen und sie sind auch generell nicht zuständig für Suchtkranke.

Sozialpsychiatrische Dienste und Soziotherapie

Die Beteiligung der Krankenkassen wurde seinerzeit erkauft mit der Zusage des Landes, auf die Einrichtung von Institutsambulanzen an den psychiatrischen Krankenhäusern zu verzichten. Seit durch die Änderung des SGB V klargestellt ist, dass alle psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen Anspruch auf die Einrichtung einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) haben, sind auch in Baden-Württemberg überall PIA eingerichtet worden. Deswegen haben sich die Krankenkassen parallel dazu aus der pauschalen Mitfinanzierung der SpDi zurückgezogen. Statt dessen wurde in einem Landesrahmenvertrag vereinbart, dass die SpDi als Leistungserbringer für die kurz zuvor neu eingeführte Soziotherapie zugelassen werden. Dadurch ist sichergestellt, dass in allen Kreisen in Baden-Württemberg Soziotherapie angeboten wird. Freilich hat sich gezeigt, dass die von den Krankenkassen zugestandene Finanzierung nicht kostendeckend ist; das gilt ganz besonders immer dann, wenn Soziotherapie aufsuchend erbracht wird. Im Ergebnis führt das dazu, dass faktisch die gesetzliche Sozialleistung Soziotherapie durch Anteile der übrigen Fördermittel mitfinanziert wird.

Veränderung der Landesförderung

Das Land hat seine Förderung der SpDi immer als freiwillige Leistung verstanden. Es hatte in früheren Jahren eine gesetzliche Regelung angesichts behaupteter Verlässlichkeit der bestehenden Vereinbarungen („baden-württembergischer Weg") für nicht erforderlich erklärt, um dann im Jahr 2003 im Rahmen der Haushaltskonsolidierung unter Hinweis auf die Freiwilligkeit der Landesförderung und auf zwischenzeitlich bestehende und vorrangig auszuschöpfende gesetzliche Regelleistungen für psychisch Kranke

Georg Schulte-Kemna, Referent für Sozialpsychiatrie im Diakonischen Werk Württemberg, el. 0711/1656-163, e-Mail: schulte-kemna.g@diakonie-wuerttemberg.de

(insbesondere Leistungen der Krankenversicherung) seine Förderung um 50 % zu reduzieren. Das hat bei den SpDi zu einem Personalabbau von ca. 15 bis 20 % geführt. In Reaktion auf den einseitigen Rückzug des Landes haben zwischenzeitlich auch einzelne Kreise ihren Förderungsanteil bereits reduziert bzw. erwägen eine Reduzierung.

Gemeindepsychiatrisches Zentrum als Leistungsverbund?

Der zunächst angekündigte vollständige Rückzug des Landes aus der Finanzierung der SpDi wurde angesichts heftiger Proteste dann doch nicht vollzogen. Das Land hat aber – wesentlich veranlasst auch durch entsprechende Forderungen aus der CDU-Fraktion des Landtages - zwischenzeitlich angekündigt, künftig nicht mehr den SpDi als Fachdienst fördern zu wollen, sondern nur noch Leistungen im Rahmen von Verbundstrukturen, nämlich im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ). Als Kern eines GPZ wird die Verknüpfung von PIA, SpDi und Tagesstätte gesehen, weitere Fachdienste (z.B. Betreutes Wohnen) sollen nach Möglichkeit dazu kommen.

Nun ist die Notwendigkeit enger Zusammenarbeit der ambulant tätigen psychiatrischen Fachdienste unstrittig. Vielerorts bestehen auch längst enge Verknüpfungen zwischen ambulanten Diensten. Strittig ist aber die konkrete Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit. Von einer einheitlichen Rechtsträgerschaft der genannten Fachdienste als Förderungsvoraussetzung hat man zwischenzeitlich Abstand genommen. Von den SpDi wird vor allem befürchtet, dass die vom Land angestrebte Variante des Gemeindepsychiatrischen Zentrums zu stark dominiert werden könnten von den Institutsambulanzen bzw. von den dahinter stehenden Krankenhausinteressen. Auch hat das Land die Realisierungsaussichten für seine Kooperationsauflagen noch nicht geklärt: längst nicht alle Kreise haben vor Ort eine psychiatrische Klinik und damit eine Institutsambulanz; die Möglichkeit dezentraler Tätigkeit der Institutsambulanzen ist aber noch nicht abschließend gesichert.

Rechtsgutachten zur Finanzierung ambulanter Psychiatrie

Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg hat vor diesem Hintergrund 2004 ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, um die Stellung sozialpsychiatrischer Dienste im Sozialleistungsrecht auszuloten. Dieses von Prof. Peter Mrozynski erstellte Gutachten liegt zwischenzeitlich vor (Prof. Dr. Peter Mrozynski: Die Stellung der Sozialpsychiatrischen Dienste im künftigen System der psychiatrischen Versorgung. Rechtsgutachten im Auftrag der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 216 Seiten, Stuttgart, Juli 2004. Das Gutachten kann heruntergeladen werden unter www.liga-bw.de).

Das Gutachten geht davon aus, dass die in der politischen Auseinandersetzung viel zitierte Daseinsvorsorge in rechtlicher Hinsicht unergiebig ist. Mrozynski rück statt dessen in den Mittelpunkt die Gewährleistungsverpflichtung der Leistungsträger gemäß § 17 SGB I. Diese begründet zwar noch keinen subjektiven Rechtsanspruch im Einzelfall, wohl aber eine objektive Verpflichtung der Leistungsträger, zu deren Einhaltung sie grundsätzlich auch über den Aufsichtsweg bzw. auf dem Rechtsweg angehalten werden können. Mrozynski durchforstet sodann das Sozialgesetzbuch hinsichtlich der Finanzierbarkeit ambulanter psychiatrischer Leistungen und gibt in diesem Zusammenhang einen aktuellen Überblick über den Stand und die Schwierigkeiten, geht dabei auch jeweils auf den Stand der Rechtsprechung ein.

Was wird aus der Grundversorgung?

Eine zentrale Frage ist natürlich, wie der Teil ambulanter psychiatrischer Hilfen sozialrechtlich einzuordnen ist, den man gewöhnlich mit sozialpsychiatrischer Grundversorgung bezeichnet. Dazu gehört insbesondere

- die niedrigschwellig-empfangende Funktion als Anlaufstelle, die eine Aufenthaltsmöglichkeit anbietet und voraussetzungslos (d.h. ohne vorherige Beantragung und insbesondere auch ohne die Voraussetzung eines ärztlichen Behandlungskontraktes) Beratung ermöglicht sowohl für Betroffene selbst wie auch insbesondere für Dritte (Angehörige, andere Umfeldpersonen);
- die niedrigschwellig-aufsuchende Funktion, d.h. die ebenso voraussetzungslose Durchführung von Hausbesuchen (und zwar gerade auch bei fraglicher oder nicht gegebener Mitwirkung des Betroffenen) zur diagnostischen Abklärung, zur Krisenintervention, zur Sicherstellung einer sozialen Mindestversorgung, zur Unterstützung beteiligter Umfeldpersonen und zur Vermeidung sonst etwa notwendiger Zwangsmaßnahmen.

