



**Jan Glasenapp & Sabine Schäper
(Hrsg.)**

**Barrierefreie Psychotherapie
Möglichkeiten und Grenzen der
psychotherapeutischen Versorgung von
Menschen mit Intelligenzminderung**

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb
am 11. März 2016 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 37**

Berlin 2016

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-38-7

® 2016 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

1. Aufl. 2016

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Barrierefreie Psychotherapie - Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Sabine Schäper & Jan Glasenapp: Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung - Einschätzungen und Eindrücke zum aktuellen Stand	4
Jan Glasenapp: Zur Einführung: Barrierefreie Psychotherapie	13
Katharina Kufner & Jürgen Bengel: Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Hintergründe	19
Samuel Elstner: Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	32
Matthias Schützwohl & Andrea Koch: Prävalenz psychischer Beschwerden und Versorgungsbedarf von Menschen mit Intelligenzminderung	36
Antonia Thimm & Sabine Schäper: Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in einem Landkreis im Münsterland. Perspektiven der regionalen Vernetzung	48
Jürgen Rost: „Von einem der auszog, das Fürchten ‚zu klären‘“ oder Das Projekt „barrierefrei gesund“ als Ansatz zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung	68
Yvonne Tenner-Paustian: Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin Pankow	76
Zusammenfassung der Podiumsdiskussion zur Barrierefreien Psychotherapie mit Ulrich Clever, Jürgen Doeber, Claudia Köppen, Dietrich Munz, Martin Rothaug und Roland Straub	80
Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien: Schreiben an Professor Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses	86
Autorinnen und Autoren, Referentinnen und Referenten	92

Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

Einschätzungen und Eindrücke zum aktuellen Stand.

Sabine Schäper & Jan Glasenapp

Einführung

Die Frühjahrsfachtagung 2016 der DGSGB hat sich unter der Überschrift „Barrierefreie Psychotherapie“ der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung gewidmet.

Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention spricht Menschen mit Behinderung das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung zu und verlangt von den Vertragsstaaten, dafür erforderliche Vorkehrungen zu treffen. Doch bei der Realisierung dieses Rechtsanspruchs und der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten stoßen Menschen mit Intelligenzminderung oft an unüberwindbare Barrieren – ein Zustand, den Betroffene, ihre Angehörigen und assistierende Professionelle oftmals als sehr belastend erleben. Zwar übernehmen formal bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung die Krankenkassen selbstverständlich die erforderlichen Behandlungskosten, der Weg dorthin ist jedoch von vielfältigen Barrieren geprägt. Der Verweis auf die formal bestehende Behandlungsmöglichkeit wirkt daher auf Betroffene, die verzweifelt nach Unterstützung suchen, aber unter Verweis etwa auf den besonderen Aufwand, den eine Behandlung mit sich bringen würde, abgelehnt werden, unter Umständen zynisch.

Die Barrieren reichen von erschwerter Erreichbarkeit psychotherapeutischer Angebote, insbesondere in Wohnortnähe und in der Region, über Barrieren in der Zugänglichkeit von Praxisräumen, insbesondere für mobilitäts-eingeschränkte Personen, bis hin zu Barrieren in der Anwendung bestimmter psychotherapeutischer Verfahren, insbesondere bei sprachlastigen und kognitiv anspruchsvollen Interventionen, und Barrieren auf Seiten der Behandelnden und ihrer Einstellungen.

Dabei ist Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung ein junges Feld innerhalb der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Dies hat Gründe, die mit diagnostischen Fragen, den psychotherapeutischen Methoden und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu tun haben.

Barrieren in der Diagnostik und den psychotherapeutischen Methoden

Psychische Störungen von Menschen mit Intelligenzminderung werden erst in den letzten drei Jahrzehnten als solche wahrgenommen und diagnostiziert. Vor der Einführung von Konzepten wie der Dualen Diagnose galten entsprechende Auffälligkeiten im Verhalten und Erleben behinderter Menschen als Bestandteil ihrer Behinderung und fanden keine spezifisch psychotherapeutische Beachtung. Mittlerweile gilt es als Konsens, dass Menschen mit Intelligenzminderung grundsätzlich unter allen bekannten psychischen Störungen leiden können und dies auch tun.

Dabei bestehen große Schwierigkeiten, psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung valide und reliabel zu diagnostizieren. Die gängigen Diagnosemanuale ICD und DSM sind sehr kognitiv ausgerichtet und erfordern für die Diagnosestellung Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeiten, über die Menschen mit Intelligenzminderung mitunter nicht verfügen. Adaptionen für die Zielgruppe wie die DC-LD (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS 2001) oder DM-ID (NADD 2007) stehen nicht in deutscher Sprache zur Verfügung. In vielen Fällen hängt daher die Diagnosestellung von der Erfahrung des Kliniklers ab, der kaum Gelegenheit hat, sein Urteil teststatistisch zu überprüfen.

Trotz dieser diagnostischen Schwierigkeiten ist davon auszugehen, dass Menschen mit Intelligenzminderung ein deutlich erhöhtes Risiko haben, an psychischen Störungen zu erkranken. Laut ICD (WHO 1993) liegt das Risiko einer psychischen Erkrankung für intelligenzgeminderte Menschen drei- bis vierfach über dem nicht-intelligenzgeminderter Menschen. Die empirisch erhobenen Prävalenzraten schwanken darüber hinaus in erheblichem Maße, je nach Ein- und Ausschluss von Verhaltensstörungen und den gewählten Erhebungsinstrumenten.

Auf der Fachtagung stellten Matthias SCHÜTZWOHL und Andrea KOCH Ergebnisse ihrer MEMENTA-Studie vor, wonach in ihrer großen Stichprobe diese überdurchschnittliche Prävalenz nicht ohne weiteres bestätigt werden konnte. Es wurde deutlich, dass weiterer Forschungsbedarf zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung besteht.

Die Diagnose ist die Voraussetzung für die folgende Therapie. Erst mit einem veränderten Blick auf den psychischen Leidensdruck von Menschen mit Intelligenzminderung öffnete sich damit auch die Psychotherapie mit all ihren unterschiedlichen Methoden gegenüber dieser Zielgruppe. Zwar gab es bereits lange eine Tradition von klassisch verhaltenstherapeutischen Interventionen zur Erweiterung isolierter Kompetenzen im Rahmen pädagogischer Konzepte in der Behindertenhilfe, doch erst mit der humanistischen Wende entwickelten sich umfassende Therapieansätze für behinderte Menschen, sei es ausgehend

von einem klientenzentrierten, einem tiefenpsychologischen oder auch einem verhaltenstherapeutischen Ansatz.

Diese Ansätze lassen sich grob zwei Zugangswegen zuordnen:

1. Die Entwicklung spezifischen psychotherapeutischer Interventionen und Methoden speziell für diese Zielgruppe, häufig in Anlehnung an heilpädagogische Konzepte.
2. Die flexible Nutzung und Adaptation von bekannten psychotherapeutischen Interventionen und Methoden für die Bedürfnisse dieser Zielgruppe.

Allen Ansätzen gemeinsam ist die Berücksichtigung grundlegender Prinzipien für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung, z.B. Reduzierung und Vereinfachung von Sprache, Nutzung von Visualisierungshilfen, Betonung der Beziehungsgestaltung, Nutzung aktivitätsbezogener Interventionsformen, Flexibilisierung des Settings, Kooperation mit weiteren Bezugspersonen.

Insgesamt besteht mittlerweile ein breites Bündel an Interventionsmöglichkeiten, von denen viele ihre Wirksamkeit in Einzelfall- und nicht-kontrollierten Studien nachweisen konnten (vgl. zum Überblick BEAIL 2016; HENNICKE 2011; SAPPOCK ET AL. 2010).

Katharina KUFNER stellte einen umfassenden Überblick der psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten für Menschen mit Intelligenzminderung dar. Hierzu berichtete sie aus ihrer Erfahrung als Leiterin der bundesweit einzigartigen psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz mit dem Schwerpunkt Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung.

Samuel ELSTNER konnte praktische Empfehlungen für die Modifikation von Therapieansätzen für Menschen mit Intelligenzminderung geben und in einer Literaturrecherche zeigen, dass in der überwiegenden Zahl der Fachartikel zum Thema verhaltenstherapeutische Interventionen beschrieben wurden.

Vorschläge für einen Abbau von Barrieren im Bereich Diagnostik und psychotherapeutischer Methoden

1. Nicht nur für Menschen mit Intelligenzminderung ist eine Konzeptionalisierung von psychischen Störungen zu fordern, bei der sprachliche und kognitive Aspekte eine weniger große Bedeutung haben. Es sind entsprechende Forschungsbemühungen erforderlich, diagnostische Kriterien psychischer Störungen zu etablieren, die eine valide Abgrenzung von Verhaltensstörungen und herausforderndem Verhalten möglich machen.
2. Zur Abklärung von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung sollten spezialisierte Einrichtungen im Feld der

psychotherapeutischen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen beratend zur Seite stehen, um Verdachtsdiagnosen überprüfen zu können. Es bleibt abzuwarten, ob die neuen bzw. gerade entstehenden Medizinischen Zentren für die Behandlung erwachsener Menschen mit Behinderung (MZEB) diese Rolle übernehmen werden.

3. Es sind weitere Prävalenzstudien erforderlich, um das Ausmaß psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung differenziert zu bestimmen. Dabei sind unterschiedliche Schweregrade einer Behinderung, die individuellen Lebensformen und Lebensumstände, Merkmale wie das Alter oder weitere Begleiterkrankungen und die beschriebenen diagnostischen Schwierigkeiten zu berücksichtigen.

4. Bezüglich der Methodenentwicklung sind fortgesetzte Bemühungen erforderlich, sowohl hinsichtlich der Entwicklung spezifischer Therapieverfahren als auch der Adaption bewährter allgemeiner Therapieansätze. Dabei ist vor allen Dingen auf die Reduzierung von Sprachanforderungen, die individuelle Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspanne und die Möglichkeiten zur selbständigen Durchführung von Interventionen zu achten. Eine Vernetzung von klinischer Forschung und Praxis ist dafür genauso unerlässlich wie die Nutzung von (empirisch gesichertem) Erfahrungs- und Theoriewissen aus anderen Disziplinen wie z.B. der Heilpädagogik.

5. Alle Ansätze haben ihre Wirksamkeit nachzuweisen, wozu Forschungsdesigns zu entwickeln und umzusetzen sind, die der Heterogenität und den Bedarfen der Gruppe intelligenzgeminderter Patientinnen und Patienten entsprechen.

Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung

Grundsätzlich ist in Deutschland Psychotherapie bei gegebener Indikation eine Leistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Da Menschen mit Intelligenzminderung in einer Krankenkasse pflichtversichert sind, sollte also einer Psychotherapie nichts im Wege stehen.

Doch in der Realität zeigt sich eine dramatische psychotherapeutische Unterversorgung behinderter Menschen, auf die von Seiten Betroffener, deren Angehörigen und Vertretern der Behindertenhilfe stetig hingewiesen wird.

Auch Matthias SCHÜTZWOHL und Andrea KOCH wiesen auf der Fachtagung explizit auf einen deutlich ungedeckten Versorgungsbedarf u.a. im Bereich von schweren psychischen Belastungen und psychischen Störungen, der sich in ihren Studien zeigte.

Es gibt zwar seit langer Zeit bereits stationär-psychiatrische Angebote für intelligenzgeminderte Menschen mit psychischen Erkrankungen, diese halten jedoch in der Regel nur ein sehr beschränktes Angebot von Psychotherapie vor.

Zudem kann aufgrund der Wirkweise von Psychotherapie im Rahmen einer stationären Behandlung der Prozess zwar initiiert, zumeist jedoch nicht hinreichend abgeschlossen werden.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die MZEBs in der Lage sein werden, über Diagnostik hinaus auch regelmäßige psychotherapeutische Angebote zu realisieren. Zudem werden MZEBs voraussichtlich auf absehbare Zeit kein flächendeckendes Versorgungsangebot darstellen, sondern auf Ballungszentren und bereits etablierte große Behindertenhilfeeinrichtungen beschränkt bleiben. Vor diesem Hintergrund kann die ambulante psychotherapeutische Regelversorgung nicht aus ihrer Verantwortung genommen werden. Und gerade hier zeigen sich beträchtliche Barrieren, auf die bereits Jan Glasenapp in seiner Einführung in die Thematik der Tagung hinwies:

Viele Praxen verfügen nicht über einen barrierefreien Zugang. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fühlen sich weder kompetent noch ausgebildet, diese Gruppe an Patientinnen und Patienten zu behandeln. Zudem sind die aktuellen Psychotherapierichtlinien wenig flexibel hinsichtlich Anforderungen für die Psychotherapie geistig behinderter Menschen, z.B. den Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung. Schließlich bestehen innerhalb der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen keine inhaltlichen Steuerungseffekte, durch die Anreize geschaffen werden könnten, Menschen mit Intelligenzminderung überhaupt zu behandeln und etwaigen Mehraufwand durch erhöhten Koordinierungsbedarf etc. kompensiert zu bekommen.

Im Rahmen der Fachtagung konnten die Rednerinnen und Redner des Nachmittags auf erfolgreiche regionale Projekte für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung hinweisen.

Sabine SCHÄPER und Antonia THIMM stellten die Ergebnisse ihrer Befragung von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Landkreis des Münsterlandes vor. Dabei konnten sie zeigen, dass neben Vorbehalten auch eine hohe Bereitschaft zur Behandlung behinderter Patientinnen und Patienten vorhanden war. Zudem konnten sie durch die Befragung von Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenhilfeeinrichtungen vor Ort herausarbeiten, dass häufig Schwierigkeiten in der mangelnden Kooperation gründen und in den Einrichtungen Bedarfe bestehen (wie z.B. Fortbildung in psychischen Erkrankungen behinderter Menschen und Supervisionsbedarf), die durch die ambulante psychotherapeutische Versorgung nicht gedeckt werden können.

Jürgen ROST, Leiter einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe, stellte das Projekt „barrierefrei gesund“ in der Region Stuttgart vor, das mit breiter Unterstützung von Einrichtungen der Behindertenhilfe, Kliniken,

Selbsthilfeverbänden bis hin zu Krankenkassen und der Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung und Kooperation erarbeitet.

Yvonne TENNER-PAUSTIAN schließlich berichtete von den Möglichkeiten und Grenzen, als Psychiatriekoordinatorin eines Bezirks der Stadt Berlin in ihrer jahrelangen Arbeit Kooperations-Netzwerke aufzubauen. Dabei blieb offen, wie die Breite der niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen erreicht werden kann.

Die abschließende Podiumsdiskussion mit berufspolitischen Vertreterinnen und Vertretern zeigte eine hohe Bereitschaft aller Beteiligten, das Thema Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung weiter voran zu bringen, gleichzeitig aber auch Grenzen, die in diesem Rahmen nicht überwunden werden konnten:

Dietrich MUNZ, Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, und Ulrich CLEVER, Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie in der Bundesärztekammer und deren Menschenrechtsbeauftragter, brachten die Notwendigkeit zum Ausdruck, die Belange behinderter Menschen im Rahmen berufsrechtlicher Regelungen zu berücksichtigen, machten aber auch deutlich, dass Finanzierungsfragen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Kammern fallen.

Jürgen DOEBERT, ehemaliger Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erläuterte daraufhin, wie komplex Verteilungsfragen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen zu diskutieren sind, so dass er wenig Hoffnung auf entsprechende Änderungen machen wollte. Dafür setzte er sich aber bei der Reform der Psychotherapierichtlinien gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss für eine hilfreiche Flexibilisierung im Sinne des Personenkreises ein.

Schließlich zeigten Claudia KÖPPEN und Martin ROTH AUG aus Berlin und Roland STRAUB aus Baden-Württemberg, wie durch engagierte psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen in den Landespsychotherapeutenkammern Plattformen für Vernetzung entstehen und genutzt werden können, die Fortbildungen organisieren, hilfreiche Materialien erarbeiten und als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen.

Vorschläge für einen Abbau von Barrieren im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung

1. Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung wird ein festes Modul der Psychotherapieausbildung. Es gibt darüber hinaus regelmäßige Fortbildungsangebote für bereits approbierte Kolleginnen und Kollegen, die anfangs durch die Landespsychotherapeutenkammern organisiert werden.
2. Die Landespsychotherapeutenkammern benennen jeweils Beauftragte für die Belange behinderter Menschen und verankern berufsrechtlich die grundsätzliche Verpflichtung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung von intelligenzgeminderten Patientinnen und Patienten.
3. Sozialrechtlich werden über die Kassenärztlichen Vereinigungen und gegebenenfalls über neue Vertragsformen mit Krankenkassen finanzielle Anreize für Niedergelassene geschaffen, diesen Personenkreis zu behandeln.
4. Die Psychotherapierichtlinien werden dahingehend überarbeitet, Behandlungssettings bedarfsorientiert flexibilisieren zu können und Kooperation zwischen Leistungsanbietern zu fördern (vgl. die Stellungnahme der DGSGb zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien im Anhang).
5. Interessierte Kolleginnen und Kollegen vernetzen sich regional, z.B. in Form von Qualitätszirkeln oder Intervisionsgruppen, und fördern dabei die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung, z.B. regionalen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, Beratungsangeboten für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien, Werkstätten und Angeboten der beruflichen Förderung.
6. Regionale Projekte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung intelligenzgeminderter Menschen werden evaluiert und der (Fach-)Öffentlichkeit bekannt gemacht. Erforderliche finanzielle Mittel werden beispielsweise durch den mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verabschiedeten Innovationsfond zur Verfügung gestellt.
7. Die interdisziplinäre Kooperation zwischen Psychologie/Psychotherapie, Psychiatrie und Heilpädagogik wird gefördert durch gemeinsame Fachtagungen, gemeinsame Forschungsprojekte und die Zusammenarbeit auf lokaler Ebene.

Ausblick

Mit dieser Fachtagung hat sich die DGSGbB ihrer sozialpolitischen Verantwortung gestellt und einen Beitrag geleistet zum Austausch und zur bundesweiten Vernetzung von Initiativen, Praxiskonzepten und Forschungsarbeiten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung.

Die Ausrichtung der Fachtagung auf versorgungspolitische Aspekte fand vor dem Hintergrund gegenwärtiger gesetzlicher Reformen statt, die das Feld der Psychotherapie unmittelbar betreffen. Neben dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015, das u.a. die Schaffung von MZEBs ermöglicht hat, sind weiter zu nennen die Novellierung der Psychotherapierichtlinien 2016, die anstehende Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes mit der Regelung der zukünftigen Psychotherapie-Ausbildung sowie das Bundesteilhabegesetz und sein möglicher Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen.

Vor dem Hintergrund der ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention ist es zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik und ihrer Instanzen, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ihre Umsetzung ermöglicht wird.

Die gut besuchte Fachtagung der DGSGbB war Ausdruck der Forderung, dass die Gesundheitspolitik dieser Aufgabe im Interesse behinderter Menschen und der sie begleitenden Angehörigen und Professionellen nachkommt.

Doch schließlich darf nicht vergessen werden, dass Gesetze nur den Rahmen schaffen, innerhalb derer sich Menschen wie Akteure auf einer Bühne begegnen. Die Rollen (oder auch der Habitus im Sinne BOURDIEUS), die sie dabei als Behandlungsbedürftige und Behandelnde einnehmen, konstituieren sich selbst. So bleibt es eine kontinuierliche Aufgabe der (Selbst-)Reflexion aller in diesem Bereich Tätigen, die eigene Rolle und das eigene fachliche Handeln regelmäßig zu überprüfen. Im Augenblick begünstigen die Rahmenbedingungen eher die Sicherung der „Komfortzone“ der Behandelnden, anstatt ein versorgungsverantwortliches Denken und Handeln zu fördern.

Letztendlich ist Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung aus Sicht der psychotherapeutischen Praxis vor allen Dingen eine wundervolle Bereicherung der täglichen Arbeit, ein Einblick in andere Lebenswelten, ein gewinnbringendes Innehalten und Überprüfen gewohnter Formen des Denkens, Fühlens und Handelns.

Vielen Dank allen Mitwirkenden und für Ihr Interesse!

Literatur

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

- HENNICKE, K. (Hrsg.) (2011): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg : Lebenshilfe-Verlag.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR THE DUALY DIAGNOSED (NADD) (2007). Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID). Kingston: NADD Press.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001). Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). London: Gaskell.
- SAPPOK, T.; VOß T.; MILLAUER E.; SCHADE C.; DIEFENBACHER A. (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung, in: Der Nervenarzt 81:7, 827-836.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) (2., korrr. Aufl.). Bern: Huber.