Freilich ist „Grundversorgung“ kein sozialrechtlicher, sondern ein fachlicher Begriff, der zu übersetzen ist in Kategorien des Sozialleistungsrechts. Es ist daher zu untersuchen, welche Leistungen im einzelnen dafür erforderlich sind und welchen Leistungsträgern diese jeweils zuzuordnen sind. Das Gutachten zeigt die grundsätzlichen Möglichkeiten auf (z.B. Beratung, häusliche Krankenpflege, Ergotherapie) und verdeutlicht gleichzeitig die in der Praxis teilweise nur schwer handhabbaren Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen Zuständigkeiten.

Zusammenhang von Hilfeziel und Finanzierungsform

Wichtige Teile von dem, was Grundversorgung genannt wird, entziehen sich der Finanzierbarkeit im Wege der einzelfallbezogenen Leistungsabrechnung. Nun gibt es zwar für eine Pauschalfinanzierung eines ganzen Fachdienstes sozialrechtlich keine Argumentationsgrundlage. Das Gutachten arbeitet aber deutlich heraus, dass die Finanzierungsform die fachlich gebotene Hilfe nicht unterlaufen oder behindern darf. Das bedeutet, dass im einzelnen zu klären ist, in welchen Bereichen die herkömmliche Form der fallbezogenen Leistungsfinanzierung möglich ist und in

Der zunächst angekündigte vollständige Rückzug des Landes aus der Finanzierung der SpDi wurde angesichts heftiger Proteste dann doch nicht vollzogen

Das Gutachten geht davon aus, dass die in der politischen Auseinandersetzung viel zitierte Daseinsvorsorge in rechtlicher Hinsicht unergiebig ist. Mrozynski rück statt dessen in den Mittelpunkt die Gewährleistungsverpflichtung der Leistungsträger gemäß § 17 SGB I

Durch den Ausbau von weiteren Leistungen vor allem aus dem Bereich des SGB V über die bereits angebotene Soziotherapie hinaus ergibt sich auch eine Ausweitung bisheriger Handlungsspielräume

welchen Bereichen wegen der besonderen Art des Hilfebedarfs der Leistungsträger verpflichtet ist, eine andere Form der Finanzierung zu wählen, z.B. eine pauschalierte Form.

Wenn Pauschalfinanzierung nicht aus Zweckmäßigkeits- bzw. Vereinfachungsgründen vom Leistungsträger selbst angeboten wird, lässt sie sich sozialrechtlich nur aus der Aufgabe selbst begründen (z.B. Notwendigkeit nachgehend-aufsuchender Tätigkeit bei krankheitsbedingt fehlender Mitwirkung, Notwendigkeit anonymer Beratung in bestimmten Problemlagen etc.). Das bedeutet in der Folge auch, dass Fachdienste in der Lage sein müssen, ihre Leistungen entsprechend nicht nur programmatisch, sondern auch dokumentierend aufzugliedern und verschiedenen Leistungsbereichen zuzuordnen. Das Gutachten gibt hier an verschiedenen Stellen Hinweise, die sich insbesondere auf den Sozialhilfeträger beziehen.

Erschließung neuer Tätigkeitsfelder zu Lasten der Grundversorgung?

Durch den Ausbau von weiteren Leistungen vor allem aus dem Bereich des SGB V über die bereits angebotene Soziotherapie hinaus ergibt sich auch eine Ausweitung bisheriger Handlungsspielräume. Dabei geht es u.a. um Häusliche Krankenpflege, um Ergotherapie und um ambulante medizinische Rehabilitation. Potentiell kommen damit auch neue Klientengruppen in den Blick, die jedenfalls nicht zum Kern der bisherigen Zielgruppe der SpDi im Sinne der bisherigen Förderrichtlinien des Landes Baden-Württemberg gehören. Ob es dadurch zu einer Verschiebung weg von bisherigen Aufgabenschwerpunkten bzw. zu einem Aufgeben bisheriger Zielgruppen kommt, ist keine sozialrechtliche Frage, sondern abhängig von der konkreten Prioritätensetzung durch den jeweiligen Träger und den genutzten Finanzierungswegen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste geraten damit zunehmend in eine Spagat-Situation: einerseits sind die sozialrechtlichen Möglichkeiten mit Leben zu erfüllen, auf der anderen Seite geht es darum, auch weiterhin die niedrigschwellige Grundversorgung für diejenige Teilgruppe psychisch kranker Menschen sicherzustellen, auf die die jeweiligen sozialrechtlichen Leistungsvoraussetzungen nicht zutreffen und/oder die auf Grund ihrer Erkrankung zeitweise oder dauernd nicht bereit bzw. nicht in der Lage sind, das notwendige Maß an sozialrechtlich geforderter Mitwirkung aufzubringen. Der Konsens darüber, dass es einen Personenkreis gibt, der nicht „einzelleistungsfähig“ ist, war Grund dafür, überhaupt Sozialpsychiatrische Dienste zu schaffen, und das hat sich seither nicht grundsätzlich geändert. Es wird deshalb wesentlich darauf ankommen, dass pauschal finanzierte Personalkapazität für ambulante psychiatrische Hilfen erhalten und dann auch tatsächlich den Aufgaben zugeordnet bleibt, die essentiell darauf angewiesen sind. ●

Von der Gesellschaft vergessen

Psychiatrie des 21. Jahrhunderts: Erfahrungen aus Makedonien – Verein Nürnberg-Skopje unterstützt Psychisch Kranke

Von Kneginja Richter, Günter Niklewski, Christl Hennig-Hornlein und Georg Endres

„Das Krankenhaus Bardovci ist nicht nur schlecht für Tiere sondern auch für Menschen. Obwohl die Hälfte der 600 Patienten bereits gesund ist, bleiben die Menschen weiter im Krankenhaus, weil sie sonst kein Ort zum Leben haben – das ist der Imperativ der armen Gesellschaft“, so die psychiatrieerfahrene Frau J. M. aus Skopje. Sie ist ausgebildete Englisch-Lehrerin und gibt Unterricht in englischer Sprache in einem neu gegründeten Zentrum für Psychiatrie in Skopje, der Hauptstadt Makedoniens.

Das Krankenhaus Bardovci ist das größte Versorgungskrankenhaus in Makedonien. Manche Zimmer im Krankenhaus wurden seit 20 Jahren nicht gestrichen. Viele Toiletten haben keine Tür. Die Patienten wurden von der Gesellschaft vergessen. Sie wurden von ihren Familien verstoßen, verleugnet und in das psychiatrische Asyl verabschiedet. Auch jene Patienten mit einem Rentenanspruch (ca. 100 Euro) sind auf die Kleiderspenden des Roten Kreuzes angewiesen, da ihre Familien die Rente für sich behalten und deren Häuser verkaufen. Psychiatrische Patienten verlieren nicht nur ihre Würde, sondern auch ihre Menschenrechte.

Laut eines makedonischen Planungsgutachtens werden 20 ambulante Zentren für das Land benötigt, um die derzeitige Situation zu entschärfen und eine Dezentralisierung der psychiatrischen Einrichtungen zu erreichen. Derzeit existieren vier Zentren unter dem Namen „Community Mental Health Center“. Diese Zentren wurden durch die WHO gefördert. Ein Zentrum stellt eine komplexe Einrichtung dar, bestehend aus einer Ambulanz, einer Tagesstätte, einem Wohnheim und einer Selbsthilfefirma. Ein Team der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie aus Nürnberg (zwei Sozialarbeiter, zwei Ärzte, ein Krankenpfleger) unterstützt seit vier Jahren die besagten Zentren sowohl in fachlicher als auch in materieller Hinsicht. Die Renovierung und Ausrüstung der Zentren sowie die Berater aus Nürnberg wurden durch die WHO finanziell unterstützt. Darüber hinaus organisierten das Amt für internationale Beziehungen der Stadt Nürnberg und der Verein Nürnberg-Skopje mehrere Spendeaktionen.

Das Krankenhaus Bardovci ist das größte Versorgungskrankenhaus in Makedonien. Manche Zimmer im Krankenhaus wurden seit 20 Jahren nicht gestrichen. Viele Toiletten haben keine Tür. Die Patienten wurden von der Gesellschaft vergessen

Hintergründe der Kooperation Nürnberg-Skopje

Die Städtepartnerschaft zwischen Nürnberg und Skopje existiert seit dem Jahr 1963. Sie wurde nach einem großen Erdbeben in Skopje ins Leben gerufen. Das Amt für Internationale Beziehungen der Stadt Nürnberg stellte die Verbindung zwischen der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regional Office for Europe) und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Nürnberg her. Die Weltgesundheitsorganisation initiierte ein sozialpsychiatrisch orientiertes Hilfsprogramm für psychiatrische Reformen in Makedonien. Im Jahr 2000 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen den Oberbürgermeistern der Städte Nürnberg und Skopje sowie der WHO unterzeichnet.

Entwicklung der Richtlinien für Psychiatrie-Reformen in Makedonien

Am 8. September 1991 erlangte die Republik Makedonien ihre Unabhängigkeit (vormals Teil von Jugoslawien). Das Land hat zwei Millionen Einwohner und stellt eine multiethnische Gesellschaft dar. Nach der Unabhängigkeit trat ein enormer Bedarf zur Erweiterung und Verbesserung der Angebote und Behandlungsbedingungen für psychisch kranke Menschen zutage. In den Jahren 1999 und 2000 legten das Gesundheitsministerium Makedoniens und die WHO in verschiedenen Einzelprojekten die Grundlagen für die dringend notwendigen Reformen im Bereich der Psychiatrie.

Die vor dem Jahr 2001 in Makedonien bestehenden psychiatrischen Einrichtungen waren zentralisiert organisiert, ausschließlich krankenhausorientiert und im wesentlichen auf drei Krankenhäuser konzentriert. In 13 makedonischen Städten existierten neuropsychiatrische Abteilungen in den medizinischen Zentren, an der psychiatrischen Universitätsklinik und im Militärkrankenhaus in der Hauptstadt Skopje. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 200 Tage. Der Tagessatz betrug 3 US$.

Widerstand gegenüber angebotener Hilfe

Wo soll die „Entpsychiatrisierung" beginnen? Wenn ein Kollege gezwungen ist, einen Bodyguard zu engagieren, um eine Studie im psychiatrischen Krankenhaus durchführen zu können, dann muss sich zunächst in den Köpfen des Krankenhauspersonals etwas ändern. Dort ist der Widerstand gegen Reformen am größten, da persönliche Einschnitte und Konsequenzen befürchtet werden. Daher begegnet man nicht selten den „Experten aus dem Ausland" mit Misstrauen. Darüber hinaus widerstrebt es der eigenen Eitelkeit, sich von „besserwissenden" Ausländern Ratschläge erteilen zu lassen. Unter solchen Umständen verspricht nur eine behutsame und sorgfältige Umsetzung des Reformgedankens an Ort und Stelle Aussicht auf Erfolg.

Die Grundvoraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit mit dem Personal ist gegenseitiges Vertrauen. Nur so kann es gelingen, die Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen, die – übrigens nicht nur in Makedonien – tief in der Gesellschaft verwurzelt sind, die Angst des Krankenhauspersonals vor den eigenen Patienten abzubauen und der Würde des Menschen den nötigen Respekt zu verschaffen. Die fachlichen Vorraussetzungen sind gegeben, weil die makedonische Universität einen sehr guten internationalen Ruf hat.

Die größten Erfolge der Zusammenarbeit

Sich für die Förderung von Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen in einem Land einzusetzen, das ohnehin mit einer Arbeitslosenquote von etwa 40% zu kämpfen hat, ist gewiss eine Herausforderung. In Makedonien existieren derzeit zwei Selbsthilfefirmen: ein Friseursalon und eine Firma für Gebäudereinigung. Der bislang bedeutendste Erfolg war der Abschluss von Arbeitsverträgen für 30 Klienten, welche die Gebäude der makedonischen Telekom reinigen sollen. Des Weiteren haben wir die berufliche Wiedereingliederung von psychisch kranken Künstlern unterstützt. So wurden 10 Kunstausstellungen in Deutschland organisiert, bei denen Werke sowohl aus der Nürnberger Psychiatrie als auch Bilder aus dem Zentrum für Psychiatrie in Skopje ausgestellt wurden (Informationen unter: www.psychiatrie.de und www.nuernberg-skopje.com.