Zur Einführung: Barrierefreie Psychotherapie

Jan Glasenapp

Herzlich Willkommen und herzlichen Dank für Ihr Interesse an dieser Fachtagung!

Auch wenn Psychotherapie nur ein spezieller Aspekt der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ist, zeigt ihr zahlreiches Kommen, dass dieses Thema doch von allgemeinem Interesse ist.

Die anwesenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen, das Jahr 1998 war ein entscheidendes Jahr für die psychotherapeutische Versorgung. Mit dem Psychotherapeuten-Gesetz wurde ein Fundament geschaffen, auf dem Psychotherapie heute zu einem wichtigen und nicht mehr in Frage zu stellendem Standbein der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung geworden ist. Doch was ist aus diesem psychotherapeutischen Impact der letzten Jahre geworden? Wer konnte davon profitieren, wen hat sie erreicht, wem hat sie geholfen - und wem nicht?

Haben wir im Jahr 2016 bereits eine barrierefreie Psychotherapie?

Die Antwort lautet: Nein, leider nicht! Dabei ist der Zeitpunkt für Veränderungen so günstig wie noch nie. Denn nie zuvor ist Psychotherapie dermaßen im Fokus der Gesundheitspolitik gestanden und wird mehrfach im Versorgungsstärkungsgesetz des vergangenen Jahres behandelt. Unter anderem konnte darin die gesetzliche Grundlage für die Gründung von Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB) geschaffen werden, eine langjährige Forderung der DGSGb und ihrem Vorsitzenden Michael SEIDEL. Aktuell werden die Psychotherapie-Richtlinien überarbeitet, ein Prozess, der bis zum Sommer diesen Jahres abgeschlossen sein soll. Die DGSGb hat hierzu eine Befragung ihrer Mitglieder durchgeführt und deren Ergebnisse in einer Stellungnahme zusammengefasst, um auf diese Weise Einfluss auf die laufende Überarbeitung im Interesse von Menschen mit geistiger Behinderung zu nehmen. Selbst in den Zulassungsausschüssen ist das Thema Menschen mit Behinderungen angekommen. Behandlerinnen und Behandler, die diese Zielgruppe berücksichtigen, dürfen dabei auf bestimmte Privilegien hoffen. Und last but not least wird aktuell das bereits erwähnte Psychotherapeuten-Gesetz überarbeitet, ein erster Referentenentwurf soll ebenfalls bis zum Sommer vorliegen. Mit dem Psychotherapeuten-Gesetz wird die Grundlage der Ausbildung und Ausübung dieses Berufs geschaffen und damit besteht die besondere Chance, auf die psychotherapeutischen Bedürfnisse behinderter

Menschen hinzuweisen und ihren Anspruch auf eine adäquate psychotherapeutische Versorgung im Berufsrecht zu verankern.

Barrieren haben etwas Brutales

Und das ist tatsächlich nötig und keine Selbstverständlichkeit, auch nicht im Jahr 2016. Denn weiterhin ist es die zentrale Lebensrealität von Menschen mit Behinderungen, auf Barrieren zu stoßen — so auch im Feld der Psychotherapie. Und Barrieren haben etwas Brutales, woran das Musikzitat aus Pink Floyds The Wall erinnern soll. Um nur ein Beispiel zu zeigen: Manche Grenzen, wie eine Bordsteinkante, nehmen wir im Alltag gar nicht wahr, wenn wir nicht daran erinnert werden. Doch genau die gleichen alltäglichen Grenzen können für manche Menschen bereits zu unüberwindbaren Barrieren werden, die sie von ihrer Teilhabe an einem Leben in der Gesellschaft ausgrenzen.

Schon lange erinnert die Aktion Mensch deshalb daran, „behindert ist man nicht, behindert wird man!“ — ‚behindert sein‘ bedeutet allzu oft ‚behindert werden‘ und ist daher ein sozialer Tatbestand. Solche - sichtbaren - Barrieren gibt es natürlich auch in der Psychotherapie.

Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung.

Dabei erweist sich der Zugang zur Psychotherapie für viele Patientinnen und Patienten häufig als der schwierigste Schritt zur Besserung.

Die Stiftung Gesundheit kam 2012 in einer eigenen Erhebung unter bundesweit knapp 28.000 Praxen der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass nur 15% einen rollstuhlgerechten Zugang zu den Behandlungsräumen haben. Und nur 1% dieser Praxen verfügt über ein barrierefreies WC (vgl. BMAS, 2013, S. 200).

Dabei ist es eine zentrale staatliche Aufgabe, behinderten Menschen den barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern, wie in der 2009 von Deutschland ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen festgeschrieben ist.

Artikel 25 regelt darin den Gesundheitsbereich: *„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Und weiter „legen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, ..., indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen“.*

Das BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS) hält es in dem 2013 veröffentlichten Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen *„für erforderlich, eine verbesserte Nutzbarkeit medizinischer Infrastruktur für Menschen mit Beeinträchtigungen zu prüfen. hierbei geht es nicht nur um Zugangs-, sondern auch um Kommunikations-Barrieren“* (S. 21).

Entsprechend wird auf vielfältigen gesellschaftlichen Ebenen daran gearbeitet, Zugangsmöglichkeiten behinderter Menschen zu verbessern.

Die KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2015) hat das Thema aufgegriffen und unterstützt Kolleginnen und Kollegen darin, räumliche und sprachliche Barrieren abzubauen.

Doch bei allen diesbezüglichen Fortschritten darf nicht vergessen werden, dass es bei Barrierefreiheit um einen tiefgreifenden Wandel an Einstellungen und Verhaltensweisen geht, was nicht nur auf äußere Aspekte begrenzt bleiben darf. Barrierefreie Psychotherapie fokussiert nicht nur die mehr oder weniger sichtbaren Barrieren gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung an sich, sondern vielmehr die inneren Barrieren. Die Auswirkungen dieser inneren Barrieren bekommen viele Hilfesuchenden zu spüren, nicht nur Menschen mit geistiger Behinderung, eine Erfahrung, die zeigt, wie weit wir gesellschaftlich noch von der Realisierung von Inklusion entfernt sind.

Ein zynisches System, das Hilfe suggeriert, aber nicht bietet.

Häufig müssen Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Angehörigen, gesetzlichen Betreuer und professionellen Assistenten eine zynische Erfahrung machen, wenn sie bei einer psychischen Erkrankung versuchen, eine Psychotherapie zu bekommen.

Wenn sie bei ihrer Krankenkasse anrufen, erhalten sie die Auskunft, dass sie natürlich Anspruch auf eine Behandlung haben und die Kosten übernommen werden. Aber das heißt noch lange nicht, dass sie eine Kollegin, einen Kollegen in der Nähe finden werden, der sie auch behandeln wird.

Daher laufen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oft genug Gefahr, nicht nur erlernte Hilfslosigkeit zu verstärken, sondern ein zynisches System zu unterstützen, in dem zwar diejenigen, die „drinnen“ sind, sicherlich gut behandelt werden, aber allzu viele schlichtweg „draußen“ bleiben!

Und das hat mit den Barrieren in uns zu tun, die nicht immer leicht zu erkennen sind: Denn manchmal fühle ich mich wie eine Fliege auf der Scheibe. Wenn ich nach einem anstrengenden Tag in meiner Praxis nach Hause komme, sitze ich müde im Sessel und schaue leer aus dem Fenster. Mitunter beobachte ich dann eine Fliege, wie sie dumm immer wieder gegen die Scheibe fliegt. Dann denke

ich: „Siehst du denn nicht, dass da eine Scheibe ist?!“ Und gleich danach frage ich mich, gegen welche Scheibe fliege ich jeden Tag, ohne zu erkennen, was mich davon abhält, das gewünschte Ziel zu erreichen? Irgendwann erlöse ich die Fliege von ihrer Suche und ich überlasse es Ihrer Fantasie, wie ich das mache.

Aus dieser Perspektive beginnt Barrierefreiheit mit dem Einzelnen, mit uns.

Barrierefreiheit beginnt im Herz!

Auch wir stoßen in unserem therapeutischen Alltag immer wieder an eigene Grenzen, an denen wir unsere Entscheidungen überprüfen können. Denn wer bekommt den freien Therapieplatz, den wir gerade haben? Herr Müller, Dipl.-Ing., Teamleiter bei Daimler, mit depressiver Symptomatik bei Burn-out? Oder doch Frau Maier, Rollstuhlfahrerin mit Verdacht auf leichte Intelligenzminderung und emotionale Instabilität?

Wir haben die Wahl!

Und dabei gilt weniger - wie die Lebenshilfe-Kampagne unter Rückgriff auf Georg FEUSER beschreibt - „Inklusion beginnt im Kopf!“, sondern eher „Inklusion“ - oder wenn Sie so wollen - „Barrierefreiheit beginnt im Herz!“ - und damit im Umgang mit unseren Emotionen.

Denn eine entsprechende Barrierefreiheit verlangt uns viel ab und kann uns in Kontakt mit eigenen schmerzhaften Emotionen bringen wie Ängste, Ärger und vielleicht auch Trauer. Sich diesen immer wieder zu stellen, bedeutet, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Dies ist weniger ein Prozess der Suche nach etwas Vorgefertigtem, etwa in dem Sinne, in dem Nietzsche sagte: „Werde der, der Du bist“. Vielmehr geht es bei dem Neuen um Selbstkonstituierung, also um die immer wieder neu stattfindende Selbsterschaffung in unserem Handeln, Denken und Fühlen. Dann geht es darum: „Werde anders, als Du bist“ - eine offene Geschichte.

Dies bedeutet, Spaß daran zu finden, immer wieder aufs Neue die eigene Komfort-Zone zu verlassen, auf der Suche nach dem einen Augenblick in der Begegnung mit einem anderen Menschen.

Dies verlangt Mut und die innere Bereitschaft, bekanntes Terrain zu verlassen und Neues zu entdecken. Wer dabei auf ein manualisiertes Vorgehen hofft, wird möglicherweise enttäuscht werden.

Doch bei allen hilfreichen Tools, die wir erlernen oder erlernt haben und regelmäßig anwenden, sie werden nicht immer und überall nützlich sein können.

Es kommt darauf an, sie mit der entsprechenden Haltung zu nutzen, sonst gilt das, was ein englisches Sprichwort auf den Punkt bringt: „A fool with a tool is still a fool“.

Es kommt also auf unsere therapeutische Haltung an, mit der wir Patientinnen und Patienten begegnen. Und es kommt auf unsere therapeutische Flexibilität an, mit der wir die erlernten Tools nutzen.

Barrierefreie Psychotherapie braucht...

Auch im Jahr 2016 haben wir noch lange keine barrierefreie Psychotherapie. So gesehen ist jeder psychotherapeutische Prozess eine Arbeit an und mit Barrieren. Doch was braucht es, um sich ihr noch heute anzunähern?

...Versorgungsstrukturen

Barrierefreie Psychotherapie braucht zunächst Versorgungsstrukturen, die Anreize schafft, sichtbare Barrieren abzubauen und bislang unterversorgten Zielgruppen von Psychotherapie Chancen zu ermöglichen, anstatt - wie bisher - die Komfort-Zone der Behandlerinnen und Behandler zu fördern.

...Kooperation

Barrierefreie Psychotherapie braucht Kooperation zwischen allen Beteiligten, insbesondere den unterschiedlichen Hilfe-Akteuren und Angehörigen der Patientinnen und Patienten. Ein systemisches Denken und vernetztes Handeln fehlt häufig noch in der bisherigen auf das Individuum ausgerichteten sektorierten Versorgung.

...Ausbildung

Barrierefreie Psychotherapie braucht eine Ausbildung, die nicht nur die Anwendung von Techniken lehrt, sondern eine Therapeutinnen- und Therapeuten-Persönlichkeit fördert, die Freude daran hat, sich ständig weiterzuentwickeln und im Fremden statt einer Bedrohung eine Bereicherung sieht. Eine Persönlichkeit, die so in der Lage ist, versorgungsverantwortlich zu denken, zu fühlen und zu handeln.

...Wissen

Barrierefreie Psychotherapie braucht ein entsprechendes Wissen, wofür allerdings nicht immer das Rad neu erfunden werden muss. Viel wichtiger als Spezialistentum ist es, das vorhandene Wissen flexibel nutzen und anwenden zu können. Wir verfügen bereits über wunderbares Wissen, nun geht es darum, dieses Wissen weiter zu nutzen, so dass immer mehr Menschen von diesem Wissen profitieren können.

...Sie

Und schließlich braucht barrierefreie Psychotherapie: Sie! Tragen Sie mit dazu bei, die vielfältigen Barrieren im Leben behinderter Menschen Schritt für Schritt

abzubauen. Diese Fachtagung will genau dazu einen Beitrag leisten. Sie ist in drei Blöcke unterteilt. Im ersten Block werden aktuelle Forschungsergebnisse rund um das Thema Psychotherapie sowie zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung vorgestellt.

Im zweiten Themenblock wird es konkret und wir erfahren aus den drei Regionen Münsterland, Stuttgart und Berlin, wie in den letzten Jahren dort versucht wurde, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

Und im abschließenden dritten Block werden wir im Rahmen einer Podiumsdiskussion diskutieren, welche gesundheitspolitischen Möglichkeiten im Berufs- und Sozialrecht sowohl auf Länder- als auch auf Bundesebene hierfür bestehen.

Der Dank gilt bereits jetzt allen Referentinnen und Referentinnen sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Podiumsdiskussion.

Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS) (2013). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. Im Internet verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2015). Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für ihre Praxis. PraxisWissen. Berlin. Im Internet verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Hintergründe

Katharina Kufner & Jürgen Bengel

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von einer drei- bis vierfach erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Menschen aus (DILLING, 2014). Der dadurch bestehende, erhöhte Versorgungsbedarf wird nur unzureichend gedeckt. In der stationären psychiatrischen Versorgung gibt es derzeit in Deutschland etwa 500 Akutbetten, meist in psychiatrischen Spezialabteilungen. Die ambulante psychiatrische Versorgung hat sich zwar in den letzten Jahren verbessert, dennoch besteht weiterhin eine deutliche Unterversorgung (SCHANZE & SCHMITT, 2014). Die Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist vor Hintergrund der allgemein schwierigen Versorgungslage ebenfalls als unzureichend einzuschätzen (LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER, 2014a). Jüngst wurde die vom BMBF geförderte Mementa-Studie abgeschlossen, die den Versorgungsbedarf und die Versorgungslage geistig behinderter Erwachsener multizentrisch untersuchte (KOCH et al. 2014). Hinsichtlich der Ergebnisse dieser Studie wird auf den Beitrag von Matthias Schützwahl und Andrea Koch (SCHÜTZWOHL & KOCH, 2016) in diesem Band verwiesen.

Die bestehende Unterversorgung hat teilweise strukturelle Gründe. Gleichzeitig bestehen Hürden auf Behandlerseite. Viele Kollegen lassen sich davon abhalten, Menschen mit einer geistigen Behinderung eine adäquate Behandlung anzubieten. Diese Vorbehalte auf Behandlerseite liegen zum einen in weiterhin bestehenden Zweifeln an der Wirksamkeit von Psychotherapie bei dieser Patientengruppe (ADAMS & BOYD, 2010). Zum anderen ist von einem erhöhten Aufwand für den Behandler auszugehen, zum Beispiel durch Einbezug der Bezugspersonen. Weiterer zentraler Faktor, der für das Nicht-Anbieten einer Behandlung verantwortlich sein kann, ist eine als eingeschränkt wahrgenommene eigene Kompetenz hinsichtlich der Behandlung geistig behinderter Patienten (MASON, 2007).

Dieser Beitrag gibt nach einer kurzen Einleitung einen kursorischen Überblick über den Forschungsstand zur Wirksamkeit von Psychotherapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung. Darüber hinaus werden Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung referiert. Hierbei wird auf Fragen der Diagnostik, den Einbezug von Bezugspersonen sowie die notwendigen Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und –setting eingegangen. Abschließend wird ein Einblick in das Vorgehen an der

Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Menschen gegeben.

Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Bislang liegen nur wenige qualitativ hochwertige Studien vor. Häufig weisen die Studien Qualitätsprobleme auf: kleine Stichprobengröße/Einzelfallstudien, Mängel bei Design und Outcome-Messung. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind eher selten (VEREENOOHGE & LANGDON, 2013; SAPPOK et al., 2010; WILLNER, 2005; PROUT & BROWNING, 2011).

Auf Basis von systematischen Reviews und Metaanalysen lässt sich die Effektivität von Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung jedoch dennoch auf verschiedenen Ebenen bestätigen. In einer Übersichtsarbeit kommen PROUT & BROWNING (2011) zu dem Ergebnis, dass Psychotherapie mit diesem Klientel mindestens moderate Effekte erzielt. WILLNER (2005) berichtet positive Effekte für Therapien verschiedener Therapieschulen (psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Therapie) bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung. Darüber hinaus zeigten sich in einer Metaanalyse moderate Effekte bezüglich der Behandlung depressiver Störungen und von Wut. Einzeltherapie erzielt dabei größere Effekte als Gruppentherapie. Kein Effekt zeigte sich jedoch für die Behandlung interpersoneller Probleme (VEREENOOHGE & LANGDON, 2013). In Einzelstudien wurden für zahlreiche Problembereiche und Störungsbilder positive Effekte von Psychotherapie gefunden, u.a. Verhaltenstrainings bei phobischer Vermeidung (JENNETT & HAGOPIAN, 2008) sowie für die Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung (MEVISSEN & JONGH, 2010). Darüber hinaus werden Effekte für Therapieansätze der dritten Welle wie Achtsamkeitsbasierte Therapien (ROBERTSON, 2011) und Dialektisch-Behaviorale Therapie (ELSTNER et al., 2012) berichtet.

Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung

Mit welchen Interventionen und Anpassungen an die Klientel kann Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung die berichteten positiven Effekte erzielen? Im Folgenden wird auf drei zentrale Aspekte bezüglich der Anpassung einer psychotherapeutischen Behandlung an die Bedürfnisse von Menschen mit einer geistigen Behinderung fokussiert. Weitere

Hinweise zu Adaptationen finden sich in einer Handreichung der LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG (2014b).

Diagnostik

Grundlegende Probleme bei der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen einerseits darin, dass geistig behinderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen können (*diagnostic underreporting*), während von außen psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben werden (*diagnostic overshadowing*; SCHMIDT & MEIR, 2014; MORIN et al., 2010).

Die Anwendung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 hängt zumindest teilweise vom Entwicklungsstand der Person ab. Die Diagnosekriterien einer depressiven Episoden umfassen zum Beispiel Konzepte wie Schuld und Wertlosigkeit, die erst mit einem kognitiven Alter von etwa sieben Jahren verstanden (SMILEY & COOPER, 2003) werden. Somit ist der Nutzen der üblichen diagnostischen Kriterien für Menschen mit einer geistigen Behinderung eingeschränkt. Zudem können sich psychische Störungen bei dieser Personengruppe durch andere Symptome äußern (DOŠEN, 2010; SAPPOK et al., 2010).

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichtete Diagnosekriterien für psychische Störungen entwickelt. Neben den in Großbritannien entwickelten diagnostischen Kriterien für psychische Störungen (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD); ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2001), gibt es ein Diagnostik-Manual, das gemeinsam mit der American Psychiatric Association (APA) erarbeitet wurde (Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID); FLETCHER et al., 2007).

Hinsichtlich diagnostischer Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung existieren nur wenige in deutscher Sprache. In Hinblick auf eine Fremdbeurteilung lässt sich ein aus dem Englischen übersetztes, dreiteiliges Instrument, das PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities; ZEILINGER et al., 2011) herausgreifen. Ähnlich dem SKID-Interview, einem strukturierten Interview für die Erfassung psychischer Störungen, werden hierbei über die Befragung von Bezugspersonen ICD-10 basierte Kriterien für verschiedene psychische Störungen so erfragt, dass eine Diagnosestellung möglich ist. Für eine Beschreibung des PAS-ADD wird auf MEIR und SABELLEK (2014) verwiesen. Auf Selbstbeurteilungsebene sind uns keine deutschsprachigen Fragebögen bekannt. Für den englischsprachigen Raum wird exemplarisch auf zwei

Instrumente verwiesen: mittels der Glasgow Depression Scale for people with Learning Disability (GDS-LD, CUTHILL et al., 2003) und der Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID, MINDHAM & ESPIE, 2003) ist es möglich, die Symptomatik einer Depression bzw. einer Angststörung in vereinfachter Sprache zu erfassen.

Für eine gute Therapieplanung reicht eine alleinige Störungsdiagnostik jedoch nicht aus. Zusätzlich bedarf es einer fundierten Diagnostik der geistigen Behinderung. Hierbei muss der Diagnostiker zunächst entscheiden, ob der Fokus auf einer klinischen Diagnostik der Intelligenzminderung oder auf der Diagnostik von Teilleistungsfähigkeiten liegen soll. Abhängig davon sollten die passenden Instrumente gewählt werden. So eignen sich für eine klinische Diagnostik insbesondere die Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV, PETERMANN & PETERMANN, 2012) oder die Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening (RIAS, HAGMANN-VON ARX & GROB, 2014), da sie sich als valide Instrumente zur Erfassung auch geringer Intelligenzquotienten (WAIS-IV ≥ 40 ; RIAS ≥ 37) erwiesen haben (LIMBERG, 2015). Steht die Diagnostik von Teilleistungsfähigkeiten im Vordergrund empfiehlt sich aufgrund guter Testgütekriterien die Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen (WTB, PETERANDER et al., 2009), die explizit für Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt wurde. Alternativ lassen sich mittels des Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-IV; PETERMANN & PETERMANN, 2010) oder der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC; MELCHERS & PREUß, 2009) Leistungsprofile erstellen, bei denen ein Referenzalter angegeben werden kann (LIMBERG, 2015).

Für die Diagnose einer Intelligenzminderung nach ICD-10 (F70) muss neben einem verminderten Intelligenzniveau eine Minderung in sozial adaptiven Funktionen bestehen. Hinsichtlich eines geeigneten diagnostischen Instruments wird auf das Schema der emotionalen Entwicklung (SEO, DOŠEN, 2010) verwiesen, für die deutschsprachige Version liegen jedoch bisher keine Daten zur Testgüte vor.

Einbezug von Bezugspersonen

Der Einbezug von Bezugspersonen des Patienten mit einer geistigen Behinderung (u.a. Familie, Mitarbeiter aus Wohnheimen, Werkstätten, ambulant betreutem Wohnen sowie gesetzliche Betreuer) ist für eine Psychotherapie zentral.

Für die Störungsdiagnostik ist eine Fremdanamnese als obligatorisch anzusehen (SCHMIDT & MEIR, 2014; GEISENBERGER-SAMARAS, 2014; MORIN et al., 2010). Darüber hinaus sollten auch die Bezugspersonen zu Therapiebeginn über das

Störungsbild und die Behandlung aufgeklärt und in den Therapieverlauf einbezogen werden. Die Therapieziele sollten gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und mit den Bezugspersonen abgeglichen werden, auch um (implizite) Ziele und Erwartungen des Umfelds frühzeitig erkennen zu können (GEISENBERGER-SAMARAS, 2014). Zu Therapiebeginn bedarf es zudem der Klärung, ob eine gesetzliche Betreuung besteht und somit ein Einverständnis des gesetzlichen Betreuers für die Behandlung notwendig ist, auch bei der Antragsstellung.

Auch im Therapieverlauf stellt die Begleitung durch Bezugspersonen eine wichtige Grundlage für eine gelungene und nachhaltige Veränderung dar (MORIN et al., 2010). So können beispielsweise Bezugspersonen den Patienten bei der Durchführung von Hausaufgaben sowie die Therapieplanung unterstützen, indem ein Austausch zum aktuellen Symptomverlauf ermöglicht wird (ELSTNER et al., 2012; GEISENBERGER-SAMARAS, 2014; WHITEHOUSE et al., 2006). Als hilfreich hat sich hierbei die Einführung eines Therapiebuches erwiesen. In diesem können neben zentralen Inhalten der jeweiligen Sitzung, den vereinbarten Hausaufgaben und den neu vereinbarten Terminen auch Informationen an Bezugspersonen festgehalten werden. Im Gegenzug können Bezugspersonen über Einträge in das Therapiebuch Rückmeldung zur Symptomentwicklung, zur Durchführung von Hausaufgaben u.ä. geben. Wünschenswert ist darüber hinaus die Teilnahme von Bezugspersonen an Sitzungsterminen gemeinsam mit dem Patienten. Der Einbezug von Bezugspersonen kann im Rahmen der Antragsstellung einer ambulanten Psychotherapie gesondert mit beantragt werden.

Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und -setting

Die psychotherapeutischen Interventionen, die bei der Behandlung eines Patienten mit geistiger Behinderung zum Einsatz kommen, sollten ebenfalls an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Auf Basis einer Literaturrecherche wurden von Hurley und Kollegen neun zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken erarbeitet (HURLEY et al., 1998). In der Tabelle 1 sind diese Modifikationen zusammenfassend dargestellt. Ausgewählte Anpassungen werden im Anschluss anhand von Beispielen veranschaulicht.

Anpassung	Definition/Beispiel
Vereinfachungen	Reduktion der Komplexität üblicher Techniken, Interventionen in kleine Schritte aufteilen, kürzere Sitzungsdauer
Sprache	Vereinfachte/s Vokabular, Satzstruktur und Gedankenlänge; kurze Sätze, einfache Worte
Aktivierende Elemente	Erweitern typischer Techniken mittels aktivierender Elemente, um Veränderung und Lernen zu festigen; ergänzende Bilder, Hausaufgaben
Entwicklungsstand	Entwicklungsstand bei Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigen; Spiele verwenden; Erfassen von Veränderung in Bezug auf relevante soziale Aspekte
Direktives Vorgehen	Aufgrund der kognitiven Einschränkungen sollte der Therapeut direkter sein. Therapieziele, Fortschritte kurz darstellen, zusätzliche visuelle Hilfen verwenden
Flexibilität	Übliche Techniken an kognitiven Entwicklungsstand und verlangsamte Fortschritte anpassen; auf weitere Modalitäten fokussieren
Einbezug von Bezugspersonen	Bezugspersonen zur Unterstützung von Veränderung einbeziehen, Hausaufgaben oder Übungen mit Bezugspersonen für zu Hause aufgeben
Übertragung und Gegenübertragung	Stärkere und schnellere Bindung; Reaktionen des Therapeuten ähneln den elterlichen; Bedürfnis der Therapeuten, sich stärker abzugrenzen, und Sicherstellung von Peer-Supervision
Thematisierung der Behinderung	Thematisierung der Behinderung in der Therapie; Therapeut sollte Thema einbringen und positives Selbstbild unterstützen

Tab. 1: Zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken (Quelle: HURLEY et al., 1998, S. 368; Übersetzung der Verfasserin)

Die Anpassung der Sprache an die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung bezieht sich sowohl auf die gesprochene als auch auf die Schriftsprache. In Bezug auf Schriftsprache sollte diese den Regeln der Leichten Sprache folgen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2014). Innerhalb der therapeutischen Sitzungen sollte der Behandler stets darauf achten, ebenfalls möglichst kurze Sätze zu formulieren und Fremdwörter zu vermeiden bzw. ausreichend gut zu erklären. Abb.1 zeigt ein Beispiel für die schriftliche Aufklärung über Psychotherapie.



Warum macht man eine Psychotherapie?

Psychotherapie kann einem helfen.

Wenn man traurig oder unglücklich ist.

Oder wenn man Angst vor etwas hat.

Wenn man sich selbst nicht mehr mag.

Oder man nicht mehr schlafen kann.

Abb. 1: Informationsmaterial in Einfacher Sprache

(Quelle: Material der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Universität Freiburg)

Darüber hinaus ist es wichtig, die verwendeten Arbeitsmaterialien ebenfalls an die Klientel anzupassen. Als hilfreich erweisen sich die Verwendung visuell anschaulichen Arbeitsmaterials, von Cartoons oder Arbeitsblättern mit Satzanfängen und das Festhalten des Stundenablaufs auf einer Flipchart (SAPPOK et al., 2010; MORIN et al., 2010; GEISENBERGER-SAMARAS, 2014). Ein Beispiel zeigt Abb.2.

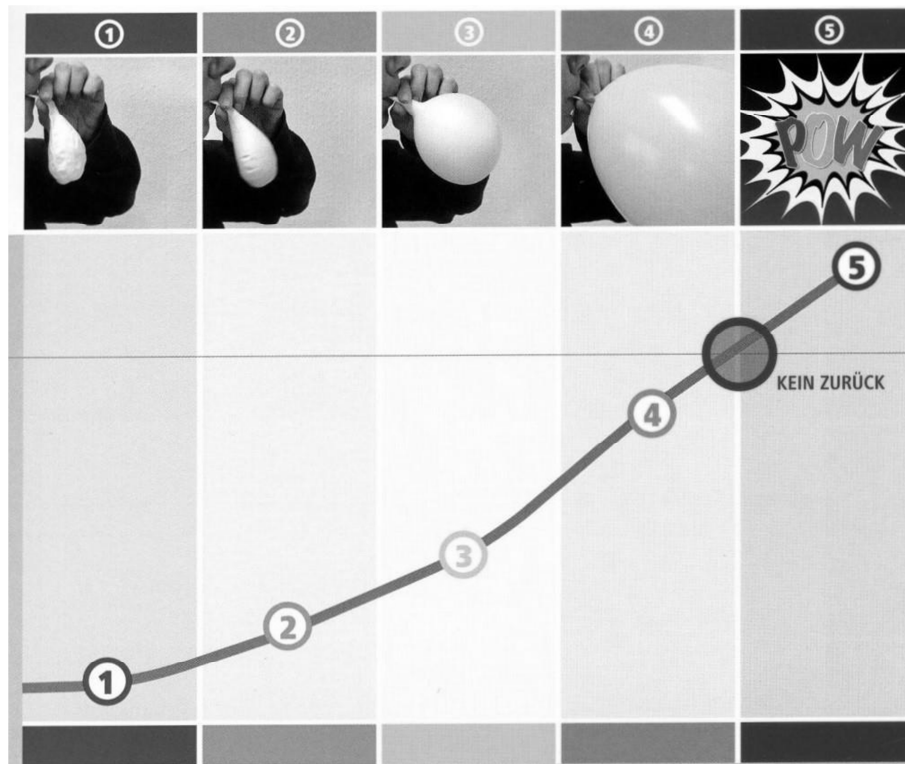


Abb. 2: Spannungskurve (DBToP-gB Manual; ELSTNER et al., 2012)

Abb. 3 stellt ein weiteres Beispiel für die notwendige Flexibilität des Therapeuten, die Anpassung an den Entwicklungsstand des Patienten und den Einbezug von Bezugspersonen dar. Bei einer Patientin, die nicht lesen konnte, wurde im Rahmen des Aktivitätsaufbaus eine individuelle Aktivitätenliste mittels Piktogrammen erstellt. Diese Liste wurde im Zimmer der Patientin aufgehängt. Die einzelnen Aktivitäten wurden zusätzlich in Schriftsprache beschriftet, damit die Mitarbeiter des Wohnheims der Patientin die Piktogramme verstehen und somit die Patientin beim Aktivitätsaufbau unterstützen konnten.

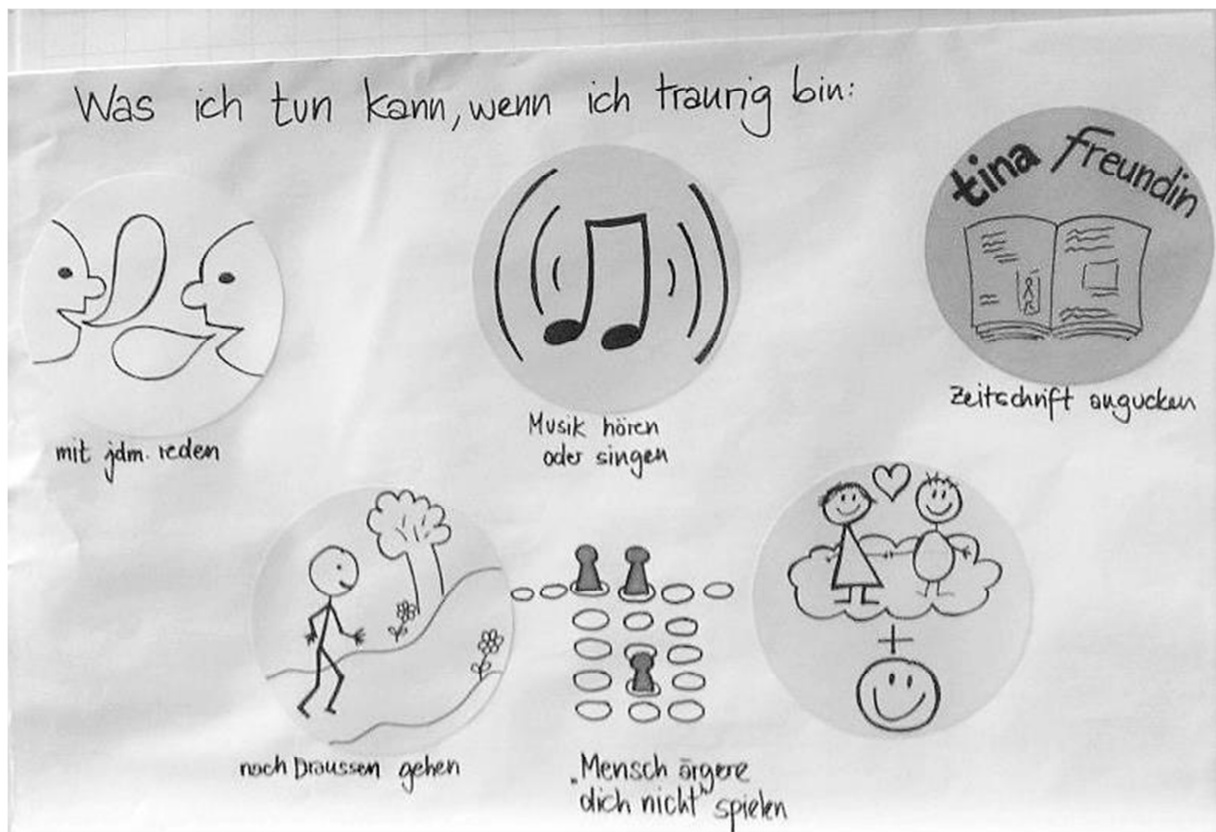


Abb. 3: Sprachfreie Aktivitätenliste (Quelle: Psychotherapeutische Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Universität Freiburg)

Hinsichtlich eines direkteren Vorgehens im Therapiekontext sollte ein stärkerer Fokus auf das Lernen am Modell gelegt, vermehrte Hilfestellung (beispielsweise bei Expositionen dem Patienten konkrete Anweisungen erteilen) gegeben und vermehrt mit Kontingenzmanagement gearbeitet werden (SAPPOK et al., 2010; JENNETT & HAGOPIAN, 2008; MORIN et al., 2010). Die Flexibilität des Therapeuten stellt eine weitere wichtige Größe dar. So kann es z.B. sinnvoll sein, statt einer mündlichen Befragung ein Problemverhalten mittels eines Rollenspiels zu erfassen oder bei

Schwierigkeiten beim Benennen von Gefühlen diese durch Malen oder Symbole (z.B. Stofftiere) darstellen zu lassen.

HURLEY et al. (1998) weisen unter der Überschrift Übertragung und Gegenübertragung darauf hin, dass die Therapeutenrolle und Therapeut-Patient-Beziehung bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung einer besonderen Beachtung bedarf. Vor Hintergrund eines meist nicht altersentsprechenden Bindungsverhaltens der Patienten besteht die Gefahr einer stärkeren Bindung des Patienten und entsprechender Reaktionen des Therapeuten (z.B. Bevormundung des Patienten). Daher ist es zentral, die eigene Therapeutenrolle stets kritisch zu reflektieren, um ein professionelles Arbeiten zu gewährleisten.

Mit der Thematisierung der Behinderung innerhalb der Therapie wird ein weiterer zentraler Aspekt angesprochen. Vor Hintergrund unserer Erfahrung stellt die Auseinandersetzung mit den eigenen Einschränkungen bei fast allen Patienten ein wichtiges Thema dar, auch wenn dieses von den Patienten selbst häufig nicht explizit eingebracht wird. Zwei Themen stehen hierbei im Vordergrund: Hadern mit/ Trauer über/ Wut auf die eigene Behinderung und den mit ihr verbundenen Reaktionen aus der Umwelt sowie das Verleugnen der Einschränkung mit gleichzeitig expliziter Abgrenzung gegenüber behinderten Menschen. Abb. 4 zeigt hierzu die Auflistung eines Patienten zu den Themen, die für ihn in Zusammenhang mit der eigenen geistigen Behinderung belastend sind. Auf Verhaltensebene war dieser Patient sehr darum bemüht, nicht als Behinderter wahrgenommen zu werden. Verbal grenzte er sich stets von behinderten Menschen ab. Die Thematisierung der Behinderung durch die Therapeutin war daher für den Therapieverlauf eine wichtige Intervention, da dies erst die Auseinandersetzung mit der Trauer und Wut über die eigenen Einschränkungen ermöglichte.

Was mich sauer macht!

in Bezug auf meine Behinderung, Anm. der Autorin)

- *kein respekt*
- *mich mit einen sterkere Behinderung zu eussern*
- *wen einer mich eine reinhaut*
- *Komische SPäse*
- *Unärliche Freundschaft*
- *Wen eine mich nich ärnst nemt*

Abb. 4: Erlebte Belastungen in Zusammenhang mit der eigenen Behinderung
(Orthografie und Grammatik wie im Original)

Konzept der Hochschulambulanz an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Die Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie bietet neben Behandlungsangeboten für Personen mit (chronischen) körperlichen Erkrankungen oder deren Angehörige auch ein Behandlungsangebot für Personen mit Lernbehinderungen oder leichter (ggf. mittelgradiger) geistiger Behinderung, die psychisch belastet sind. Die psychotherapeutische Behandlung ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Das Behandlerteam setzt sich aus approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Psychologen, die sich in Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten befinden, zusammen. Hierbei kooperiert die Psychotherapeutische Ambulanz eng mit dem Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT GmbH). Neben einer ausführlichen Diagnostik bietet die Ambulanz ambulante Psychotherapie (Verhaltenstherapie) für Einzelpersonen an. Für Selbstzahler besteht darüber hinaus ein Angebot für Beratung und Coaching.

Nach telefonischer Anmeldung eines Patienten mit einer geistigen Behinderung erhalten die Patienten gemeinsam mit einer Bezugsperson ein erstes Vorgespräch bei einem psychologischen Psychotherapeuten. In Abhängigkeit von bereits bestehenden Vorbefunden erfolgt im Anschluss die diagnostische Abklärung einer geistigen Behinderung. Zudem erfolgen zwei bis drei weitere Abklärungsgespräche bei demselben Psychotherapeuten, die in der Regel als Einzelkontakt des Patienten mit dem Therapeuten abgehalten werden. Ziele dieser Gespräche bestehen neben einer Störungsdiagnostik in der Klärung der Anliegen von Patient (und Bezugsperson) und der Therapie-Motivation des Patienten sowie der Möglichkeiten des Patienten, sich aktiv an einer Therapie zu beteiligen. Darüber hinaus erfolgen im Sinne einer Probetherapie u.a. erste Schritte der Psychoedukation und erste Hausaufgaben werden gegeben. Auf Basis dieser Vorgespräche findet abschließend ein weiteres Gespräch gemeinsam mit Patient und Bezugsperson statt. Hierbei wird besprochen, welche(s) Behandlungs-Angebot(e) (u.a. Beratung, Psychotherapie, Behandlung bei Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stationärer Aufenthalt) sinnvoll erscheint. Eine Psychotherapie in der Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen kann bei bestehender Indikation nach einer Wartezeit erfolgen. Diese findet bei einem festen Therapeuten des Behandlerteams statt.

Ausblick

Nach aktuellem Forschungsstand ist die Wirksamkeit von Psychotherapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störungen unbestritten. Um eine Psychotherapie erfolgversprechend mit diesen Patienten durchführen zu können, bedarf es jedoch der Berücksichtigung einiger Besonderheiten. Die Diagnostik wird erschwert durch unzureichend an die Klientel angepasste Diagnosekriterien und Diagnostikinstrumente. Behandler können sich bisher überwiegend nur an im englischen Sprachraum entwickelten Kriterien und Instrumenten orientieren. Zudem besteht durch den Einbezug von Bezugspersonen ein erhöhter Aufwand für den Behandler. Der Einbezug von Bezugspersonen des Patienten stellt für den gesamten Verlauf eine wichtige Größe dar. Hinsichtlich der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit einer geistigen Behinderung bedarf es einiger Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und –setting. Vereinzelt stehen hierfür in deutscher Sprache bereits Interventionen und Manuale zur Verfügung. Darüber hinaus werden zunehmend Informations- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Vereinzelt wird das Thema in die Psychotherapieausbildung integriert. Dies lässt darauf hoffen, dass mehr Psychotherapeuten Therapieplätze für geistig behinderte Patienten anbieten und somit der Versorgungsengpass für diese Patientengruppe verringert werden kann.