Zukünftige Projekte

Das WHO Projekt wurde abgeschlossen. Durch die Gründung der Vereines Nürnberg-Skopje e.V. soll eine Nachhaltigkeit der Kooperation durch weitere Projekte gewährleistet werden. Ein Curriculum für Sozialarbeiter (als DAAD-Projekt in Zusammenarbeit mit der evangelischen Fachhochschule Nürnberg) wird in diesem Jahr beginnen. Es ist geplant, die sozialpsychiatrische und krankenpflegerische Betreuung im Krankenhaus Bardovci zu verbessern und eine neue Ausrüstung für die Küche im Krankenhaus zu besorgen. Es besteht ferner Interesse an internationalen Projekten außerhalb der bestehenden Partnerschaft Nürnberg-Skopje.

Dr. med. Dr. (Univ. Skopje) Kneginja Richter, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Ernst-Nathan Str. 1, 90419 Nürnberg, Tel.: 0911/3982199,

Literatur

Richter K. (2005). S. Bajraktarov , D. Jordanova-Pesevska, H. Wahlberg, W. Rutz, G Niklewski: Psychiatrische Reformen in Mazedonien: dezentralisierte Kooperation zwischen Nürnberg und Skopje als Teil des WHO Projektes. Sozialpsychiatrische Informationen 2005/1

Literaturhinweise zur Psychiatrieentwicklung in Südosteuropa können bei der Autorin angefordert werden.

Spendenkonto: Verein Nürnberg-Skopje e.V., Kontonummer 000 572 870 3, BLZ: 760 906 13, Stichwort: Bardovci.

Zum Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie

Arbeitsgruppenergebnisse der Tagung „Psychiatrie und Gewalt – Durchschlagende Wirkungen gesellschaftlicher Entwicklungen" der Sektion Psychiatrie im BeB

Kann sich die Psychiatrie als frei von Gewalt definieren? Ist das Ziel einer gewaltfreien Psychiatrie illusionär oder ist es erreichbar? Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Rahmen der Jahrestagung des FB Psychiatrie des BeB verneinen beide Fragen, weisen allerdings auf Defizite in der aktuellen psychiatrischen Behandlung und Begleitung hin. Auszugehen ist davon, dass die gesamte, klinische und außerklinische Psychiatrie in einem gesellschaftlichen Kontext verortet ist, in dem Gewalt, sowohl in ihrer strukturellen als auch in ihrer direkten Form existiert und in Teilen auch staatlich legitimiert ausgeübt wird. So hat die Psychiatrie, neben dem Auftrag der Behandlung psychischer Erkrankung (bzw. der Begleitung von chronisch erkrankten Menschen), in der klinischen Psychiatrie auch immer den staatlichen Auftrag der sicheren Unterbringung von Menschen, die gegen sich und/oder Andere gewalttätig geworden sind bzw. drohen dies zu werden. Diese ordnungsbehördliche Funktion ist immanenter Bestandteil der psychiatrischen Arbeit und prägt auch alle anderen psychiatrischen Arbeitsfelder mit.

Für die psychiatrische Versorgung stellt sich daher nicht die Frage Ob, sondern Wie mit dem Gewaltpotential einzelner Menschen und dem der Versorgung innewohnenden strukturellen Gewaltanteil umgegangen werden soll. Hierfür müssen, dies zeigten die Diskussionen im Rahmen der Tagung, genauso fachliche Standards benannt und verantwortet werden, wie dies für andere elementare Aspekte der Behandlung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen (Dokumentation, Betreuungsplanung etc.) ebenfalls gilt. Dieses Thema und die konkreten Gewalterfahrungen auszublenden, bzw. allein als „Fehler" der Arbeit zu kennzeichnen erscheint nicht angemessen. ˆ

Die in Bonn erarbeiteten Überlegungen weisen darauf hin, dass ein großes Manko der momentanen Situation die Tabuisierung des Themas „Gewalt" ist. Dort, wo Gewalt stattfindet, wird sie eher verdeckt, in Besprechungen verharmlost oder bagatellisiert

Dennoch muss insgesamt ein eindeutiges Votum für eine Gewalt verringernde Arbeit und Haltung abgegeben werden. Deutlich werden muss darüber hinaus, dass Willkür und unnötige Gewalt, z.B. auf Grund von Personalengpässen oder fehlender Qualifizierung des Personals, eindeutig abgelehnt wird. Eine Erkenntnis der Tagung ist, dass Gewalt- bzw. Zwangsmaßnahmen wie geschlossene Unterbringung, Isolierungen, Fixierung, Zwangsmedikationen etc., nur als ultima ratio, nach fachlich und ethisch verantworteten Standards und dennoch so wenig wie möglich eingesetzt werden dürfen.

Die in Bonn erarbeiteten Überlegungen weisen darauf hin, dass ein großes Manko der momentanen Situation die Tabuisierung des Themas „Gewalt" ist. Dort, wo Gewalt stattfindet, wird sie eher verdeckt, in Besprechungen verharmlost oder bagatellisiert. Von Gewalt betroffene Patienten und Mitarbeiter bleiben mit ihren Erfahrungen in manchen Fällen allein. In den Einrichtungen und Diensten gilt es daher , ein Klima zu schaffen, in dem vorhandene Gewalt zunächst überhaupt benennbar und besprechbar wird. Dabei muss sowohl Gewalt, die von einzelnen Klienten/innen ausgeht, als auch die in der Arbeitsstruktur vorhandene Gewalt, als solche gekennzeichnet und aus der Grauzone des Heimlichen herausgeholt werden.

Bezogen auf die in den Arbeitsgruppen diskutierten vier unterschiedlichen Qualitäten der Arbeit ergaben sich im Rahmen der Tagung Hinweise und Vorschläge, die auf einen solch veränderten Arbeitsalltag ausgerichtet sind. Diese sind nicht neu, haben allerdings in dieser Zusammenschau einen vermutlich sehr viel größeren Gewalt verhindernden Einfluss, als bisher diskutiert wird.

Stärkung von Nutzern

- Eine auf das Individuum anstatt auf die Institution ausgerichtete Arbeit stärkt die Position der Nutzer, unterstützt sie, ihre eigenen Ressourcen positiv zu nutzen (Personenzentrierung).
- Ein individualisierter Umgang sorgt (eher) für passende Problemlösungen als pauschale Hilfsangebote.
- Behandlungsvereinbarungen für den Umgang in Akutsituationen, aber auch für den alltäglichen Umgang in Wohneinrichtungen oder dem Betreuten Wohnen, die das Verhalten der Mitarbeitenden in den Blick nehmen, bieten allen Sicherheit im Alltagshandeln.
- Vorhandene Vetretungsorgane der Nutzer/innen wie Patientenvertretung, Heimfürsprecher und Beiräte aktiv in die Arbeit z.B. in die Besprechungsstruktur einzubeziehen, sichert die Mitgestaltung des Wohn- bzw. Behandlungsmilieus durch deren Nutzer.
- Fortbildungsmaßnahmen für Heimbewohner/innen zur Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte und Nutzerinteressen, aktivieren ihre Fähigkeiten, geben ihnen größere Souveränität.