Literatur

- ADAMS, Z. W. & BOYD, S. E. (2010): Ethical challenges in the treatment of individuals with intellectual disabilities. *Ethics & Behavior*, 20 (6), 407–418.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (2014): *Leichte Sprache*. Ein Ratgeber. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?__blob=publicationFile [10.04.2016].
- CUTHILL, F. M., ESPIE, C. A. & COOPER, S.-A. (2003): Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability. Individual and carer supplement versions. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (4), 347-353.
- DILLING, H. (Hrsg.) (2014): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber.
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe.
- ELSTNER, S., SCHADE, C. & DIEFENBACHER, A. (2012): DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- FLETCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, C. & FIRST, M. (2007): Diagnostic manual – intellectual disability (DM-ID): A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston, NY: NADD Press.
- GEISENBERGER-SAMARS, C. (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer. S. 323–339.

- HAGMANN-VON ARX, P. & GROB, A. (2014): Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening. Deutschsprachige Adaptation der Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS) & des Reynolds Intellectual Screening Test (RIST) von Cecil R. Reynolds und Randy W. Kamphaus. Manual. Bern: Huber.
- HURLEY, A. D., TOMASULO, D. J. & PFADT, A. G. (1998): Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 (4), 365-386.
- JENNETT, H. K., & HAGOPIAN L. P. (2008): Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behavior Therapy*, 39 (2), 151–61.
- KOCH, VOGEL, HOLZMANN, PFENNIG, SALIZE, PUSCHNER & SCHÜTZWOHL (2014): MEMENTA—‘Mental healthcare provision for adults with intellectual disability and a mental disorder’. A cross-sectional epidemiological multisite study assessing prevalence of psychiatric symptomatology, needs for care and quality of healthcare provision for adults with intellectual disability in Germany: a study protocol. *BMJOpen*; 4: e004878. doi:10.1136/bmjopen-2014-004878.
- LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG (2014a): Mangelhafte psychotherapeutische Versorgung für geistig behinderte Menschen. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/presse/20140110_pm_psychotherapie_geistig_beh_kuj.pdf [11.04.2016].
- LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG (2014b): Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20141219_psychotherapie_menschen_mit_geistiger_behinderung_fragen_und_antworten.pdf [11.04.2016].
- LIMBERG, C. (2015): Intelligenzdiagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- MASON, J. (2007): The provision of psychological therapy to people with intellectual disabilities: An investigation into some of the relevant factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (3), 244-249.
- MEIR, S. & SABELLEK, C. (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer. S. 36-42.
- MELCHERS, P. & PREUß, U. (2009): Kaufman Assessment Battery for Children (8., unveränderte Auflage). Frankfurt, M.: Pearson Assessment.
- MEVISSEN, L. & DE JONGH, A. (2010): PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308–316.
- MINDHAM, J. & ESPIE, C. A. (2003): Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID): development and psychometric. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 22-30.
- MORIN, D., COBIGO, V., RIVARD, M. & LÉPINE, M. (2010): Intellectual disabilities and depression: How to adapt psychological assessment and intervention. *Canadian Psychology*, 51 (3), 185-193.
- PETERANDER, F., STRASSER, E., STÄDLER, T. & KAHABKA, T. (2009): Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen (WTB). Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. & PETERMANN, U. (Hrsg.) (2010): HAWIK-IV (3. erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- PETERMANN, F. & PETERMANN, U. (Hrsg.) (2012): Wechsler Adult Intelligence Scale – IV: Manual (WAIS-IV). Frankfurt, M.: Pearson Assessment.

- PROUT, H. T. & BROWNING, B. K. (2011): Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: A review of effectiveness research. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5 (5), 53–59.
- ROBERTSON, B. (2011): The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic practices for individuals with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5 (5), 46-52.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001): DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation). London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2004): Psychotherapy and learning disability: Council report CR116. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists.
- SAPPOK, T., VOß, T., MILLAUER, E., SCHADE, C. & DIEFENBACHER, A. (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt*, 81, 827–836.
- SCHANZE, C. & SCHMITT, R. (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. S. 395–402.
- SCHMIDT, H. & MEIR, S. (2014): Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer. S.30-33.
- SMILEY, E. & COOPER, S. (2003): Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *Journal Of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
- VEREENOOHGE, L. & LANGDON, P.E. (2013): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085–4102.
- WHITEHOUSE, R. M., TUDWAY, J. A., LOOK, R. & STENFERT KROESE, B. (2006): Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 55–65.
- WILLNER, P. (2005): The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: A critical overview. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 49 (1), 73–85.
- ZEILINGER, E. L., WEBER, G. & HAVEMAN, M. J. (2011): Psychometric properties and norms of the German ABC-community and PAS-ADD checklist. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2431–2440.

Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Samuel Elstner

Vorbemerkung

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ist im Vergleich zu der Versorgung von Menschen ohne geistige Behinderung sowohl in der Wissenschaft, als auch in der praktischen Umsetzung deutlich unterrepräsentiert (ELSTNER et al. o.J.). Dies gilt für den deutschsprachigen Bereich genauso, wie für den englischsprachigen Bereich (Ebd.). Hierbei gehören psychotherapeutische Methoden genauso wie pharmakologische und andere biologische Interventionen zu einer guten umfassenden Behandlung von psychischen Störungen dazu, wie zum Beispiel die meisten Fachgesellschaften in ihren Behandlungsleitlinien für psychische Störungen fordern.

Definition Psychotherapie

Psychotherapie ist eine geplante Face-to-Face-Anwendung psychologischer Techniken, die etabliert sind und von für Psychotherapie qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden. Psychotherapie hat immer das Ziel, bei dem Klienten oder Patienten eine Änderung von Gefühlen, Einstellungen, Werten oder Verhaltensweisen herbeizuführen. Bloße Verhaltensmodifikationen oder Beratungen in Form von Coaching sind keine Psychotherapie (METZLOFF & KORNREICH 1970).

Gerade die Verhaltenstherapie hat im Laufe ihrer Geschichte mehrere Entwicklungen genommen. So sind die Techniken, die auf den Prozessen der klassischen und operanten Konditionierung basieren, als erste verhaltenstherapeutische Welle zu bezeichnen. In der zweiten Welle wurden die bisherigen Techniken durch Einbezug von kognitiven Veränderungsprozessen erweitert. Bei den Verfahren der aktuellen dritten Welle finden sich als Ergänzung zu den bisherigen Methoden Techniken anderer psychotherapeutischer Schulen oder Strategien aus dem erweiterten Psychotherapieumfeld, wie zum Beispiel Meditations- und Imaginations-techniken, Achtsamkeit oder Emotionsschulung (KAHL et al. 2012).

Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Lange galt die Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung als nicht gut durchführbar. Es wurden viele Gründe dafür genannt. So zum einen, dass

man keinen richtigen Zugang zum Klienten oder Patienten bekäme, zum anderen, dass psychotherapeutische Techniken ein gewisse kognitive Fähigkeit bräuchten, die bei Menschen mit geistiger Behinderung eben nicht in ausreichendem Maße ausgeprägt sei (BLACKBURN & TWADDLE 1996; CHADWICK 2006; KEIJERS et al. 2000). Dennoch finden sich in der Literatur wissenschaftliche Publikationen über dieses Thema, im Durchschnitt ungefähr zwischen 25 und 30 pro Jahr an Hand der einschlägigen wissenschaftlichen Datenbanken, so dass es sich durchaus lohnt, dieses Thema ernst zu nehmen, und sich von den oben genannten Argumenten nicht abschrecken lassen sollte (ELSTNER et al. o.J.).

Psychotherapeutische Methoden und Indikationen nach Schwere der geistigen Behinderung

In großer Mehrheit finden sich unter diesen Publikationen vornehmlich Berichte und Studien über verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Auffällig ist hierbei, dass eher Techniken der ersten psychotherapeutischen Welle bei Patienten mit schweren geistigen Behinderungen angewandt werden, während Techniken der zweiten und dritten psychotherapeutischen Welle eher in der Therapie von Menschen mit mittelgradiger bis leichtgradiger geistiger Behinderung zu finden sind. Bei den Hauptindikationen steht das „herausfordernde Verhalten“, das vornehmlich mit Techniken der ersten Welle, also Verhaltensanalyse mit der Modifikation von Verstärkerbedingungen oder lösungstherapeutischen Methoden, behandelt wird. Ebenso finden sich zudem Depressionen, Aggression und Ärger (LINDSAY et al. 2015; WILLNER et al. 2011, 2013), die eher mit kognitiven Verfahren oder Verfahren der dritten Welle, wie z.B. DBT oder Mindfulness Therapie (LEW et al. 2006; SINGH et al. 2007; SINGH et al. 2003), therapiert werden.

Modifikationen

Indikation

Für einige psychiatrische Störungen müssen die in der Psychiatrie üblichen diagnostischen Kriterien bei Menschen mit geistiger Behinderung angepasst werden. So finden sich zum Beispiel bei den Störungen der Persönlichkeit oder Zwangsstörungen leichte Modifikationen in für Menschen mit geistiger Behinderung geeigneten Diagnosemanualen (FLETCHER et al. 2007). Typische Charakteristika, wie sie in der Allgemeinpsychiatrie üblich sind, lassen sich bei bestimmten Störungen nicht einfach auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragen (z.B. das normalerweise geforderte Erkennen der Unsinnigkeit von Zwangshandlungen), oder zeigen sich in ihrer Symptomatik anders (z.B.

verstärkte Fremdaggression bei depressiven Erkrankungen) als in den gängigen Diagnosemanualen.

Psychotherapie

Vor allen Dingen die Therapiemethoden der 2. und 3. Welle können nicht ohne weiteres übernommen werden, sondern müssen auf die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Patienten auf vielen Ebenen angepasst sein, wovon einige hier exemplarisch genannt werden.

Die verwendete Sprachebene in der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung sollte einfach sein, Nebensätze vermieden werden. Ebenso sollten die geplanten therapeutischen Schritte sehr kleinschrittig gewählt werden, Arbeitsmaterialien sollten nach den Regeln der leichten Sprache verfasst und mit Piktogrammen unterstützt sein. Komplexe Inhalte müssen vereinfacht dargestellt werden (z.B. nur 5 Stufen statt einer Angabe von 0 bis 100% bei der Beurteilung der inneren Anspannung (ELSTNER et al. 2012). Auch das Gruppensetting im Falle von Gruppenpsychotherapien sollte modifiziert sein. Eine Teilnehmerzahl von 4 bis 6 Teilnehmern hat sich als günstig erwiesen. Ebenso sollten die Therapiesitzungen auf 30 bis 45 Minuten beschränkt sein, evtl. durch Pausen oder Lockerungsübungen.

Zusammenfassung

Psychotherapie ist ein geplanter struktureller und professionell geleiteter Veränderungsprozess. Veröffentlichungen und Studien zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung finden sich in der wissenschaftlichen Literatur, wobei es jedoch keinen wesentlichen Trend bzgl. einer Zunahme von psychotherapeutischen Studien bei Menschen mit geistiger Behinderung in den letzten Jahren gegeben hat. Am häufigsten wird über verhaltenstherapeutische Techniken publiziert, die Hauptzielgruppe mit der Hauptindikation sind Menschen mit schwergradiger geistiger Behinderung und mit gezeigtem Problemverhalten. Somit sind die am häufigsten untersuchten Therapiemethoden Instrumente der 1. Welle. Bei der Anwendung von psychotherapeutischen Techniken sollten in den Bereichen Indikation, Sprache, Inhaltsvermittlung und -darstellung sowie im Setting Modifikationen vorgenommen werden.

Literatur

BLACKBURN, I. M., TWADDLE, V. (1996). Cognitive Therapy in Action. London: Souvenir.

CHADWICK, P. (2006). Person Based Cognitive Theory for Distressing Psychosis. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

ELSTNER, S., DIEFENBACHER, A., STERKENBURG, P. (in submission). Psychotherapy for people with intellectual and developmental disabilities – a literature search using PubMed as a common available database

- ELSTNER, S., SCHADE, C., DIEFENBACHER, A. (HRSG.) (2012): An der Dialektisch-Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung (DBToP-gB). Bielefeld: Bethel Verlag.
- FLETCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, C., FIRST, M. (2007). Diagnostic Manual-Intellectual Disability: A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, New York: NADD Press.
- KAHL, K. G., WINTER, L., SCHWEIGER, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522–528.
- KEIJSERS, G. P., SCHAAP, C. P., & HOOUDUIN, C. A. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: a review, 24, 264–297.
- LEW, M., MATTA, C., TRIPP-TEBO, C., & WATTS, D. (2006). Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Individuals with Intellectual Disabilities: A Program Description, 9(1), 1–13.
- LINDSAY, W. R., TINSLEY, S., BEAIL, N., HASTINGS, R. P., JAHODA, A., TAYLOR, J. L., & HATTON, C. (2015). A preliminary controlled trial of a trans-diagnostic program for cognitive behaviour therapy with adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 59(4), 360–369.
- METZLOFF, J., & KORNREICH, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- SINGH, N. N., LANCIONI, G. E., WINTON, A. S. W., ADKINS, A. D., SINGH, J., & SINGH, A. N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31(6), 800–814.
- SINGH, N. N., WAHLER, R. G., ADKINS, A. D., MYERS, R. E., & MINDFULNESS RESEARCH GROUP. (2003). Soles of the Feet: a mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158–169.
- WILLNER, P., JAHODA, A., ROSE, J., STENFERT-KROESE, B., HOOD, K., TOWNSON, J. K., FELCE, D. (2011). Anger management for people with mild to moderate learning disabilities: study protocol for a multi-centre cluster randomized controlled trial of a manualized intervention delivered by day-service staff. *Trials*, 12, 36.
- WILLNER, P., ROSE, J., JAHODA, A., KROESE, B. S., FELCE, D., COHEN, D., HOOD, K. (2013). Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(3), 288–296.

Prävalenz psychischer Beschwerden und Versorgungsbedarf von Menschen mit Intelligenzminderung

Matthias Schützwohl & Andrea Koch

Einleitung

Die Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention (UN, 2006) hat die Diskussion über die Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung (IM) und komorbid auftretenden psychischen Störungen zweifellos stimuliert. Auch sind in den letzten Jahren sowohl auf internationaler als auch auf einzelnen nationalen Ebenen Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit IM vorgelegt worden (z.B. DEB et al., 2009; JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH, 2013). Die Thematik ist allerdings noch immer nur sehr selten Gegenstand wissenschaftlicher Studien, so dass der Forschungsstand zu zahlreichen Fragestellungen unbefriedigend ist.

Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit IM schwanken zum Beispiel erheblich. WHITAKER & READ (2006) etwa berichten in ihrer Übersichtsarbeit Prävalenzraten zwischen 3.9% und 46.3%, BUCKLES und Mitarbeiter (2013) fanden in einer neueren Übersichtsarbeit in 16 zwischen 2003 und 2009 durchgeführten Studien Prävalenzraten zwischen 13.9% und 75.2%. Die Variabilität der berichteten Prävalenzraten resultiert aus einer Heterogenität der methodologischen Herangehensweisen und variiert nicht nur in Abhängigkeit von der Methodik der Stichprobenziehung, sondern ganz wesentlich in Abhängigkeit vom verwendeten diagnostischen Klassifikationssystem (z.B. DC-LD; ICD-10-DCR; DSM-IV-TR) sowie dem Ein- oder Ausschluss von Verhaltensauffälligkeiten (vgl. COOPER et al., 2007).

Die Vergleichbarkeit der ermittelten Prävalenz von einzelnen spezifischen Verhaltensauffälligkeiten ist ebenfalls vor allem aufgrund unterschiedlicher methodischer Herangehensweisen limitiert. In der Literatur werden Prävalenzraten von 10-15% (EMERSON et al., 2001) ebenso berichtet wie Prävalenzraten von über 60% (z.B. DEB et al., 2001).

Während Studien zur Prävalenz psychischer Störungen oder zur Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit IM zumindest im internationalen Raum vorliegen, ist der Hilfebedarf von erwachsenen Menschen mit IM dagegen kaum untersucht. XENITIDIS et al. (2000) ermittelten auf der Basis einer in London durchgeführten Untersuchung von 40 erwachsenen Menschen mit IM und komorbider psychischer Symptomatik einen hohen und weitgehend

gedeckten Bedarf an basalen Versorgungsleistungen. McCausland et al. (2010) fanden auf der Basis einer in Irland durchgeführten Untersuchung an über 50jährigen Menschen mit IM einen im Wesentlichen übereinstimmenden Befund.

Die MEMENTA-Studie

Vor diesem Hintergrund haben wir zwischen September 2012 und April 2014 mit finanzieller Förderung durch das BMBF (Fördernummer 01GY1134) die MEMENTA-Studie durchgeführt, um im Rahmen einer multizentrischen Datenerhebung Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM bezüglich psychischer Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten zu untersuchen und deren Hilfebedarf zu erfassen (Koch et al., 2014). In die Untersuchung eingeschlossen werden sollten Menschen zwischen 18 und 65 Jahren, so dass wir uns nach umfassenden Diskussionen und Abstimmungen dafür entschieden, die Studienteilnehmer über Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zu rekrutieren.

Zur Stichprobenziehung haben wir in einem ersten Schritt drei Untersuchungsregionen (Regierungsbezirk Dresden, Metropolregion Rhein-Neckar, Bayerisch-Schwaben) definiert und die in diesen Untersuchungsregionen vorhandenen WfbM erfasst sowie anschließend nach Einrichtungsträger und Anzahl der beschäftigten Menschen mit IM geclustert. Es konnten insgesamt N=99 WfbM mit insgesamt N=11.542 beschäftigten Menschen mit IM identifiziert werden.

Im Rahmen einer randomisierten stratifizierten Stichprobenziehung wurden n=47 WfbM und aus diesen wiederum n=1.165 Menschen mit IM zufällig ausgewählt und, soweit erreichbar und potentiell geeignet, eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Angesichts hoher Ablehnungsraten durch die gesetzlichen Vertreter der Menschen mit IM oder auch durch die Menschen mit IM selbst konnten letztlich n=487 Personen auf die Ein- und Ausschlusskriterien hin untersucht werden.

Um den Schweregrad der IM ökonomisch beurteilen zu können, haben wir auf der Basis von der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) definierter Kriterien einen entsprechenden Einschätzungsbogen entwickelt. Dieser umfasst sechs Fragen, die das Niveau erreichter konzeptioneller, praktischer und sozialer Fertigkeiten auf einer vierstufigen Skala (A = schwere IM; B = mittelgradige IM; C = leichte IM; D = Lernbehinderung) erfassen. Das Einschlusskriterium einer leichten oder mittelgradigen IM galt als erfüllt, wenn die Fertigkeiten mindestens in zwei von drei Fertigungsbereichen als leicht oder mittelgradig beeinträchtigt eingestuft wurden. Insgesamt konnten n=371 Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM in die Untersuchung eingeschlossen werden (Schützwohl et al., 2016), die

im Durchschnitt seit über 14 Jahren in der WfbM beschäftigt waren (vgl. Tab. 1).

Variablen	n (%)	
Geschlecht (weiblich)	154	(41.5)
Alter (in Jahren) M (SD)	37.7	(12.4)
Beschäftigungsdauer in WfbM (in Jahren) M (SD)	14.7	(10.4)
Wohnsituation		
allein	35	(9.5)
mit Familienmitgliedern	157	(42.7)
in einem Wohnheim	136	(37.0)
in anderer betreuter Form	40	(10.9)
Familienstand		
ledig	309	(83.3)
verheiratet/ in fester Beziehung	54	(14.6)
geschieden/ getrennt lebend	3	(0.8)
Kind(er) (ja)	13	(4.9)
gesetzlicher Betreuer (ja)	301	(81.1)
Epilepsie (ja)	23	(6.9)

Tabelle 1. Charakteristika der Studienteilnehmer

Die zur Beantwortung der Fragestellung interessierenden Informationen wurden mittels bewährter Erhebungsverfahren sowie nach einem umfassenden Training der Projektmitarbeiter erfasst:

Verhaltensauffälligkeiten haben wir mittels der deutschsprachigen Version der Aberrant Behavior Checklist - Community (ABC-C; AMAN & SINGH, 1994; ZEILINGER et al., 2011) erfasst. Die ABC-C umfasst 58 Fragen zum Schweregrad von Verhaltensauffälligkeiten, wobei die Beurteilungen sich auf die letzten vier Wochen beziehen. Ein Problemverhalten liegt vor, wenn mindestens ein Verhalten zu mittelschweren oder schwerwiegenden Problemen führt (MYRBAKK & von TETZCHNER, 2008).