Förderung von Mitarbeitenden

- Standards für den Umgang mit von Gewalt geprägten Situationen und die damit verbundene Qualitätsentwicklung verringern die Unsicherheit der Mitarbeitenden, schaffen Handlungssicherheit.
- Das Erkennen der vorhandenen Mitarbeiterkultur und Entwicklung einer offenen und transparenten Arbeitskultur, stärkt die Kollegialität und den Respekt vor dem Anderen.
- Übernahme der Verantwortung für das Thema durch die Leitung

und Kontrolle eines angemessenen, schützenden aber auch konfrontierenden Umgangs, stärkt den Offenheit sich dem Thema zu widmen, erhöht auch die Fehlerfreudlichkeit.

- Das Training von Möglichkeiten/Techniken/Verhaltensregeln bis hin zu körpersprachlichen Signalen, um Gewalt in der Psychiatrie zu reduzieren, fördert die Fähigkeiten von Mitarbeitenden die Arbeit möglichst gewaltfrei zu gestalten und zu organisieren.

Entwicklung der Dienste

- Eine Veränderung von institutionellen Gegebenheiten in Richtung kleiner, offener und diversifizierter Hilfen und Angebote. Um so weniger üben diese strukturelle Gewalt aus.
- „Dirty work Abteilungen", die vorrangig für gewalttätige Menschen zuständig sind, sind weitgehend abzuschaffen, um das Bewusstsein und die Verantwortung für die Gewaltfragen auf die gesamten Mitarbeiterschaft von Einrichtungen zu übertragen.
- Die Schaffung eines Klimas der Reflexionsmöglichkeit und -bereitschaft, aktiviert das Mitdenken aller Beteiligten.
- Gewalt als Hierarchie übergreifendes Thema zu etablieren, holt Gewalt aus der „Schmuddelecke" macht sie besprechbar.

Entwicklung von Strukturen

- Die Auflösung der (relativ) starren Grenzen von stationären, teilstationären und ambulanten Hilfsangeboten (und damit bessere Zusammenarbeit der Kostenträger) führen zu einem flüssigeren (einfacheren) Wechsel zwischen unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsangeboten.
- Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (auch der Fachverbände wie des BeB), unterstützt ein positives Image der psychiatrischen Arbeit, schafft mehr Selbstbewusstsein bei den Psychiatrie-Erfahrenen wie den in der Psychiatrie Tätigen.
- Ergebnisse gelungener Arbeit zu dokumentieren / darzustellen / zu erforschen schafft neue Perspektiven und sichert positive Erkenntnisse.
- Ein Umfassendes humanes nicht technizistisches Krankheits- und Behandlungsverständnis stärkt die Souveränität der Nutzer wie der Mitarbeiter der Psychiatrie.
- Die in der Psychiatrie Tätigen und ihre Verbände müssen sich gemeinsam mit den Selbsthilfeverbänden öffentlich und kritisch mit den gesellschafts- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen und den Ausgrenzungs- und Spaltungstendenzen auseinandersetzen, die Gewalt erzeugen und Gewalt aufrechterhalten.

Wir haben in den beiden Tagen das deutliche Signal erhalten, dass die Psychiatrie sich auf den Weg machen muss, ihre interne Kultur im Umgang mit Gewaltsituationen zu sensibilisieren und weiterzuentwickeln. Dabei muss sie den Blick über den Tellerrand hinaus wagen, um den sich verändernden politischen und gesellschaftlichen Kontext unserer psychiatrischen Praxis verstärkt in den Blick zu nehmen.

Beschlossen vom Fachbeirat Psychiatrie auf seiner Sitzung vom 18.02.05 und vom Geschäftsführenden Vorstand am 02.03.05 ●

Personenzentrierung – Leitziel der Sozialpsychiatrie
Psychiatrie-Jahrestagung des BeB

Die diesjährige Psychiatrietagung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB) rückt das Thema der Personenzentrierung in den Mittelpunkt. Ausgehend von der grundsätzlichen Forderung, psychiatrische Hilfen vom individuellen Hilfebedarf aus in der Lebenswelt der betroffenen Menschen zu organisieren, stellt die Umsetzung personenzentrierter Hilfen eine ständige Herausforderung dar.

Im Verlauf der Tagung wird der Bogen geschlagen von den aktuellen sozialpolitischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen über die Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen bis hin zu den Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Mitarbeitenden und den Anforderungen auf Seiten der Träger. Diese unterschiedlichen Dimensionen der Personenzentrierung als übergeordnetem Ziel eines komplexen Transformationsprozesses werden durch Referierende ganz unterschiedlicher Professionen aufgezeigt.

Die Psychiatriejahrestagung findet vom 21.09. bis 22.09. 2005 in Erkner bei Berlin statt. Das endgültige Programm mit den Anmeldeunterlagen werden dieser Tage über die Geschäftsstelle des BeB versandt.

Weitere Informationen: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. , Altensteinstr. 51, 14195 Berlin, Telefon: 030 / 83 001- 270 (Zentralanschluss), Telefax: 030 / 83 001-275, info@beb-ev.de www.beb-ev.de

Neuer Weg zur sozialen Rehabilitation

Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche zugunsten psychisch kranker Patienten des Klinikums Nord

Von Günter Breese, Manfred Voepel und Joachim Schwerdtfeger

Im Klinikum Nord – Ochsenzoll – wurde 1998 das Projekt „Schuldenberatung für psychisch kranke Menschen im Krankenhaus" als Teil des Sozialdienstes gegründet und seither ständig fortentwickelt. Wegen seines sozialpsychiatrischen Ansatzes ist das Projekt im Jahr 2000 mit dem „Lilly Award" geehrt worden. 2004 erhielt es einen Förderpreis als Stipendiat des „Start Social", und wurde in die Bundesauswahl der besten Projekte aufgenommen. Start social ist eine von Großfirmen der Wirtschaft getragene Kampagne, durch die die Lösung allgemeiner gesellschaftlicher Probleme unterstützt werden soll. Im Herbst 2002 wurde das Projekt in das Modellförderprogramm der Herrmann Reemtsma Stiftung aufgenommen.

Das Projekt verdient möglicherweise gerade in einer Zeit, die durch zunehmende betriebliche und private Insolvenzen geprägt ist, über unser Krankenhaus hinaus Beachtung bzw. Unterstützung. Dies gilt um so mehr, als gegenwärtig die öffentliche und politische Diskussion um Krankenhäuser von ökonomischen Aspekten beherrscht ist. Die Förderung von Aktivitäten eines Krankenhauses, das sich über die Akutversorgung hinaus um das Patientenwohl sorgt, ist deshalb ein Gegengewicht, an dem jede Unternehmensleitung starkes Interesse haben dürfte.

In einer Dokumentation (vergleiche Forum sozial 3/2002) über das Projekt wird ausgeführt, dass die Anzahl überschuldeter Haushalte auch in Hamburg ständig wächst. Für 1998 wird eine Zahl von 60 000 Haushalten genannt, die heute deutlich höher sein dürfte. Die Presse nannte im Frühjahr 2003 eine Zahl von weit über 65 000 Fällen allein im Stadtgebiet von Hamburg.

Diese Entwicklung spiegelt sich entsprechend in einem Anstieg überschuldeter psychisch kranker Menschen im Klinikum Nord-Ochsenzoll wider. Die Schulden sind häufig im Kontext ihrer Erkrankung entstanden und bedeuten zugleich ein gravierendes Hemmnis für psycho-soziale Stabilisierung und gesellschaftliche Integration der Betroffenen. Die Entwicklung einer Perspektive zum Leben mit Schulden und praktikabler Schritte zur Entschuldung ist deshalb für eine dauerhafte Rehabilitation dieser Personen von entscheidender Bedeutung.

Bisherige Arbeitsschwerpunkte

Das Projekt hat sich dementsprechend bisher zwei Arbeitsschwerpunkte gesetzt:
1. Schwerpunkt: Patienten-Lernprogramm „Ökonomisch Haushalten". Hier handelt es sich vornehmlich um einen präventiven Beitrag zu Abwendung der Schuldenfalle. Es werden der richtige Umgang mit Geld, Haushaltsplanung, kostengünstiges Einkaufen und die Bewältigung unvorhersehbarer Ausgaben angesprochen und damit Hilfen zur Vermeidung von üblichen Überschuldungsrisiken gegeben. Es wird ferner die Idee verfolgt, diesen Arbeitsschwerpunkt durch die Einladung von Referenten solcher Unternehmen zu erweitern, die typische Gläubiger der Patienten sind. Dazu zählen vor allem Banken, Versandhäuser oder Handy- und Internet-Betreiber. Mit dem Ziel der Förderung eines besseren gegenseitigen Verständnisses sollen auch Gerichtsvollzieher für Referate gewonnen werden

2. Schwerpunkt: Patienten-Einzelfallberatung und Schuldenregulierung. Zusammengefasst lassen sich die Tätigkeitsfelder hier wie folgt darstellen:
- Sensibilisierung des Schuldners, seine wirtschaftlichen und sozialen Defizite zu erkennen und Motivation zur Schuldenregulierung.
- Vielfältige Unterstützung des Patienten im Bemühen um eine vorgerichtliche bzw. um eine außergerichtliche Einigungen mit den vorhandenen Gläubigern.

Pro Jahr können allein über diesen Weg zur Zeit mehr als 240 überschuldete Patienten wirksam entschuldet und damit wirtschaftlich saniert werden.

Insolvenzordnung: Keine Hilfe für Psychisch Kranke

Es bestand die Hoffnung, dass die Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 bzw. vom 1.1.1999, die mehrfach geändert und ergänzt und Ende 2001 noch einmal für private Verbraucher und sonstige Kleinverfahren in den Ablaufstrukturen und Anforderungen an den Schuldner vereinfacht wurde, auch für psychisch kranke Menschen eine Hilfe sein könnte. Diese Erwartung hat sich vornehmlich aus zwei Gründen nicht erfüllt:

- Das neue Insolvenzrecht stärkt die Position des Schuldners, der nach vorheriger Rechtslage prinzipiell einem 30-jährigen Zugriff der Gläubiger ausgesetzt war, dem nun aber die Möglichkeit eröffnet wird, in einem geordneten, stark formalisierten Verfahren und bei entsprechendem Wohlverhalten zur außergerichtlichen bzw. gerichtlichen Restschuldbefreiung nach sechs Jahren zu gelangen. Die Erfahrungen aus der Einzelfallberatung und Schuldenregulierung im Sozialpädagogischen Fachdienst des Klinikums Nord-Ochsenzoll zeigen, dass psychisch kranke Menschen den Anforderungen aus der Insolvenzordnung auch unter den neuen, erleichterten Bedingungen für „Verbraucherinsolvenzverfahren und sonstige Kleinverfahren" (§ 304ff InsO), in aller Regel nicht gewachsen sind. Sie können die bürokratischen Anforderungen und langen zeitlichen Belastungen oft nicht

Manfred Voepel,
Klinikum Nord ,
Langenh. Ch. 560,
22419 Hamburg
e-Mail:
Manfred.Voepel@k-nord.lbk-hh.de

aushalten. Es kann gesagt werden, dass die langfristig angelegte Wohlverhaltensklausel der InSO schwer mit den krankheitsbedingten gesundheitlichen Schwankungen von psychisch Kranken zu vereinbaren ist. Dazu bedürfte es intensiverer Unterstützung der Schuldnerberatungsstellen – außerhalb der Kliniken – über einen langen Zeitraum.

■ Die Schuldnerberatungsstellen der Bezirksverwaltung sind stark überbelastet. In Hamburg müssen Schuldner derzeit durchschnittlich 214 Tage warten, bis sie einen ersten Beratungstermin erhalten. Unter dieser Belastung ist es diesen Stellen gar nicht möglich, sich auf die besonderen Anforderungen und die zusätzlichen Arbeitsleistungen einzustellen, die eine nachhaltige Hilfe für psychisch kranke Menschen erfordern. Hier sei angemerkt, dass der Senat wegen dieser insgesamt unbefriedigenden Situation der staatlichen Schuldnerberatung im Herbst 2002 beschlossen hat, diesen Aufgabenbereich sukzessive auf private Träger zu verlagern. Für die Schuldenberatung psychisch Kranker lassen sich aber auch daraus auf absehbare Zeit keine positiven Perspektiven ableiten.

Das neue Insolvenzrecht bietet damit – bezogen auf das Gesamtverfahren – für diesen Personenkreis noch keine wirksame Hilfe.

Das Projekt Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche

Der Sozialdienst im Klinikum Nord hat aus der praktischen Hilfeleistung für die verschuldeten Patienten Erkenntnisse gewonnen, aus denen sich – unter Verzicht auf das Verbraucherinsolvenzrecht – eigene und für die Kranken wirksamere Wege zur Schuldbefreiung ableiten lassen. In aller Regel stammen die Schulden der Patienten aus Rechtsgeschäften des täglichen Lebens – wie Teilzahlungskredite, Bestellungen im Versandhandel, Handy- oder Internet-Verträge. Oder die Schulden haben sich durch krankheitsbedingte Aufgabe kleiner Geschäfte (Restschulden und -Verbindlichkeiten) ergeben. Die Höhe der Schulden bewegt sich dementsprechend in Beträgen von wenigen hundert bis zu einigen tausend Euro.