Der Empfehlung folgend, in empirischen Erhebungen und klinischen Beschreibungen konsequent zwischen einzelnen spezifischen Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen Störungen, definiert als ein konsensuiertes Cluster von klinischen Symptomen, zu unterscheiden (JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH, 2013), haben wir zur Erfassung psychischer Beschwerden sowie zu deren kategorialdiagnostischer Einordnung die PAS-ADD Checklist (MOSS, 2002a; ZEILINGER et al., 2011) und, falls wir irgendeinen Anhaltspunkt für das Vorliegen psychischer Beschwerden fanden,

das Mini PAS-ADD Interview (MOSS, 2002b) durchgeführt. Dieses umfasst 66 Fragen zur Häufigkeit sowie zum Schweregrad von psychischen Symptomen. Die Antworten für zu Summenwerten auf sechs Skalen, die mit Störungskategorien der ICD-10 korrespondieren: Depression; Angststörung; Hypomanie, Manie; Zwangsstörung; Psychose; unspezifische Störung (inkl. Demenz). Das Überschreiten von skalenspezifischen Grenzwerten impliziert das Vorliegen der entsprechenden psychischen Störung.

Mit dem Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities (CANDID; XENITIDIS et al., 2003.) lag ein teststatistisch überprüftes Verfahren zur Erfassung von gedeckten und ungedeckten Bedarfen speziell von Menschen mit IM vor, allerdings nur in der englischsprachigen Originalversion, so dass in Abstimmung mit den Autoren der Originalversion im Vorfeld Übersetzungen und Rückübersetzungen stattfanden. Der CANDID umfasst Fragen zu 25 spezifischen Bereichen.

Wir haben zu allen Parametern die Mitarbeiter aus den teilnehmenden WfbM befragt und, je nach Wohnsituation der Menschen mit IM, auch eine/n Angehörige/n oder eine/n Mitarbeiter/in aus einer betreuenden Wohneinrichtung.

Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten

Von den 58 beurteilten Verhaltensbereichen fanden sich für acht 4-Wochen-Prävalenzraten von über 7.5% (vgl. Tab. 2). Die Studienteilnehmer galten am häufigsten als „leicht ablenkbar“, „lustlos, träge, inaktiv“ und „übertrieben viel sprechend“, zudem wurden relativ häufig auch ein aggressives sowie ein von Wutausbrüchen gekennzeichnetes Verhalten berichtet. Insgesamt zeigten 45.3% der Studienteilnehmer mindestens ein Verhalten, das entweder im Wohnumfeld oder im Zusammenhang mit der Tätigkeit in der WfbM ein mittelschweres oder schwerwiegendes Problem darstellt.

Tabelle 2. Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten (ABC-C)

Item ¹	Menschen mit IM	
	N	%
leicht ablenkbar	56	(15.1)
lustlos, träge, inaktiv	36	(9.7)
spricht übertrieben viel	34	(9.2)
aggressiv zu anderen (...)	32	(8.6)
hat Wutausbrüche, wenn etwas nicht nach ihrem/ seinem Willen geht.	32	(8.6)
irritierbar, empfindlich	31	(8.4)
ungehorsam; schwer zu kontrollieren	29	(7.8)
Wutausbrüche	28	(7.5)
impulsiv	27	(7.3)

zurückgezogen	26	(7.0)
spricht laut zu sich selbst	25	(6.7)
sich wiederholende Sprache	24	(6.5)
Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden	24	(6.5)
bevorzugt es, allein zu sein	23	(6.2)
stört andere	22	(5.9)
jammert über unbedeutende Ärgernisse und Verletzungen	22	(5.9)
geistesabwesend; starrt ins Leere	21	(5.7)
rasche Stimmungswechsel	19	(5.1)
ignoriert bewusst Vorschriften	19	(5.1)
schenkt Anweisungen keine Aufmerksamkeit	18	(4.9)
ungestüm	17	(4.6)
stereotype, wiederkehrende Bewegungen	17	(4.6)
ruhelos, kann nicht still sitzen	17	(4.6)
sucht Isolation vor anderen	16	(4.3)
wiederholt ein Wort oder eine Phrase immer wieder und wieder	16	(4.3)
stampft mit den Füßen oder knallt Türen zu	16	(4.3)
tendiert zu exzessiver Aktivität	16	(4.3)
sinnlose, wiederkehrende Körperbewegungen	15	(4.0)
wiederholende Hand-, Körper- oder Kopfbewegungen	15	(4.0)
zeigt kaum soziale Reaktionen gegenüber anderen	15	(4.0)
sonderbar, bizarr im Verhalten	14	(3.8)
unkooperativ	14	(3.8)
isoliert sich selbst von anderen Klienten	14	(3.8)
fügt sich selbst physische Gewalt zu	14	(3.8)
gedrückte Stimmung	13	(3.5)
schädigt sich absichtlich selbst	13	(3.5)
verletzt sich selbst	12	(3.2)
stört Gruppenaktivitäten	12	(3.2)
fixierter Gesichtsausdruck	11	(3.0)
ist schwer zu erreichen	11	(3.0)
schreit und kreischt unangebracht	11	(3.0)
reagiert negativ auf Zuneigung	11	(3.0)

¹ sortiert nach Prävalenz

Prävalenz psychischer Störungen

In der Fremdbeurteilung psychischer Symptomatik mittels PAS-ADD Checkliste galten über 40% der Studienteilnehmer mit IM als „reizbar oder schlecht gelaunt“ und knapp 30% als „traurig oder niedergeschlagen“. Mit einer Prävalenz zwischen 15% und 20% ebenfalls relativ häufig beobachtet wurden ein Verlust der Konzentrationsfähigkeit, Misstrauen und ein Verlust von Vertrauen, Vergesslichkeit sowie Durchschlafschwierigkeiten (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3. Punktprävalenz von PAS-ADD CL Symptomen

Symptom¹	Menschen mit IM	
	N	%
reizbar oder schlecht gelaunt	144	(40.7)
traurig oder niedergeschlagen	100	(28.1)
Verlust der Konzentrationsfähigkeit	63	(18.2)
misstrauisch	64	(18.0)
Verlust von Vertrauen	62	(17.4)
Vergesslichkeit, Verwirrtheit	55	(15.4)
unterbrochener Schlaf ²	43	(15.3)
Schreckhaftigkeit	53	(14.8)
Verlust der Selbstachtung	52	(14.8)
rastlos, kann nicht ruhig sitzen	49	(13.8)
sonderbare Gesten	41	(11.5)
verminderte Fähigkeit, sich selbst zu versorgen	37	(10.3)
verfrühtes Aufwachen ²	29	(10.3)
verzögertes Einschlafen ²	28	(10.0)
gesteigerter Appetit	35	(9.9)
phobische Angst	33	(9.3)
Wiederholen von Handlungen	32	(9.0)
zu fröhlich, euphorisch	32	(9.0)
vermeidet sozialen Kontakt	30	(8.4)
Verlust an Interessen	29	(8.2)
deutliche Gewichtsveränderung	26	(7.3)
sonderbarer oder repetitiver Sprachgebrauch	23	(6.4)
furchtsam oder panisch	20	(5.6)
Appetitverlust	17	(4.8)
Festhalten an Überzeugungen, die unmöglich oder unwahr sind	12	(3.4)

¹sortiert nach Prävalenz ²N variiert aufgrund begrenzter Informationen zum Schlafverhalten zwischen n = 279-281. In allen anderen Fällen variiert n zwischen n = 347-358.

Ein Anhaltspunkt für das Vorliegen störungsrelevanter psychischer Beschwerden und damit ein Anlass für ein Mini PAS-ADD Interview fand sich mittels PAS-ADD Checklist oder auch aufgrund weitergehender Informationen bei 122 Studienteilnehmern und damit bei etwa einem Drittel aller Studienteilnehmer. Die 4-Wochen-Prävalenz einer psychischen Störung gemäß Mini PAS-ADD Interview ermittelten wir mit 10.8%, wobei die Mini PAS-ADD – Kriterien einer psychotischen Störung mit 4.3% am häufigsten erfüllt waren (vgl. Abb. 1).

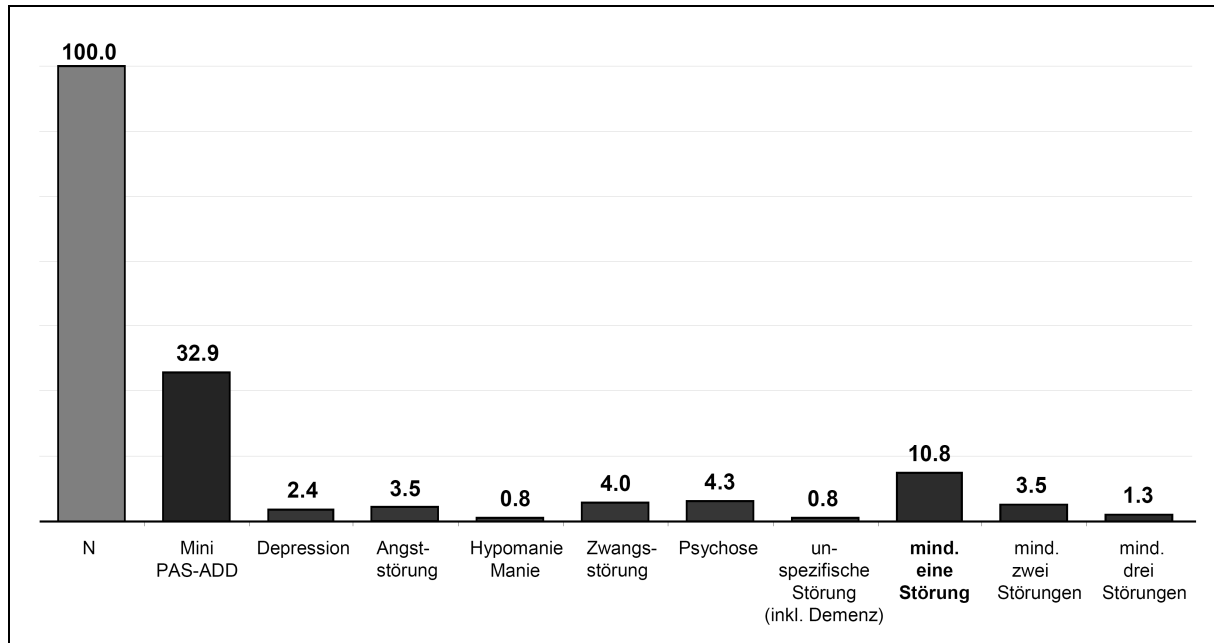


Abbildung 1: Mini PAS-ADD - Prävalenz psychischer Störungen

Insgesamt fanden wir bei 52.3% unserer Studienteilnehmer bezogen auf die letzten vier Wochen weder ein mittelschweres oder schwerwiegendes Problemverhalten noch ein störungsrelevantes Ausmaß psychischer Beschwerden.

Gedeckter und ungedeckter Versorgungsbedarf

Erwartungsgemäß fanden wir bei unseren Studienteilnehmern einen hohen Bedarf speziell an basalen Versorgungsleistungen, der wiederum in der Fremdbeurteilung in hohem Ausmaß als gedeckt galt. Dies gilt zum Beispiel für den Umgang mit Geld oder bei Problemen bei der Gestaltung regelmäßiger, angemessener Tagesaktivitäten (vgl. Tab. 4). Andererseits galt ein vorhandener Versorgungsbedarf vor allem bei Problemen mit dem Sexualleben sowie bei signifikanten psychischen Belastungen, Substanzmissbrauch sowie schwerwiegenden psychischen Störungen als nicht gedeckt.

Tabelle 4: Gedeckter und ungedeckter Versorgungsbedarf der Menschen mit IM

Versorgungsbereich ¹	n	kein Bedarf %	ge-deckter Bedarf %	unge-deckter Bedarf %	rel. unge-deckter Bedarf ² %
Sexualität	286	81.3	3.9	14.8	79.1
signifikante psychische Belastung (z.B. Depression, Angst)	363	78.0	14.6	7.4	33.6
Substanzmissbrauch	366	93.4	4.4	2.2	33.3
schwerwiegende psychische Störung (z.B. psychotische Symptomatik)	360	92.2	5.3	2.5	32.1
Kommunikation	369	71.9	21.1	7.0	24.9
soziale Kontakte	363	34.2	51.2	14.6	22.2
Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen	367	28.1	59.1	12.8	17.8
Fehlverhalten	369	67.8	27.6	4.6	14.3
Fremdgefährdung	368	90.2	8.4	1.4	14.3
Mobilität	368	81.8	16.0	2.2	12.1
Betreuung anderer Personen	363	97.5	2.2	0.3	12.0
Selbstgefährdung	369	95.2	4.3	0.5	10.4
Persönliche Körperpflege	364	41.7	52.5	5.8	9.9
Sozialleistungen	295	11.2	82.0	6.8	7.6
Seh- / Hörvermögen	369	40.9	55.3	3.8	6.4
Informationen	342	71.1	27.2	1.8	6.2
allgemeine körperliche Gesundheit	362	48.6	49.2	2.2	4.3
Gefahr der Ausnutzung	368	48.9	48.9	2.2	4.3
Verkehrsmittel	363	26.2	71.3	2.5	3.4
Ernährung	368	19.6	78.0	2.4	3.0
Wohnsituation	368	19.0	78.8	2.2	2.7
Anfälle	366	88.0	11.7	0.3	2.5
Versorgung des Haushalts	353	21.9	76.7	1.4	1.8
Umgang mit Geld	350	8.5	90.6	0.9	1.0
tägliche Aktivitäten	366	12.9	86.3	0.8	0.9

¹ sortiert nach relativem ungedeckten Versorgungsbedarf

² Der relative ungedeckte Versorgungsbedarf ergibt sich aus dem ungedeckten Versorgungsbedarf bei bestehendem Versorgungsbedarf, ob gedeckt oder ungedeckt

Diskussion

Ein Vergleich der in der Literatur berichteten Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit IM ist aufgrund der Heterogenität der methodologischen Herangehensweisen und der daraus resultierenden hohen Variabilität der Prävalenzraten in aller Regel nur begrenzt möglich. Ein Zusammenhang zwischen ermittelten Prävalenzraten und zugrunde gelegten

diagnostischen Kriterien ist in der Literatur wiederholt gezeigt worden (vgl. z.B. COOPER et al., 2007), wobei kritisch diskutiert wird, inwieweit die aus Studien an der Allgemeinbevölkerung entwickelten diagnostischen Kriterien psychischer Störungen bei Menschen mit IM überhaupt Anwendung finden können (BERTELLI et al., 2015).

Wir haben im Rahmen der MEMENTA-Studie zwischen dem Vorliegen psychischer Störungen und dem Vorliegen von Problemverhalten konsequent getrennt und mit dem Mini PAS-ADD Interview ein in der Literatur positiv bewertetes und in der Forschung häufig verwendetes diagnostisches Verfahren eingesetzt, mittels dessen die diagnostischen Informationen strukturiert erhoben und Diagnosen psychischer Störungen auf Basis der ICD-10 erhoben werden. Vor diesem Hintergrund fanden wir bei einer hohen Punktprävalenz einzelner psychischer Beschwerden („reizbar oder schlecht gelaunt“; „traurig oder niedergeschlagen“) bei 10.8% unserer Studienteilnehmer ein störungsrelevantes Ausmaß psychischer Symptomatik. Die Prävalenz liegt damit in unserer Untersuchung etwas unter der von COOPER und Mitarbeitern (2007) ermittelten Prävalenz, die im Rahmen einer Untersuchung von Menschen mit leichter bis schwerer Intelligenzminderung unter Anwendung der ICD-10-DCR-Kriterien bei 14.5% lag. In einer Untersuchung von DEB und Mitarbeitern (2001) lag die Prävalenz psychischer Störungen, ebenfalls mittels Mini PAS-ADD Interview ermittelt, mit 22.2% deutlich höher als in unserer Untersuchung; allerdings ist aufgrund der Stichprobenselektion (n=90) hier eher von einer Überschätzung der Prävalenz auszugehen.

In der deutschen Allgemeinbevölkerung fanden sich wiederholt Prävalenzraten, die etwas über der von uns für Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM ermittelten Prävalenz liegen. In einer älteren Untersuchung von JACOBI et al. (2004) zum Beispiel lag sie für diejenigen psychischen Störungen, die wir im Rahmen unserer Untersuchung mittels Mini PAS-ADD Interview erfasst haben, bei 17.2%. Dabei traten vor allem Angststörungen (9.0%) und Depressionen (5.6%) in der Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger auf als in unserer Studie, während die Prävalenzraten für Psychosen (1.5%) und Zwangsstörungen (0.4%) in der deutschen Allgemeinbevölkerung unter den von uns für Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM ermittelten Prävalenzraten lagen. Dieser Befund steht in guter Übereinstimmung mit der Literatur (vgl. COOPER et al., 2007; MAVROGIORGOU et al., 2015).

Auch bezüglich der ermittelten Prävalenz von Problemverhalten ist die Vergleichbarkeit verschiedener Studien aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen limitiert. EMERSON und Mitarbeiter (2001) zum Beispiel fanden, dass zwischen 12.1% und 16.5% ihrer Studienteilnehmer herausforderndes Verhalten zeigten, wohingegen DEB und Mitarbeiter (2001) Prävalenzraten von über 60.4% berichteten. Unser Ergebnis von 45.3% liegt

hier in der Gesamtschau eher im oberen Bereich der berichteten Prävalenzraten, vermutlich aufgrund der von uns in Übereinstimmung mit MYRBAKK und v. TETZCHNER (2008) relativ weit gefassten Definition von Problemverhalten.

Der Hilfebedarf von Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM ist, soweit uns bekannt, im Rahmen der MEMENTA-Studie erstmalig in dieser Ausführlichkeit untersucht worden. Vor dem Hintergrund der unterdurchschnittlichen allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit unserer Studienteilnehmer fanden wir erwartungsgemäß und in Übereinstimmung mit den wenigen zu dieser Thematik bisher vorgelegten Publikationen (XENITIDIS et al., 2001; McCAUSLAND et al., 2010; STRYDOM et al., 2005) einen hohen Versorgungsbedarf speziell an basalen Versorgungsleistungen. Dieser galt in der Fremdbeurteilung als in hohem Ausmaß gedeckt. Ein ungedeckter Versorgungsbedarf fand sich dagegen proportional gesehen vor allem bei Problemen mit der Sexualität sowie bei signifikanten psychischen Belastungen und schwerwiegenden psychischen Störungen.

Implikationen

Die Studienteilnehmer der MEMENTA-Studie wurden in einem aufwändigen und höchsten Ansprüchen an das Design einer epidemiologischen Studie genügenden clusterrandomisierten Verfahren rekrutiert. Wir waren dabei allerdings mit bekannten methodischen Schwierigkeiten konfrontiert (vgl. LENNOX et al., 2005), die sich zum Beispiel daraus ergeben, dass es an regionalen Registern fehlt, die einen direkten Zugang zu potentiellen Studienteilnehmern ermöglichen. Die Stichprobenziehung mag damit dem Bias unterliegen, dass wir nur Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen IM untersucht haben, die in einer WfbM beschäftigt waren. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass wir bei einer gemeindebasierten Stichprobenziehung zu etwas anderen Ergebnissen gekommen wären. Allerdings sind in Deutschland Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen IM im Alter zwischen 18 und 65 regelhaft in einer WfbM beschäftigt, so dass wir davon ausgehen, dass die von uns vorgelegten Daten in dieser Hinsicht ein weitgehend repräsentatives Ergebnis liefern.

Vor diesem Hintergrund ist es ein zentrales und erfreuliches Ergebnis der MEMENTA-Studie, dass Menschen mit leichter oder mittelgradiger IM in ihren spezifischen basalen Versorgungsbedarfen als durch die Angehörigen und oder ein gut aufgestelltes heilpädagogisches Versorgungssystem gut versorgt gelten können. Der Befund allerdings, dass ein Versorgungsbedarf bei signifikanten psychischen Belastungen sowie gravierenden psychischen Störungen überproportional häufig nicht als gedeckt galt, zeigt die Notwendigkeit einer

verbesserten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auf und stützt damit die Forderung der DGPPN nach einer Verbesserung der Kooperation zwischen heilpädagogischen und psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten sowie nach einer angemessenen Ausrichtung der jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildung (DGPPN, 2009).

Insgesamt muss abschließend festgehalten werden, dass die Versorgung psychischer Störungen bei Menschen mit IM weiterhin ungenügend untersucht bleibt. Ein besonderer Mangel besteht aus unserer Sicht an Studien bei erwachsenen Menschen mit schwerer und schwerster IM. Vor dem Hintergrund aus der Praxis geäußerter Kritik und in den letzten Jahren veröffentlichter Leitlinien fehlt es ganz speziell auch an weitergehenden Studien zur Praxis der Verordnung von Psychopharmaka.

Literatur

- AMAN, M.G.; SINGH, N.N. Aberrant Behavior Checklist - Community. Slosson Educational Publications Inc., East Aurora, 1994.
- BERTELLI, M.O.; ROSSI, M.; SCUTICCHIO, D.; BIANCO, A. (2015). Diagnosing psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: issues and achievements. *AMHID* 9: 230-242.
- BUCKLES, J.; LUCKASSON, R.; KEEFE, E. (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003-2010. *J Ment Health Res Intellect Disabil*, 6: 181-207.
- COOPER, S.; SMILEY, E.; MORRISON, J.; WILLIAMSON, A.; ALLAN, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*; 190: 27–35.
- COOPER, S.A.; SMILEY, E.; MORRISON, J.; ALLAN, L.; WILLIAMSON, A.; FINLAYSON, J.; JACKSON, A.; MANTRY, D. (2007). Psychosis and adults with intellectual disabilities. Prevalence, incidence, and related factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 530-536.
- DEB. S.; KWOK, H.; BERTELLI, M.; SALVADOR-CARULLA, L.; BRADLEY, E.; TORR, J.; BARNHILL, J. (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8: 181-186.
- DEB, S; THOMAS, M.; BRIGHT, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*, 45: 495–505.
- DEB, S.; THOMAS, M.; BRIGHT, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*; 45: 506-14.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN). Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven. DGPPN, Berlin 2009.
- EMERSON, E.; KIERNAN, C.; ALBORZ, A.; REEVES, D.; MASON, H.; SWARBRICK, R.; MASON, I.; HATTON, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Res Dev Disabil*; 22: 77-93.
- JACOBI, F.; WITTCHEN, H.U.; HÖLTING, C.; HÖFLER, M.; PFISTER, H.; MÜLLER, N.; LIEB, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34: 597-611.

- JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH. Guidance for commissioners of mental health services for people with learning disabilities. JCP-MH, London 2013.
- KOCH, A.; VOGEL, A.; HOLZMANN, M.; PFENNIG, A.; SALIZE, H.J.; PUSCHNER, B.; SCHÜTZWOHL, M. (2014). MEMENTA – ‘Mental healthcare provision for adults with intellectual disability and a mental disorder’. A cross-sectional epidemiological multisite study assessing prevalence of psychiatric symptomatology, needs for care and quality of healthcare provision for adults with intellectual disability in Germany: a study protocol. *BMJ Open*, 4: doi: 10.1136/bmjopen-2014-004878.
- LENNOX, N.; TAYLOR, M.; REY-CONDE, T.; BAIN, C.; PURDLE, D.M.; BOYLE, F. (2005). Beating the barriers: recruitment of people with intellectual disability to participate in research. *J Intellect Disabil Res*; 49: 296-305.
- LUCKASSON, R.; SCHALOCK, R.L.; SPITALNIK, D.M.; SPREAT, S.; TASSÉ, M.J.; SNELL, M.E. Mental retardation: Definition, classification, and systems of support (10th edn). American Association on Mental Retardation, Washington 2002.
- MAVROGIORGOU, P.; SCHABOS, O.; JUCKEL, G.; HOFFMANN, K. (2015). Zwangsstörung bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 83: 314-320.
- MCCAUSLAND, G.A.; TYRRELL, J.; DONOHOE, C.; O'DONOGHUE, I.; DODD, P. (2010). Self-reported needs among older persons with intellectual disabilities in an Irish community-based service. *Res Dev Disabil*, 31: 381-7.
- MORGAN, V.A.; LEONARD, H.; BOURKE, J.; JABLENSKY, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: a population based study. *Br J Psychiatry*, 193: 364-72.
- MOSS, S. PAS-ADD Checklist. Pavilion Pub Publishing and Media, Brighton 2002a.
- MOSS, S. The Mini PAS-ADD Interview Pack. Pavilion Publishing and Media, Brighton 2002b.
- MYRBAKK, E.; VON TETZCHNER, S. (2008). Psychiatric disorders and behaviour problems in people with intellectual disability. *Res Dev Disabil*, 29: 316-32.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Enabling people with mild intellectual disability and mental health problems to access healthcare services. CR175, London 2012.
- SCHÜTZWOHL, M.; KOCH, A.; KOSLOWSKI, N.; PUSCHNER, B.; Voß, E.; SALIZE, H.J.; PFENNIG, A.; VOGEL, A. (2016). Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, doi: 10.1007/s00127-016-1197-4.
- STRYDOM, A.; HASSIOTIS, A.; LIVINGSTON, G. (2005). Mental health and social care needs of older people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*, 18: 229-35.
- TSIOURIS, J.A.; KIM, S.Y.; BROWN, W.T.; PETTINGER, J.; COHEN, I.L. (2013). Prevalence of psychotropic drug use in adults with intellectual disability: Positive and negative findings from a large scale study. *J Autism Dev Disord*; 43: 719-31.
- UN GENERAL ASSEMBLY. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A/RES/61/106.2006.
- WHITACKER, S.; READ, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: an analysis of the literature. *J Appl Res Intellect Disabil*: 19: 330-45.
- XENITIDIS, K.; THORNICROFT, G.; LEESE, M.; SLADE, M.; FOTIADOU, M.; PHILIP, H.; SAYER, H.; HARRIS, E.; MCGEE, D.; MURPHY, D.G.M. (2000). Reliability and validity of the CANDID – a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *Br J Psychiatry*; 176: 473-8.
- ZEILINGER, E.L.; WEBER, G.; HAVEMAN, M.J. (2011). Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Res Dev Disabil*, 32: 2431–40.

Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in einem Landkreis im Münsterland. Perspektiven der regionalen Vernetzung

Antonia Thimm & Sabine Schäper

Einem Phänomen auf der Spur: Zunahme von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe?

Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe berichten seit geraumer Zeit von der Zunahme von herausfordernden Verhaltensweisen und psychischen Störungen bei Nutzerinnen und Nutzern. Forschungsergebnisse weisen schon seit geraumer Zeit eine deutlich höhere Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus, auch wenn die Angaben zur Häufigkeit in der Fachliteratur erheblich schwanken (vgl. LINGG & THEUNISSEN 2008, 24). Die Ursachen werden neben den individuellen Funktionseinschränkungen (Mobilität, Emotionale Selbstregulation, Kognition, Kommunikation) in der belasteten Dynamik früher Beziehungen (unsichere Eltern-Kind-Beziehungen, ambivalente Bindungsmuster, Erfahrung von Ablehnung) und in sozialen Erfahrungen (unzureichende Partizipationschancen, Misserfolge in Beziehungen, unzureichende Unterstützung für die Ausbildung des Selbstkonzeptes und eines guten Selbstwertgefühls) gesehen (vgl. SARIMSKI 2005, 18).

Hinzu kommen aktuell Phänomene, die unter dem Stichwort „neue Morbiditäten“ in der Jugendhilfe und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie diskutiert werden. Dieser Begriff bezeichnet die Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei 3-17Jährigen (vgl. BMFSFJ 2009, 39) bei gleichzeitiger Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen körperlichen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. Dabei sind die zunehmenden Auffälligkeiten stark durch Lebensstil und Lebensverhältnisse bestimmt: Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Familien bzw. Familien mit Migrationshintergrund sind motorisch weniger leistungsfähig, ernähren sich ungesünder und bewegen sich weniger, sind häufiger von mehreren Gesundheitsproblemen betroffen, zeigen häufiger Verhaltensauffälligkeiten (vor allem Jungen) bzw. haben häufiger psychische Probleme und Essstörungen (vor allem Mädchen). Der Begriff „neue Morbiditäten“ ist somit eher ein Containerbegriff als eine differenzierte Problembeschreibung, der vor allem auf sich zuspitzende Lebenslagen von

Kinder und Familien hinweist. Spätmoderne Maximen erhöhen zudem den Druck auf Familien: Die Arbeitswelt stellt hohe Anforderungen an Flexibilität, Solidarpotentiale der Gesellschaft nehmen eher ab, Individualisierung verändert die Rolle von Familien, und eine „aktivierende“ Sozialpolitik gibt die Verantwortung für soziale Risiken mehr und mehr an die Individuen und Familien zurück. Dies bildet sich ab in einer veränderten Beziehungs- und Erziehungskultur. Zudem zeigen sich Hilfesysteme überfordert und ratlos, neigen bisweilen zu kränkenden Problemlösungsstrategien, die eher das Individuum für Probleme verantwortlich machen als die Komplexität des Zustandekommens etwa von Verhaltensschwierigkeiten. In der Folge ist die psychosoziale Kompetenz von Kindern in hohem Maße herausgefordert, und die Möglichkeiten, Widerstandskräfte gegen die Einflüsse zu entwickeln, nehmen gleichzeitig ab. Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind mit diesen Phänomenen in zunehmendem Maße konfrontiert, weil Bindungsstörungen und psychische Auffälligkeiten auch Menschen mit geistiger Behinderung betreffen, und weil umgekehrt Störungen dieser Art durchaus auch zu psychischen Störungen und kognitiven sowie sozial-emotionalen Entwicklungsverzögerungen führen können. Zu der Personengruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung, deren Verhaltensauffälligkeiten mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden sind und zu Kommunikationsschwierigkeiten, sozial-emotionalen Wahrnehmungs- und Verhaltensproblemen führen, kommen neue Personengruppen hinzu, bei denen nicht die kognitive Beeinträchtigung im Vordergrund steht, die aber dennoch die Regelsysteme an Grenzen bringen (Kindertageseinrichtungen, Schule, berufliche Bildung, Arbeitsmarkt) bzw. dort als nicht oder nicht mehr integrierbar gelten.

Durch die UN-Behindertenrechtskonvention wurde die Leitidee Inklusion als Gestaltungsprinzip politischen Handelns auf allen Politikebenen völkerrechtlich verbindlich verankert. In Deutschland findet seit der Ratifizierung ein Prozess der Überführung in staatliches Recht statt, die Leitidee Inklusion wird in Aktionsplänen und Handlungsempfehlungen auf unterschiedlichen Politikebenen konkretisiert. Mehr und mehr befassen sich auch Gremien in den verschiedenen Politikfeldern mit den Konsequenzen. So weist etwa in Nordrhein-Westfalen die EntschlieÙung der 22. Landesgesundheitskonferenz *„Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“* (22. November 2013) auf die Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen hin:

„Die Einrichtungen des Gesundheitswesens sind trotz des vorhandenen Problembewusstseins, entsprechender Zielsetzungen und -vereinbarungen und trotz verschiedener Fortschritte in den vergangenen Jahren bislang weder räumlich noch sprachlich, akustisch und optisch umfassend barrierefrei.

Bisherige Maßnahmen berücksichtigen in erster Linie Menschen mit körperlichen Behinderungen, weniger jedoch Personen mit geistigen oder psychischen Behinderungen sowie Menschen mit einer Sinnesbehinderung.“ Und zu den finanziellen Rahmenbedingungen führt das Papier aus: „Die finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erschweren Prozesse zur Sicherstellung von Inklusion. (...) Ein höherer Bedarf von Menschen mit Behinderungen wird in den Finanzierungs- und Vergütungssystemen nicht ausreichend abgebildet.“ (MGEPA NRW 2013, 9).

Die Benachteiligung von Menschen insbesondere mit geistiger Behinderung in der gesundheitlichen Versorgung trifft auch auf den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu. Hier fehlen sowohl spezialisierte Behandlungskonzepte (bzw. mangelt es an der Verbreitung solcher Konzepte auf breiter Basis, so dass sie für alle Menschen zugänglich wären) als auch an zeitlichen und personellen Ressourcen für die Mehrbedarfe etwa aufgrund von Sprach- und Verständigungsproblemen, Behandlungserschwernissen aufgrund von unverarbeiteten Traumatisierungen oder multiplen Beeinträchtigungen (etwa kognitiven Beeinträchtigungen, psychischen Störungen und Wahrnehmungsbesonderheiten).

Mit der Novellierung des SGB V § 119c wurde die Einrichtung spezieller „Medizinischer Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung“ beschlossen. Diese Behandlungszentren sollen die ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen mit zielgruppenspezifischer Diagnostik und Therapie mit besonderem methodischen Knowhow z.B. im Bereich der Kommunikation sicherstellen, ähnlich wie die seit langem existierenden sozialpädiatrischen Zentren. Die Einrichtung solcher Medizinischer Behandlungszentren stellt einen wichtigen Baustein für die spezialisierte Versorgung dar, kann aber die Verbesserung in der Regelversorgung nicht ersetzen, da die Behandlungszentren nicht so wohnortnah vorgehalten werden können, insbesondere in ländlichen Räumen wie großen Flächenkreisen. Daher enthebt die Umsetzung der spezialisierten Medizinischen Behandlungszentren die Anbieter der Regelversorgung im Gesundheitswesen nicht der Verantwortung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und barrierefreien Versorgung der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen.

Zur Situation im Kreis Steinfurt

Die Versorgungslage für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen ist im Kreis Steinfurt, einem Landkreis im nördlichen Nordrhein-Westfalen, durch zwei besondere Merkmale gekennzeichnet: Die

Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung sind im Vergleich zu anderen Regionen traditionell sehr gemeindenah organisiert. Es gibt keine Groß- und Komplexeinrichtung im Kreisgebiet. Die zweite Besonderheit ergibt sich aus dem Prozess der Auflösung des Behandlungsbereiches für Menschen mit geistiger Behinderung in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Lengerich. In den 1980er bis zum Beginn der 1990er Jahre wurden alle Langzeitpatientinnen und -patienten mit geistiger Behinderung, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedurften, in neu errichtete gemeindenah Wohnstätten eingegliedert (vgl. MOSER 1996, 156; THEUNISSEN 2012, 48). Zeitgleich wurde als Planungsinstrument für die Koordination dieses sog. Enthospitalisierungsprogramms auf der Ebene des Kreises die bis heute bestehende Regionalkonferenz eingerichtet, „an der alle Institutionen, Verbände und Vereine des Kreises teilnahmen, die etwas mit der Versorgung geistig behinderter Menschen zu tun hatten“ (vgl. MOSER 1996, 157). Mit der Entlassung der Langzeitpatientinnen und -patienten ging seinerzeit die Zusage einher, dass die psychiatrische Versorgung dieser Personen im Krisenfall weiterhin durch die Westfälische Klinik Lengerich gewährleistet ist. Bis zum Ende der 1990er Jahre bestand dieses Angebot mit einer speziellen Behandlungsstation für Menschen mit geistiger Behinderung in akuten psychischen Krisen oder mit psychischen Erkrankungen sowie der Institutsambulanz, die sowohl Diagnostik als auch Beratung für Angehörige sowie Mitarbeitende der Einrichtungen der Behindertenhilfe anbot. Im Jahr 2000 übernahm die Westfälische Klinik in Münster mit dem dortigen Behandlungsbereich für Menschen mit geistiger Behinderung diese Aufgaben auch für den Kreis Steinfurt (vgl. RENNER 2002). Für den Zeitraum von drei Jahren wurde im Rahmen eines Modellprojekts die ambulante Versorgung durch einen Fallberater sichergestellt, der auf der Basis pädagogisch-psychologischer und lebenslauf-orientierter Diagnostik mit den Bezugspersonen geeignete pädagogisch-therapeutische Interventionen erarbeitete, für die Krisenintervention zur Verfügung stand und die Vermittlung an bedarfsadäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebote koordinierte (vgl. SCHÄPER 2003). Diese Aufgaben wurden in enger Kooperation mit den Fachkräften in den betreuenden Einrichtungen erbracht, um sie in ein pädagogisch-therapeutisches Gesamtkonzept einzubetten. Es zeigte sich, dass es sinnvoll ist, die Unterstützung direkt am Lebensort der Personen anzusiedeln. Bei vielen Klientinnen und Klienten konnten vorschnelle Überweisungen in die stationäre Behandlung vermieden werden. Durch das verlässliche Netz an Begleitung und Unterstützung wurde es auch den kleinen Wohneinrichtungen ermöglicht, fachlich qualifizierte und Halt gebende Lebensbegleitung auch für Menschen mit schweren Verhaltensstörungen anzubieten (vgl. RENNER 2002). Das

Beratungsangebot wurde nach der Modellphase im Zuge der Einführung des hilfebedarfsgruppenspezifischen Vergütungssystems in der Eingliederungshilfe (Rahmenvertrag gem. § 93d SGB XII aus dem Jahr 2001) jedoch eingestellt.

Das Projekt

Anschluss an vorangegangene Projekte

Bereits seit einigen Jahren besteht eine gute Kooperation zwischen der Katholischen Hochschule (KatHO) NRW und der AG „Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten“ innerhalb der Regionalkonferenz der Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt. In einem mehrstufigen Forschungsdesign wurden verschiedene Erhebungen zur Analyse des Phänomens der vermuteten Zunahme des Personenkreises durchgeführt. In einem ersten Teilprojekt stand eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung gemeinsam mit dem Heilpädagogischen Kindergarten desselben Trägers im Fokus. In diesen Einrichtungen bestand das Angebot einer externen Fallberatung durch eine Psychologin der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des örtlichen Wohlfahrtsverbandes, deren Stundenanteile für diese Beratungsleistungen über Projektmittel finanziert wurden. Dieses Modellprojekt wurde von der KatHO NRW wissenschaftlich begleitet und evaluiert. In einem daran anschließenden Projekt wurde eine Erhebung zur Eingrenzung und Analyse des Problems durchgeführt. Umsetzung und zentrale Ergebnisse dieser beiden Teilprojekte sind in der folgenden Tabelle überblicksartig dargestellt.

Tab. 1: Vorangehende Teilprojekte

Zielsetzung	Forschungsmethoden	Zentrale Ergebnisse
1. Teilprojekt: „GPro“: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Problemen (in Kooperation mit der Don-Bosco-Schule und dem Sonnenschein-Kindergarten Recke) (2009-2012)		
Evaluation eines Beratungsangebotes der Erziehungsberatungsstelle in der Förderschule	Befragung von Lehrkräften zu Auffälligkeiten und zu ihrem subjektiven Belastungsempfinden Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten Interviews mit Eltern und Lehrkräften zur Wirksamkeit der Beratung	Beratung wird als wichtiges Unterstützungsangebot wahrgenommen. Vorhandene Beratungsangebote (Schulpsychologie) öffnen sich für Förderschulen (allerdings nur Komm-Struktur). Beratung wird vorläufig trägerfinanziert in kleinem Umfang weitergeführt.

2. Teilprojekt: Psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Kreis Steinfurt – Perspektiven von Expertinnen und Experten, Leitungspersonen und Mitarbeitenden (Lehrforschungsprojekt einer Masterstudentin 2012-2013) (vgl. HÜLS 2015)		
Erhebung der Situation in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Steinfurt	Experteninterviews Halbstandardisierte Befragung von Mitarbeitenden und Leitungskräften	Qualifizierungsbedarf in der Eingliederungshilfe; Versorgungslücken und Zuständigkeitsfragen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (ambulant und stationär); mangelnde Vernetzung der Angebote.

Mit der halbstandardisierten Befragung im zweiten Teilprojekt wurden 750 Mitarbeitende in 23 Einrichtungen angesprochen. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über die Einrichtungsleitungen. 336 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 44,8% entspricht (vgl. HÜLS 2015, 35).

Aus dem Lehrforschungsprojekt ergab sich ein weitergehender Erhebungs- und Forschungsbedarf in Richtung einer Analyse von Schnittstellen zwischen den Systemen Eingliederungshilfe und Psychiatrie / Psychotherapie einerseits und Jugendhilfe andererseits. So ergab sich zunächst das dritte, im Jahr 2014 aus Eigenmitteln der Katho NRW geförderte Teilprojekt:

3. Teilprojekt: Chancen und Grenzen inklusiver psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung (2014)	
Ziel: Analyse von Kooperationsstrukturen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung im Kreis Steinfurt	Erhebungsmethoden: Befragung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten Befragung von Einrichtungen zu Ressourcen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung

Als relevantes Fachkonzept wurde auf das Konzept Sozialraumorientierung Bezug genommen, das die Ebenen Individuum, Organisation, Sozialstruktur und Netzwerke miteinander verknüpft (FRÜCHTEL & BUDDE 2010). Die Netzwerkebene verweist auf die Notwendigkeit, zur Entwicklung von Lösungen für individuelle Problemlagen den Bezug zum Feld herzustellen und im Feld nach Ressourcen für bedarfsgerechte Lösungsansätze zu suchen. Bei psychischen Störungen stellt die Fachkompetenz im System der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung eine wichtige Ressource dar, die aber

aus unterschiedlichen Gründen derzeit – so die Einschätzung der beteiligten Fachkräfte – nicht hinreichend nutzbar gemacht wird.