Die Aussichten der Gläubiger, bei diesen Schuldnern ihre Außenstände eintreiben zu können, sind in der Mehrzahl der Fälle ungünstig, weil Einkommen oder Vermögen fehlen. Angesichts der Forderungshöhe gerät überdies der Aufwand für die Verfolgung der Schulden auf Gläubigerseite schnell ins Missverhältnis zu den kalkulierbaren Erträgen. Vor diesem Hintergrund hat sich gezeigt, dass Gläubiger in der Regel bereits auf Vergleichsvorschläge einzugehen bereit sind, die ihnen eine verhältnismäßig niedrige Vergleichssumme in Aussicht stellen, weil bekanntlich der Spatz in der Hand besser ist, als die Taube auf dem Dach. Diesen Weg der Regulierung geht der Sozialpädagogische Fachdienst bereits jetzt immer dann, wenn der Patient dafür durch sein positives Verhalten geeignet erscheint und aus Eigenmitteln des Patienten und/oder mit finanzieller Unterstützung durch Dritte (u.a. Eltern, Verwandte, Freunde) der für eine Regulierung erforderlichen Schuldanteil aufgebracht werden kann. Finden sich keine Mittel, ist dieser Weg bisher nicht gangbar. Hier soll durch den „Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche zugunsten psychisch kranker Menschen“ Abhilfe geschaffen werden. Ziel ist, Mittel zu sammeln, die für die Entschuldung der Patienten durch Vergleichsangebote gegenüber den Gläubigern dann eingesetzt werden, wenn sich anders Mittel dafür nicht finden lassen.

Gemeinsam mit dem Nussknacker e.V. und durch die Mithilfe der Ilse und Hans-Günter Regenbogenstiftung soll hier ein ganz neuer Weg zur sozialen Reintegration psychisch Kranker im Klinikum Nord beschritten werden. Der Patient soll in diesen Fällen allerdings auch in die Pflicht genommen werden, sich an der laufenden Kapitalbeschaffung für den Fonds zu beteiligen, d.h. er soll im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten zur Erstattung der für ihn aufgewendeten Tilgungssumme angehalten werden. Das finanzielle Ergebnis wird in dieser Hinsicht nicht hoch veranschlagt. Vielmehr ist diese Absicht in erster Linie therapeutisch-pädagogisch begründet und darf für die Kranken nicht zu einem neuen Schuldendruck führen. ●

Die Aussichten der Gläubiger, bei diesen Schuldnern ihre Außenstände eintreiben zu können, sind in der Mehrzahl der Fälle ungünstig, weil Einkommen oder Vermögen fehlen

Antidiskriminierungsgesetz eindeutiges politisches Signal

Das geplante Antidiskriminierungsgesetz (ADG) der Bundesregierung wird in diesen Tagen von Politik und Wirtschaft kontrovers diskutiert. Während große Wirtschaftsverbände sich vehement gegen den Gesetzentwurf wehren, steht der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe dem Vorhaben der rot-grünen Regierungskoalition positiv gegenüber.

„Der BeB begrüßt es ausdrücklich, dass der Gesetzgeber durch den vorgelegten Entwurf ein eindeutiges politisches Signal zum Schutz behinderter Bürgerinnen und Bürger vor Diskriminierung setzt“, freut sich Pfarrer Klaus-Dieter Kottnik, erster Vorsitzender des BeB. „Die Tatsache, dass in unserer Gesellschaft Menschen wegen ihrer Behinderung von Hotelbesitzern abgewiesen werden dürfen und keinen Versicherungsschutz erhalten spricht für die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes.“ Allerdings sieht der BeB, der den Gesetzentwurf insgesamt befürwortet, an einigen Stellen noch Nachbesserungsbedarf. So müssten angesichts des zu erwartenden Anstiegs der Anzahl von alten Menschen mit Behinderung auch die Merkmale „Alter“ und im Blick auf sexuelle Belästigungen „Frauen“ zu dem neu eingeführten Benachteiligungsverbot hinzugefügt werden (Art. 3, § 33c SGB). Die Erlaubnis unterschiedlicher Behandlung, so fordert der BeB, müsse konkreter gefasst werden, da ansonsten behinderte Menschen unterschiedslos von der Nutzung von Sport-, Freizeit und Konsumangeboten ausgeschlossen werden könnten. „Es gilt zu vermeiden, dass der Besitzer eines Porzellanladens den Besuch geistig behinderter Kunden ausschließen darf, weil er einen unsachgemäßen Umgang mit seiner Ware befürchtet“, erläutert Kottnik.

Verdienstkreuz für Annalis Fischer

Für besondere Verdienste im Ehrenamt hat jetzt Annalis Fischer, langjähriges Mitglied im Vorstand des Bundesverbands der Angehörigen, das Verdienstkreuz am Bandes des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Gemeinsam mit anderen 9 Personen aus Baden-Württemberg nahm Fischer die Auszeichnung von Staatssekretär Rudolf Böhmler am Mittwoch, 26. Januar 2005 in der Stuttgarter Villa Reizenstein entgehen. „Durch ihre bewundernswerte Leistung, meist über Jahrzehnte hinweg und ihre herausragende Persönlichkeit geben Sie ein nachahmenswertes Beispiel für andere“, so Böhmler wörtlich. Annalis Fischer stammt aus Leinfelden-Echterdingen und setzt sich seit 25 Jahren für die Belange psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen ein. Ein persönliches Schicksal hatte sie im Jahr 1980 in die Selbsthilfegruppe Stuttgart geführt. Diese entwickelte sie später als deren Vorsitzende zur größten Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland. Unter anderem wirkte Fischer wesentlich bei der Gründung des europäischen Verbandes der Angehörigen mit und unterstützte dessen Arbeit bis zum Jahr 1998.