Forschungsdesign und Ergebnisse

In einem ersten Arbeitsschritt im Projekt „Inklusive psychiatrische/ psychotherapeutische Versorgung“ wurden gemeinsam mit der Arbeitsgruppe der Regionalkonferenz Ziele und Maßnahmen für die weitere Bearbeitung der Problemstellung systematisiert. Aus dieser Sammlung wählte die Arbeitsgruppe aus, dass in einem nächsten Schritt in erster Linie die bestehende Versorgungs- und Vernetzungsstruktur für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen im Kreis Steinfurt analysiert werden sollte.

Systematisierung von Zielen und Maßnahmen

- Zur Verbesserung der **individuellen Unterstützung der Personengruppe** wurden folgende Maßnahmen im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet:
 - Ressourcen im bestehenden System psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung eruieren und zugänglich machen: Dazu sollten die Akteure der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Kreis nach ihren Erfahrungen und Möglichkeiten der Behandlung des Personenkreises befragt werden. Ebenso sollten die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe nach ihren Erfahrungen in der Kooperation mit dem System Psychiatrie und Psychotherapie vor Ort befragt werden.
 - „Von anderen lernen“: Projektbeispiele anderer Regionen zur Vernetzung zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie/ Psychotherapie können hilfreiche Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgung im Kreis Steinfurt bieten. Diese sollten erkundet und dokumentiert werden.
 - Thematisierung der Entschliebung der Landesgesundheitskonferenz auf lokaler Ebene: Über die Mitglieder der Regionalkonferenz wird der Vertreter der Wohlfahrtsverbände in der Pflege- und Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt gebeten, das Thema dort auf die Tagesordnung zu bringen. Die Ergebnisse des Projektes „Inklusive Psychiatrische Versorgung“ könnten Ausgangspunkt der Diskussion in diesem Gremium sein. Dieser Schritt stellt eine wichtige Strategie der Entwicklung von Problembewusstsein durch das sog. Agenda-Setting dar, d.h. den Anstoß zur Befassung politischer Gremien mit diesem wichtigen Thema.

- Zur **Unterstützung der Mitarbeitenden** durch angemessene Beratungsstrukturen wurden folgende Maßnahmen in den Blick genommen:
 - o Vorhandene beratende Dienste im Gemeinwesen sollten eruiert und bekanntgemacht werden.
 - o Aufbau eines einrichtungsübergreifenden „Beratungsnetzwerks“, indem eigene Beratungskompetenz anderen zur Verfügung gestellt werden. Hierzu sollte eine Kompetenzlandkarte erstellt und ein Konzept für ein „Transfermodell“ erarbeitet werden, im Zuge dessen die Einrichtungen sich ihre Expertise für bestimmte Fragestellungen und Konzepte wechselseitig zur Verfügung stellen.
 - o Darüber hinaus wäre es sinnvoll, Konzepte der kollegialen Beratung (intern wie extern) nutzbar zu machen.
- Im Bereich der **Qualifizierung von Mitarbeitenden** könnten
 - o interne Fortbildungsangebote einrichtungsübergreifend geöffnet werden,
 - o einrichtungsübergreifende Expertenkreise gebildet werden, um eigenes Wissen anderen bzw. wechselseitig zur Verfügung zu stellen,
 - o Angebote von Fortbildungsanbietern erkundet werden sowie
 - o Fortbildungsanbieter auf den Bedarf aufmerksam gemacht werden.
 - o Ein regionaler Fachtag könnte ein erster Schritt in Richtung eines „Transfermodells“ zum Austausch der in den Einrichtungen und Diensten der Region vorhandenen Kompetenz im Umgang mit dem Personenkreis sein.
- Für einen verbesserten **Umgang mit Krisensituationen** sollten vorhandene Angebote sichtbar gemacht und koordiniert werden. Diese Aufgabe wird derzeit in der „AG Krise“ der Regionalkonferenz bearbeitet. Der Auftrag dieser AG könnte etwas breiter angelegt sein und die Erarbeitung (bzw. das Sichtbarmachen vorhandener) angemessener Kriseninterventionskonzepte mit aufnehmen.

Analyse der bestehenden Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen: Befragung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Ziel der Analyse bestehender Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Steinfurt war es, zu erkunden, welche Erfahrungen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Region mit Menschen mit geistiger Behinderung haben und welche Entwicklungsbedarfe sie im Hinblick auf eine inklusive psychotherapeutische Versorgung sehen. Zum anderen sollten die bestehenden Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen aus Sicht der Einrichtungen erhoben werden.

In einem ersten Schritt wurde eine standardisierte Erhebung anhand eines Fragebogens durchgeführt, der an alle im Kreis Steinfurt niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesandt wurde. Insgesamt verfügt der Kreis über 92 Niederlassungen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Adressen wurden über die online verfügbare Liste der Kassenärztlichen Vereinigung generiert. Von 92 versandten Fragebögen wurden 43 zurückgeschickt (Rücklauf: 46,7%).

Die Erhebung ist vom Umfang her und hinsichtlich ihrer Repräsentativität und Übertragbarkeit auf andere Regionen sehr begrenzt. Dennoch konnten für die konkrete Planung der weiteren Entwicklung in der Region wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

Von den 43 Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich an der Befragung beteiligt haben, gaben 25 (=58,1%) an, bereits Erfahrung mit der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung zu haben. Der Status der Antwortenden verteilte sich dabei wie folgt:

Tab.2: Status der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung			Status				Gesamt- summe
			psycholog. Psycho- therapeuten	ärztlicher Psycho- therapeuten	Kinder- und Jugend- psycho- therapeuten	psycholog. Psycho- therapeuten UND Kinder- und Jugendpsycho- therapeuten	
	nein	Anzahl	8	6	1	1	16
		% in Status	44,4%	85,7%	16,7%	25,0%	45,7%
	ja	Anzahl	10	1	5	3	19
		% in Status	55,6%	14,3%	83,3%	75,0%	54,3%
Gesamt		Anzahl	18	7	6	4	35
		% in Status	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Es zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen Erfahrungen mit diesem Personenkreis gesammelt hat, von den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mehr als die Hälfte, von den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dagegen kaum jemand.

Auf die Frage nach der Häufigkeit der Anfragen nach einer Behandlung eines Menschen mit geistiger Behinderung gaben 48% an, dass sie nur selten solche Anfragen bekommen. Von den fünf Therapeutinnen und Therapeuten, die angaben, dass sie bereits häufig Menschen mit geistiger Behinderung behandelt hatten, haben zwei ihren Status nicht angegeben, die anderen drei sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut, wovon eine Person zusätzlich auch psychologische Psychotherapeutin ist. Drei der Therapeutinnen und Therapeuten, die bereits häufig mit Menschen mit geistiger Behinderung zu tun hatten, sind bereit, sich in eine Liste aufnehmen zu lassen, dass sie Menschen mit geistiger Behinderung behandeln.

Als häufigste **Indikationen** für eine Anfrage von Menschen mit geistiger Behinderung wurden Angststörungen und Depressionen (jeweils bei fast der Hälfte der Therapeutinnen und Therapeuten), gefolgt von Anpassungs- und Belastungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Aggressionen angegeben. Weitere Indikationen sind zusammengefasst in der Kategorie „Sonstiges“, keine dieser Indikationen wurde häufiger als zweimal benannt.

Die **Anfragenden** waren in etwa einem Drittel der Fälle die Menschen mit Behinderungen selbst, überwiegend aber Mitarbeitende einer Einrichtung der Behindertenhilfe (64%) und Angehörige (80%).

Auf die Frage nach den **Behandlungsmethoden** wurden am häufigsten verhaltenstherapeutische Verfahren (16 Nennungen) und „Gespräche“ (11 Nennungen) angegeben. Einige Therapeuten und Therapeutinnen benennen konkretere (überwiegend verhaltenstherapeutische) Methoden („Übungen“, Rollenspiele, Verhaltensmodifikation, Konfrontation, Entspannungsmethoden, Traumatherapeutische Methoden, Krisenintervention, Tierzentrierte Therapie, Hypnotherapie, kreative Methoden).

Als besondere **Anforderungen**, die sich auf die Therapie bzw. die **Person der Therapeutin oder des Therapeuten** beziehen, wurden am häufigsten benannt, dass die Sprache und die Behandlungskonzepte vereinfacht werden müssen (9 Nennungen), dass die Behandlung viel Geduld erfordert und dass Verhaltensänderungen kleinschrittig erfolgen und Zeit in Anspruch nehmen (7 Nennungen). Zudem seien besondere Empathie und die Bereitschaft, sich auf die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung einzulassen, gefragt (4 Nennungen) und die Ziele seien manchmal schwieriger zu definieren bzw. müssten weniger anspruchsvoll gesetzt werden (4 Nennungen). Drei der Befragten betonten, dass kognitive Methoden nur eingeschränkt anwendbar seien und der Schwerpunkt daher auf Aktivitäten gelegt werden müsse. Zwei Befragte hoben die Bedeutung des Kontaktes zu den Angehörigen als besondere Anforderung hervor.

In fünf Antworten wurden die individuellen Einschränkungen der Klientinnen und Klienten in den Vordergrund gestellt (z.B. „geringe Aufmerksamkeitsspanne“, „Einsichtsfähigkeit des Menschen in seine Problematik ist nicht immer in ausreichendem Maße gegeben“, „Ängste und Anstrengungsvermeidung, Krankheitsgewinn, geringe Frustrationstoleranz, geringe Eigenreflexionsfähigkeit“), die Befragten benennen dabei jedoch nicht direkt, welche besonderen Anforderungen sich daraus für die Therapie ergeben.

Bei den Therapeuten und Therapeutinnen, die bisher keine Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung gemacht haben, hatten 22% bereits Anfragen, haben die Behandlung aber aus unterschiedlichen Gründen abgelehnt (zu wenig Kenntnisse über den Personenkreis; Therapiemethode für den Personenkreis nicht geeignet; lange Warteliste). 14 Therapeutinnen und Therapeuten hatten noch nie eine Anfrage von (bzw. für) Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung, sie würden wie folgt mit einer Therapieanfrage umgehen:

Tab.3: Umgang mit Anfragen von bzw. für Menschen mit geistiger Behinderung nach einer psychotherapeutischen Behandlung

Umgang mit einer Therapieanfrage	Anzahl Nennungen	Prozent*
Ich kann mir eine Behandlung vorstellen.	5	35,7
Ich würde die Behandlung ablehnen, weil ich keine Kenntnisse mit diesem Personenkreis habe.	6	42,9
Ich würde eine Behandlung ablehnen, weil es Schwierigkeiten mit der Finanzierung gibt.	2	14,3
Ich würde Behandlung ablehnen, weil ich der Meinung bin, dass Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung nicht möglich ist.	1	7,1
Ich würde die Anfragen an Kolleginnen und Kollegen weiterleiten	6	42,9
Sonstiges	7	50,0

* bezogen auf Gesamtzahl (N=14) der Therapeutinnen und Therapeuten, die noch nie eine Anfrage von Menschen mit geistiger Behinderung hatten

Zur Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ erläuterten die Befragten:

- Die Behandlungsbereitschaft wäre abhängig vom jeweiligen Schweregrad der geistigen Behinderung.
 - Abhängig vom Ausmaß der kognitiven Einschränkung durch die Behinderung und von den anvisierten Zielen gelte es kritisch prüfen, ob die eigene Ausbildung dazu ausreicht.

- o Bei nur leichter geistiger Behinderung sei eine Behandlung eventuell vorstellbar.
- Die angebotene Therapierichtung ist ungeeignet:
 - o Bei tiefenpsychologisch fundierter Therapie lassen Gutachterinnen und Gutachten Menschen mit geistiger Behinderung nicht zu, da sie das Therapieverfahren für diese Zielgruppe als nicht zielführend bewerten. Teilweise vermuten auch die Therapeutinnen bzw. Therapeuten selbst, dass es das für das Verfahren notwendige Maß an intellektuellen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht gebe.
 - o Auch das Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie stelle Anforderungen an Patientinnen und Patienten. Wenn ein Mensch mit geistiger Behinderung diese „mitbringe“, sei eine Behandlung denkbar.

Zur Frage nach den **Voraussetzungen für eine inklusive psychotherapeutische Versorgung**, die mit Bezug auf das Papier der Landesgesundheitskonferenz NRW gestellt wurde (s.o.), haben sich 37 (86%) der Befragten geäußert. Am häufigsten nennen sie, dass Rahmenbedingungen verändert werden müssten (u.a. andere Finanzierungsmöglichkeiten, Entwicklung spezieller Therapiemanuale). Sehr häufig wird benannt, dass Fragen der Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung in die Ausbildungscurricula aufgenommen werden müssten bzw. dass es spezielle Fortbildungsangebote dazu geben müsste. Des Weiteren sehen die Befragten spezielle Anforderungen an die Therapie, insbesondere die Arbeit mit dem Umfeld, die mit einem erhöhten Aufwand verbunden seien.

Zur **Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen** geben die Befragten folgende Anregungen:

- Schaffen von Gebührenziffern, die spezialisierten Therapieplänen gerecht werden;
- ein spezifisches Behandlungskontingent, das Chancen bietet, Behandlungsziele bei Menschen mit geistiger Behinderung zu realisieren;
- insgesamt mehr psychotherapeutische „Kassensitze“, bessere Vergütung bzw. Abrechenbarkeit von Leistungen zur psychotherapeutischen Basisversorgung (insbesondere bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten)
- verbesserte Möglichkeiten, auch kürzere Einheiten abzurechnen;
- Abrechenbarkeit von Kontakten und Beratungsgesprächen mit dem Umfeld (Eltern, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Betreuungspersonal von Einrichtungen);

- Abrechnungsmöglichkeiten jenseits der eng definierten diagnostischen Cluster, die derzeit zur Anwendung kommen;
- flexiblere Zulassung und Finanzierung einer störungsspezifischen Behandlung anstelle einer verfahrensspezifischen Behandlung.

Die Befragten geben darüber hinaus **Hinweise zu weiteren Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung:**

- Die Therapie erfordere ein stimmiges räumliches und materielles Angebot.
- Therapie bedeute bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig auch heilpädagogisches Arbeiten mit dem Umfeld des Betroffenen, daher wäre die Zulassung von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen zur Therapieausbildung angemessen. Außerdem sei eine bessere Vernetzung von psychotherapeutischen und (heil)pädagogischen Angeboten notwendig, die auch entsprechend vergütet werden müsse.
- Die Barrierefreiheit von Praxisräumen ist eine notwendige Bedingung für die Behandlung von mobilitätseingeschränkten Personen. Die Angebote müssten niederschwellig genug sein, etwa durch eine offene Sprechstunde.
- Eine bessere Personalausstattung in der Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung sei sinnvoll im Sinne der Prävention psychischer Krisen.
- Neben speziellen Fortbildungsangeboten seien auch Schwerpunkt-Zertifizierungen denkbar.

Zur **fachlichen Weiterentwicklung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung** empfehlen die Befragten:

- Entwicklung spezialisierter Therapiekonzepte, -manuale und -programme für Menschen mit geistiger Behinderung,
- spezialisierte Leitlinien sowie
- Forschung im Bereich Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung.

Einige der Befragten geben Hinweise zu den **Voraussetzungen auf Seiten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten:** Der Zugang zur therapeutischen Versorgung sei auch eine Frage der Haltung. Fachkräfte benötigen das Zutrauen, dass Menschen mit geistiger Behinderung „therapiefähig“ sind, und die Einsicht, dass sie ein Anrecht auf eine angemessene therapeutische Versorgung haben. Voraussetzung für eine angemessene Therapie sei Erfahrung mit dem und Offenheit für den Personenkreis. Insbesondere bedürfe es besonderer Kommunikationskompetenz (leichte Sprache).

Für eine gelingende Psychotherapie benennen die Befragten auch einige **Voraussetzungen auf Seiten der Klientinnen und Klienten:** Sie benötigen ein „gewisses Maß an Einsicht“ und einen Veränderungswillen, um den Leidensdruck für sich und andere (nächste Bezugspersonen) zu reduzieren. Sie

benötigen aber auch Ermutigung und Unterstützung von Betreuungspersonen, um den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu finden, sich in einer Praxis anmelden zu können, die Termine einzuhalten und die Wege zurückzulegen.

Neun der befragten Therapeutinnen (21%, alle weiblich) sind bereit, ihre Kontaktdaten in eine **Liste zur Weitergabe an Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe** aufnehmen zu lassen, aus der hervorgeht, dass sie Menschen mit geistiger Behinderung behandeln (4 Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen; 4 psychologische Psychotherapeutinnen und eine Psychotherapeutin mit Doppelapprobation). Von den 34 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Aufnahme in eine solche Liste ablehnen, geben 18 eine Erläuterung dazu:

- Einige geben an, bereits eine lange Warteliste zu haben.
- Ein/e Befragte/r beurteilt die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen zudem als „anstrengend“.
- Einzelne geben ihre Tätigkeit in absehbarer Zeit auf.
- Zwei der Befragten lehnen die Aufnahme in die Liste wegen unzureichender Rahmenbedingungen einer Therapie für den Personenkreis ab.
- Darüber halten einige der TherapeutInnen die von ihnen angebotene Therapierichtung für nicht geeignet.

Zusammenfassend sind die Ergebnisse positiv zu bewerten: Die rege Beteiligung an der Befragung, die Erkenntnis, dass bereits eine Vielzahl der Therapeutinnen und Therapeuten Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung gemacht hat, die Offenheit bei vielen für das Thema und die Bereitschaft von 20% der Befragten, für Therapieanfragen für den Personenkreis zur Verfügung zu stehen, bieten gute Ansatzpunkte für eine inklusive psychotherapeutische Versorgung. Sehr deutlich sind aber auch die Hinweise zur notwendigen Verbesserung der Rahmenbedingungen, um passgenaue Therapieangebote machen zu können.

Befragung der Einrichtungen zu regionalen Ressourcen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung

In einem zweiten Schritt wurden die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt nach ihren Erfahrungen und Kooperationsbezügen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung befragt. Von 30 verschickten Fragebögen wurden 23 ausgefüllt zurückgeschickt.

In der Frage der quantitativen Anteils von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Störungen an der Gesamtzahl der KlientInnen wurde bewusst auf eine genaue Quantifizierung verzichtet, weil

die Zuordnung angesichts der Breite der Phänomene und Störungen und der äußerst unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmung eine objektive Darstellung erschwert. Daher wurde die subjektive Einschätzung der Befragten in den Vordergrund gestellt. Gefragt wurde nach dem Ausmaß des Problems aus Sicht der Mitarbeitenden und nach der Belastung der Mitarbeitenden durch die Betreuung dieses Personenkreises. Es zeigte sich, dass die subjektiv empfundene Belastung größer ist als es der geschätzte Anteil der Personen mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Störungen vermuten ließe.

Auf die Frage nach den von den Betreuten in Anspruch genommenen psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Hilfen (ambulant wie stationär) zeigte sich folgendes Bild:

Tab. 2: In Anspruch genommene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

	psychotherapeutische Hilfen	ambulante psychiatrische Leistungen	stationäre psychiatrische Versorgung
ja	12	22	23
nein	11*	1	0

* Hier wurde häufig angegeben, dass zwar individuell ein Bedarf gegeben, aber kein passendes Angebot bekannt sei.

Bei der Frage nach der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie zeigt sich, dass viele Angaben hier eher undifferenziert sind und zwischen psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen nicht korrekt unterschieden wird, was auf unzureichende Kenntnisse bei den Mitarbeitenden hinweist. Die von den Einrichtungen angegebenen Kontaktdaten kooperierender Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie wurden in drei entsprechenden Listen zusammengestellt:

1. Die Liste der Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Kreis Steinfurt umfasst alle Niederlassungen im Kreis Steinfurt (entnommen der Arztsuche auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe). Besonders markiert sind diejenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich bei Befragung explizit dazu bereit erklärt haben, dass sie Menschen mit geistiger Behinderung behandeln. Ebenso markiert sind diejenigen, die von den Einrichtungen namentlich als Kooperationspartner benannt wurden.
2. Eine zweite Liste umfasst alle Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie mit eigener Praxis im Kreis Steinfurt (entnommen der Arztsuche auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, mit besonderer Kennzeichnung der von den Einrichtungen benannten), sowie weitere von

den Einrichtungen benannte Psychiaterinnen und Psychiater (außerhalb des Versorgungsgebietes der KV Westfalen-Lippe), etwa jenseits der Landesgrenze nach Niedersachsen.