Neues Kompetenzzentrum Persönliches Budget

Das PARITÄTISCHE Kompetenzzentrum Persönliches Budget hat jetzt seine Arbeit aufgenommen. Das Angebot der Informations- und Dokumentationsstelle richtet sich an hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen als Budgetnehmer sowie an soziale Dienste und Einrichtungen mit ihren Fachkräften als Leistungsanbieter. Die neuen Regelungen werfen sowohl für die Budgetnehmer als auch für die Leistungsanbieter viele Fragen auf. Behinderte oder pflegebedürftige Menschen sehen sich plötzlich in der Rolle, selbst verantwortlich zu sein für die Organisation ihrer lebensnotwendigen Hilfen. Und den Trägern sozialer Dienste und Einrichtungen stellen sich neue Anforderungen an die Personalplanung, an die Preisgestaltung und an das Marketing. Das PARITÄTISCHE Kompetenzzentrum Persönliches Budget will angesichts dieser sozialpolitischen Umbruchssituation bei der Suche nach fachlich angemessenen und wirtschaftlich tragfähigen Lösungen helfen. In bundesweiten und regionalen Fachtagungen werden in- und ausländische Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget dokumentiert und analysiert. Auf einer Datenbank finden sich im Internet aktuelle Informationen und Grundlagenartikel. Weitere Informationen: www.budget.paritaet.org

Pro Psychiatrie Qualität jetzt online

Umfassende Informationen über das vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und dem Bundesfachverband Psychiatrie in der Caritas (PiC) gemeinsam entwickelte leitzielorientierte Qualitätsmanagementsystem PPQ sind jetzt auch im Internet unter www.ppq.info zu finden. Die Homepage bietet eine differenzierte Einführung in das PPQ-Managmentsystem, vielfältige praxiserprobte Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Diensten, Einrichtungen und Verbundsystemen der Sozialpsychiatrie sowie Unterstützung bei der Implementation von PPQ in der Praxis. Mit Hilfe der strukturierten Qualitätsberichte können Dienste und Einrichtungen eine auf Qualitätskriterien basierende Selbst- und Fremdbewertung ihrer Praxis vornehmen. Zur Vertiefung stehen Fachveröffentlichungen und externe gutachterliche Stellungnahmen zum PPQ-Managementsystem zur Verfügung. Der bundesweite Qualitätszirkel Pro Psychiatrie Qualität hat auch eine Informationsdatei für PPQ-Anwender angelegt. Diese Datei gibt eine Übersicht über die Dienste und Einrichtungen, die mit PPQ arbeiten. Ziel dieser Übersicht ist es, einen Überblick und einen besseren Informationsstand über die Nutzer von PPQ zu geben, sowie einen stärkeren Austausch zu ermöglichen.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmuth Beutel, Esslingen; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Ute Golombek, Berlin, Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart
Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evanggemeindeblatt.de
Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165
Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2004
Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart
Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Intensivkurs Betriebswirtschaft

13. – 15. Juni 2005 (Seminar 1) Hösbach

Für Führungskräfte mit pädagogischer, sozialwissenschaftlicher, theologischer oder anderer Qualifikation Zweiteilige Fortbildung. Seminar 2: 21.11. – 23.11.2005. Leitung: Dirk Wilkesmann, Lübeck; Michael Klein, Schwäbisch Hall. Information und Anmeldung: GFO Süd; s. u.

„Was Du nicht willst das man Dir tu' ...

15. – 17. Juni 2005 Steinfurt/Westfalen

... das füg Dir auch nicht selber zu". Das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) bei „Borderline". Leitung: Sabine Giesche, Bielefeld. Information und Anmeldung: GFO Nord; s. u.

Grenzgänger

23. – 25. Mai 2005 Lehnin bei Berlin

Die Diskrepanz zwischen Können und Möglichkeiten. Leitung: Dagmar Moog, Weener. Information und Anmeldung: GFO Berlin; s. u.

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag

27. – 29. Juni 2005 Stuttgart

Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen. Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart; Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Schwaikheim. Information und Anmeldung: GFO Süd; s. u.

Doppeldiagnose

17. – 19. Oktober 2005 Steinfurt/Westfalen

Psychisch krank und geistig behindert. Leitung: Wolfgang Kischkel, Neuerkerode. Information und Anmeldung: GFO Nord; s. u.

Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation

10. – 11. Oktober 2005 (Information) Leinfelden-Echterdingen

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie. Seibenteilige Weiterbildung (mit neuer Weiterbildungsstruktur) – 2005-2007. Seminar 1: 16.11. – 19.11.2005. Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster. Information und Anmeldung: GFO Nord; s. u.

Pro Psychiatrie Qualität: Transfer in die Praxis

21. – 24. November 2005 (Seminar 1) Steinfurt/Westfalen

PPQ-Multiplikatorenweiterbildung IV. Fünfteilige Weiterbildung für Führungskräfte, Qualitätsbeauftragte u. ä. in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten. Leitung: Ulrich Nicklaus, Münster. Information und Anmeldung: GFO Nord; s. u.

Qualifizierung zur Gruppen-Verbundleitung in sozialen Systemen

7. – 10. Juni 2005 (Seminar 1 für Nordregion); Steinfurt/Westfalen

Fünfteilige Weiterbildung 2005 bis 2006
A) Nordregion. Seminar 2: 25.10. bis 28.10.2005. Leitung: Ulrich Nicklaus, Münster. Information und Anmeldung: GFO Nord; s. u.

7. – 10. Juni 2005 (Seminar 1 für Südregion); Stuttgart und Schwarzach/Main

B) Südregion. Seminar 2: 4.10. bis 7.10.2005. Leitung: Michael Klein, Schwäbisch Hall. Information und Anmeldung: GFO Süd; s. u.

„Wohnen und Betreuen – heute und morgen"

23. September 2005 Hachenburg (Westerwald)

9. Fachtagung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland Pfalz. Schirmherrschaft: Roswitha Beck, Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie Rheinland-Pfalz. Information und Anmeldung: f.j.wagner@gmx.net oder unter Telefon 0651/1707967); www.lvpe-rlp.de

---

GFO Berlin
Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Telefon 030 /83 001-271
Fax 030 /83 001-275
E-Mail: berlin@gfo-diakonie.de

GFO Nord
Friesenring 32/34
48147 Münster
Telefon 0251 2709 396
Fax 0251 2709 398
E-Mail: nord@gfo-diakonie.de

GFO Süd
Sudetenweg 92
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 500 282
Fax 0791 500 300

contec

Ambulantisierung -

nicht Problem, sondern Chance!

Kostendruck und Sparzwänge verlagern immer mehr Leistungen in den ambulanten Sektor.

Wer dies nicht als Bedrohung, sondern als Möglichkeit versteht, gewinnt Gestaltungsspielraum und sichert so Ertrag und Bestand des Unternehmens. Seit langem analysiert, berät und begleitet contec erfolgreich Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe bei Veränderungs- und Optimierungsprojekten - sprechen Sie uns an!

SGS

contec GmbH • Management- und Organisationsberatung
für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen
Bochum • Berlin • Stuttgart • Rhein/Ahr
Sinterstr. 8a • 44795 Bochum • fon: 0234 / 45273-0 • fax: 0234 / 45273-99
www.contec.de - www.jobsozial.de