3. Eine dritte Liste umfasst die stationären psychiatrischen Angebote, die von den Einrichtungen benannt wurden.

Die Listen wurden an die Einrichtungen weitergeleitet und erleichtern künftig das Auffinden konkreter Angebote und ermöglichen es den Einrichtungen, untereinander Kontakt aufzunehmen, um sich zu den Erfahrungen mit den genutzten Behandlungsangeboten auszutauschen.

Insgesamt zeigt sich bei den Angaben der Einrichtungen zu den Fachärztinnen und Fachärzten, dass in den meisten Fällen eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund steht. Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken leisten darüber hinaus auch eine Beratung der Mitarbeitenden und kommen auch eher in die Wohneinrichtungen (regelmäßig oder bei Bedarf) als dies niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte tun. Auch bei den stationären Angeboten steht nach Angaben der Einrichtungen eine medikamentöse Behandlung in der Regel im Vordergrund, die meisten stationären Angebote bieten zudem eine psychotherapeutische Behandlung der Menschen mit geistiger Behinderung sowie eine Beratung der Mitarbeitenden an. Von einigen Einrichtungen werden ein unzureichender Austausch zwischen der Klinik und der Einrichtung und Probleme bei der Entlassung und der Rückführung in die Einrichtung problematisiert.

22 der Einrichtungen geben an, mit akuten Krisen zu tun zu haben (6 häufig, 15 manchmal, eine Einrichtung selten). Von diesen geben jedoch nur fünf Einrichtungen an, bereits ein Konzept für den Umgang mit Krisen zu haben, bei weiteren fünf Einrichtungen befindet sich ein solches Konzept in Erarbeitung. Alle sechs Einrichtungen, die häufig mit Krisen konfrontiert sind, haben jedoch noch kein Krisenkonzept, bei zwei von ihnen wird derzeit eines erarbeitet.

Bei der Frage, welche Angebote die Einrichtungen bei akuten Krisen nutzen, wurde im Fragebogen differenziert nach internen und externen Angeboten und dabei jeweils noch differenziert nach Angeboten zur Unterstützung für die von der Krise betroffene behinderte Person und zur Unterstützung für die Betreuenden gefragt. Die Analyse von Angeboten zur Krisenintervention zielte darauf ab, den Einrichtungen vorhandene Ressourcen und relativ leicht umzusetzende neue Möglichkeiten des Umgangs mit Krisensituationen aufzuzeigen. Die Antworten der Einrichtungen deuten darauf hin, dass vielen diese Differenzierung schwer fiel. So wurden z.B. als interne Angebote häufiger auch externe Hilfen benannt und bei Angeboten für die von der Krise betroffene behinderte Person wurden des Öfteren Angebote angegeben, die

eher als Hilfen für die Betreuenden anzusehen sind (z.B. Supervision, Fallbesprechungen, Fortbildungen).

Bei den einrichtungsinternen Angeboten zur Unterstützung der von der Krise betroffenen Person wurden einige konkrete Maßnahmen (z.B. Bewegungs- und Entspannungsangebote, Deeskalationsmaßnahmen, Time out Raum, Bedarfsmedikation) und die Inanspruchnahme interner personeller Hilfen (z.B. Unterstützung durch Begleitenden Dienst oder Konsiliararzt) benannt. Zur Unterstützung der Betreuenden wurden ebenfalls konkrete Maßnahmen (z.B. Notrufsystem, Dienstvereinbarung zum Umgang mit Gewalt), personelle Unterstützung und interne Gesprächs- und Beratungsangebote angegeben. Bei den externen Angeboten wurden v.a. verschiedenste konkrete Adressen von Beratungsstellen, psychiatrischen Angeboten und Fortbildungsmöglichkeiten benannt. 17 Einrichtungen erleben Angebote zur Krisenintervention dennoch als nicht ausreichend. Nur fünf der Befragten geben an, dass sie in ausreichendem Maß auf Angebote zur Krisenintervention zurückgreifen können.

Auf die Frage, welche Angebote zur Krisenintervention sich die Einrichtungen wünschen, wurde am häufigsten der Wunsch nach **Fachberatung/Supervision für die Mitarbeitenden** genannt. Gewünscht wird v.a., dass die Beratung in der Einrichtung stattfindet und durch externe Berater oder Beraterinnen erfolgt.

Ein weiterer häufig benannter Wunsch bezieht sich auf **Therapie-/Gesprächsangebote für die Klientinnen und Klienten**, hier müsse es v.a. eine größere Auswahl an TherapeutInnen geben, die Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung haben, und Termine müssten zeitnah möglich sein. Weiterhin wurde eine Verbesserung der stationären Angebote (Kliniken mit fundierter Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung) und die Begleitung medikamentöser Behandlungen durch therapeutische Angebote angeregt. Das soziale Umfeld der Klientinnen und Klienten müsse zudem hinreichend berücksichtigt werden, insbesondere im Übergang zwischen stationärer Behandlung und der Entlassung).

Zusammenfassend lassen sich folgende Tendenzen und Empfehlungen aus der Befragung der Einrichtungen ableiten:

- Es zeigt sich ein Konzeptentwicklungsbedarf im Umgang mit Krisen sowie ein deutlicher Qualifizierungsbedarf bei den Mitarbeitenden zur Einschätzung von psychischen Störungen und problemangemessener Umgangsformen.
- Ein intensiverer Erfahrungsaustausch und eine gute Vernetzung der Einrichtungen wäre sinnvoll (z.B. durch gemeinsame Fachtage), die z. B. in ein trägerübergreifendes Beratungsangebot unter Nutzung der in den

Einrichtungen vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen münden könnte, um diese wechselseitig verfügbar zu machen („Transfermodell“).

- Es bestehen von Seiten der Einrichtungen eher Kontakte zu Psychiaterinnen und Psychiatern als zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Diese sind offenbar als unterstützende Instanzen bisher bei den Fachkräften der Behindertenhilfe nicht so sehr im Blick.
- Psychiatrische Hilfen (stationär und ambulant) fokussieren medikamentöse Behandlung, andere Behandlungsformen sind dort noch wenig im Blick.
- Weiterer Erhebungsbedarf besteht in Bezug auf die Einschätzung der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie (niedergelassene ÄrztInnen und Institutsambulanzen und stationäre Behandlungsbereiche), die in dem beschriebenen Projekt nicht befragt wurden.

In der Zusammenschau der beiden Befragungen zeigt sich, dass von den neun Psychotherapeutinnen, die bereit sind, sich in eine Liste für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eintragen zu lassen, bisher nur zwei auch von den Einrichtungen benannt wurden. D.h. es gibt weitere sieben Psychotherapeutinnen, die ihre Bereitschaft signalisiert haben, Menschen mit einer geistigen Behinderung zu behandeln, mit denen die an der Befragung teilgenommenen Einrichtungen bislang noch keinen Kontakt hatten.

Gesamtergebnis und Ausblick

Die Erhebung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zeigt eine recht hohe Bereitschaft von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Menschen mit geistiger Behinderung zu behandeln. Sie benennen allerdings auch deutlich notwendige Veränderungen von Rahmenbedingungen vor allem im Bereich der Finanzierung. Sehr deutlich votieren sie für eine Vorbereitung auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Aufnahme spezifischen Fachwissens über psychische Störungen bei geistiger Behinderung und entsprechender Behandlungsmethoden in die Ausbildung sowie in Fortbildungsangebote.

Die Ergebnisse der Erhebung wurden im Januar 2015 mit den Mitgliedern der AG „Herausforderndes Verhalten“ der Regionalkonferenz der Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt diskutiert. Am 19.02.2015 wurde über die Ergebnisse in der Regionalkonferenz berichtet. In der Diskussion wurde dafür plädiert, die Ergebnisse – entsprechend den Empfehlungen der o.g. Entschließung der Landesgesundheits-/Pflegekonferenz – in der Pflege- und Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt vorzustellen und zu diskutieren, welche Veränderungs- und Entwicklungsbedarfe sich auf regionaler Ebene ergeben.

Bei den von den Einrichtungen genannten Beratungsangeboten wurden einige bestehende Kooperationen mit Beratungsangeboten aus dem Feld der Familien- und Jugendhilfe benannt. Diese Kooperationen sind sicher ausbaufähig, offenbar bestehen aber auch hier Hindernisse und Schwierigkeiten. Daher wurde in einem anschließenden Projekt im Jahr 2015 eine Analyse der Chancen und Grenzen einer Vernetzung zwischen den Systemen Behindertenhilfe und Kinder-, Jugend- und Familienhilfe vorgenommen. Für dieses nunmehr vierte Teilprojekt im Rahmen der Kooperation mit der AG „Herausforderndes Verhalten“ der Regionalkonferenz der Einrichtungen und Dienste im Kreis Steinfurt konnten wiederum Masterstudierende aus dem Masterstudiengang „Teilhabeorientierte Netzwerke in der Heilpädagogik“ gewonnen werden, die die Erhebungen im Rahmen eines Lehrforschungsprojektes durchführen. Sie identifizierten Gelingensfaktoren und Hindernisse in der bisherigen Kooperation mit der Jugendhilfe – ein wichtiger weiterer Baustein in der inklusiven Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung auf lokaler Ebene.

Literatur

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin.
- FRÜCHTEL, F., BUDDE, W. (2010): Bürgerinnen und Bürger statt Menschen mit Behinderungen. In: *Teilhabe* 49 (2010) 2, 54-61.
- HÜLS, J. (2015): Die Wahrnehmung von psychischen Auffälligkeiten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung durch Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfe – Ergebnisse einer standardisierten Befragung (Masterthesis im Studiengang „Netzwerke in der Sozialen Arbeit – erforschen, leiten, beraten“). Münster.
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (2008): Psychische Störungen und Geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- MGEPA NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) (2013): EntschlieÙung der 22. Landesgesundheitskonferenz NRW. „Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern“ (22. November 2013), Düsseldorf.
- MOSER, G.: Die Auflösung des Geistig-Behindertenbereichs in Lengerich, in: BRADL, C., STEINHART, I. (Hrsg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Psychiatrieverlag, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 156-163.
- RENNER, S. (2002): Beratung von stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und einem spezifischen Eingliederungshilfebedarf aufgrund von zusätzlichen psychischen Störungen bzw. Behinderungen im Kreis Steinfurt. Projektbericht Januar 2000 - Juni 2002 (unv. Manuskript), Münster.
- SARIMSKI, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen, Hogrefe, Göttingen.
- SCHÄPER, S. (2003): Die Betreuung von Menschen mit besonderen Verhaltensschwierigkeiten in kleinen Wohnstätten – ein Ernstfall? In: Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensbesonderheiten (Dokumentation des Werkstatttreffens „Wissenschaft und Praxis im Dialog“ am 11. / 12. April 2003 in der Kinderheilstätte Nordkirchen). Münster 2003, 31-35.

THEUNISSEN, G. (2012): Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung. Eine Einführung in die Praxis, Lambertus-Verlag, Freiburg.

„Von einem der auszog, das Fürchten ,zu klären“ oder

Das Projekt „barrierefrei gesund“ als Ansatz zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistig Behinderung

Jürgen Rost

„Von einem der auszog das Fürchten zu klären“. Verzeihen Sie das Wortspiel mit dem Titel des bekannten Märchens der Gebrüder Grimm. Zudem müsste es natürlich korrekt heißen, „von einem Projekt, das auszog, das Fürchten zu klären“, nämlich dem Projekt „barrierefrei gesund“. Und natürlich ist es auch nicht nur Furcht, die z.B. einer psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung im Wege steht, aber ich behaupte, dass „Furcht“ zumindest einen nicht unwesentlichen Beitrag dazu liefert. Doch dazu später mehr.

Neben der Vorstellung des Projekts „barrierefrei gesund“ nehme ich die Sicht eines Wohnheimleiters ein. Das entlastet mich. Denn ich kann keine Ideen und Modelle zur Anpassung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren auf den Personenkreis der geistig behinderten Menschen anbieten. (Ich bin aber durchaus der Meinung, dass dies, wie am Beispiel der Adaption der Dialektisch-Behavioralen Therapie, DBT, nach Marsha LINEHAN für den Personenkreis der geistig behinderten Menschen geschehen ist, ein sehr sinnvoller Schritt ist.)

In meiner Arbeit als Wohnheimleiter geht es in der Regel darum, mit pragmatischen Lösungen Dinge am Laufen zu halten oder ins Laufen zu bringen. Davon kann ich Ihnen berichten und diese Arbeitsweise prägt auch das Projekt „barrierefrei gesund“.

Vorab noch einige Sätze zur Region, aus der ich komme und über die wir reden. Stuttgart ist eine Großstadt. Die Erfahrungen, die wir im Rahmen des Projekts gemacht haben, lassen sich aus meiner Sicht sicher nicht ohne Weiteres in ländliche Regionen oder Flächenlandkreise übertragen, bieten aber dennoch Anregungen und Impulse. In Stuttgart bieten aktuell neun Träger/Leistungserbringer ein breit gefächertes Angebot in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit und Bildung für Menschen mit geistiger Behinderung an. Vor den Toren der Stadt im Umkreis von 30 bis 50 Kilometern bieten weitere Träger im Rahmen von Groß- und Komplexeinrichtungen Hilfen an. Und mit Blick auf das Thema der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich, dass allein in Stuttgart (nicht in der Region) 384 Praxen für Psychotherapie zugelassen sind (vgl. KV Baden-Württemberg).

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Wohnverbundsleiter war und ist es in den letzten Jahren meine Aufgabe gewesen, stationäre Angebote zu verkleinern, also die Platzzahl zu reduzieren und stattdessen ambulante Angebote aus- und aufzubauen. Auf Grund dieser praktischen Erfahrungen sehe ich folgende Trends bzw. Gefahren auf Menschen mit Behinderung zukommen, ohne diese statistisch fundiert belegen zu können:

In den stationären Angeboten verbleiben zunehmend die Menschen mit schweren oder mehrfachen Behinderungen, oder die mit erheblichen Problemen in der sozialen Anpassung und herausfordernden Verhaltensweisen. Zeitgleich werden durch die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen die Einrichtungen immer kleiner. In Baden Württemberg sieht der Kommunalverband Jugend und Soziales (KVJS) vor, zukünftig nur noch Einrichtungen mit bis zu 24 Plätzen zu planen und zuzulassen. Die Ressourcen einer solch kleinen Organisationseinheit sind jedoch sehr begrenzt, da z.B. gruppenübergreifende beratende Dienste fehlen. Spezielle therapeutische Fachdienste und Angebote kann eine solch kleine Einheit kaum vorhalten, sondern nur im Verbund mit anderen Einrichtungen oder durch Gewinnung externer Ressourcen generieren. Selbst in Groß- und Komplexeinrichtung ist aus meiner Sicht ein langsamer Rückbau von Fachdiensten und therapeutischen Leistungen zu beobachten, da die Tagessätze eine Refinanzierung solcher Leistungen zusehends unmöglich machen. Unterm Strich wird für mich deutlich, dass Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen, die bisher noch durch Angebote in den Einrichtungen unterstützt waren, zukünftig vermehrt auf die Regelversorgung durch Niedergelassene angewiesen sein werden.

Ebenso habe ich in meiner Funktion als Wohnverbundsleiter die Erfahrung gemacht, dass im Rahmen der Ambulantisierung unserer Wohnangebote Menschen mit geistiger Behinderung in Stress- und Belastungssituationen, häufig reaktiv, deutlich mehr Symptome und Störungsbilder psychischer Erkrankungen zeigten, als dies vorher im Kontext der stationären Versorgung aufgefallen war. So kam es bei Menschen, die im stationären Kontext emotional stabil und kompetent wirkten, im Rahmen des Wechsels in die ambulante Versorgung zu schweren depressiven Störungen, Essstörungen oder Angst- und Ticstörungen. Für mich ist das ein deutliches Indiz dafür, dass die Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten in der selbständigen Haushaltsführung alleine nicht ausreicht, sondern ein Mensch mit geistiger Behinderung vor allem auch emotional befähigt werden muss, sein Leben außerhalb umfassend betreuender Strukturen zu meistern. Hier habe ich mir - damals wie heute - sehr die Unterstützung durch die Psychotherapie gewünscht.

Leider ist aber meine konkrete Erfahrung mit Psychotherapie für und mit Menschen mit geistiger Behinderung nach wie vor eine weitgehend leere Wüste, die darauf wartet, zum Blühen gebracht und gefüllt zu werden. Und so wie eine Wüstenerfahrung einem Menschen neue Horizonte öffnen kann, waren es auch die vielfältigen Erfahrungen von Mangel und Mängeln, die das Projekt „barrierefrei gesund“ ins Leben gerufen haben.

Das Projekt „barrierefrei gesund“ wird ermöglicht durch eine Projektförderung der Aktion Mensch mit einer Laufzeit über drei Jahre. Wesentliche Ziele des Projekts waren zum einen eine Analyse der Ist-Situation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Stuttgart, zum zweiten die Entwicklung von Verbesserungen der festgestellten Probleme in einem breit angelegten Dialogprozess. So stand am Beginn des Projekts zunächst eine längere Phase zum Aufbau von Kontakten und zur Gewinnung von Projekt- und Gesprächspartnern. Im Projektbeirat sitzen mittlerweile bis zu 31 Mitglieder unterschiedlichster Organisationen, Körperschaften und Träger und arbeiten gemeinsam am Thema der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Stuttgart.

Neben den fünf großen Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe in Stuttgart beteiligen sich nun unter anderem die Ärztekammer Nordwürttemberg und die Ärzteschaft Stuttgart, die Landespsychotherapeutenkammer und die Landeszahnärztekammer, das Landesgesundheitsamt, die Stadt Stuttgart mit verschiedenen Vertretern und der Kommunalverband, das Klinikum Stuttgart sowie Vertreter weiterer Stuttgarter Kliniken wie das Marienhospital, das Diakonie Klinikum bis hin zu Vertretern der AOK Stuttgart Böblingen aktiv am Projekt „barrierefrei gesund“. Es sind aber auch Menschen mit Behinderungen und Vertreter und Vertreterinnen aus Selbsthilfegruppen wie dem Zentrum Selbstbestimmt Leben und Angehörigenvertreter selbstverständlich mit dabei.

Die Klärung der Ist-Situation erfolgte durch eine breit angelegte sozialwissenschaftliche Analyse, die wir gemeinsam mit dem Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Susanne SCHÄFER-WALKMANN in Stuttgart von Herbst 2013 bis Herbst 2014 durchgeführt haben. In der qualitativen und quantitativen Analyse wurden Vertreterinnen und Vertreter von fünf Fokusgruppen zunächst qualitativ in bis zu 90minütigen Interviews und dann quantitativ über einen Fragebogen. An der quantitativen Befragung haben bei 3000 versandten Fragebögen 601 Menschen aktiv teilgenommen. Die Ergebnisse der Studie wurden vom Lambertus Verlag unter dem Titel „Barrierefrei gesund“ veröffentlicht (SCHÄFER-WALKMANN et al. 2015).

Ein interessanter Aspekt bei der Studie war die Verteilung der Rückläufe. So haben wir ungefähr die Hälfte der Antworten von medizinischen Versorgern erhalten und die andere Hälfte von Angehörigen, gesetzlichen Betreuern oder Professionellen aus dem System der Eingliederungshilfe. Ungewöhnlich dabei war vor allem, dass in vielen Punkten Einigkeit zwischen den beiden Repräsentantengruppen herrschte, die sich im Ergebnis auf einen Satz zusammenfassen lässt: *„Angebotsvielfalt bedeutet keinesfalls Versorgungssicherheit! Auch in einem Sozialraum wie Stuttgart, mit einem umfangreichen und ausdifferenzierten Angebot an sozialen und gesundheitlichen Hilfen, werden Menschen mit einer geistigen Behinderung aus ganz unterschiedlichen Gründen daran gehindert, ihr Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung wahrnehmen zu können.“* (SCHÄFER-WALKMANN et al., 2015, S. 12)

Nun kommen wir zum ‚Fürchten‘. Interessant an den Ergebnissen der Studie „Barrierefrei gesund“ (ebd.) ist, dass neben ganz habhaften, klassisch bekannten Barrieren wie zum Beispiel nicht geeignete Räumlichkeiten oder Settings, in erheblichem Maße nicht-dingliche Barrieren eine große Rolle spielen. Dies sind zum Beispiel Unsicherheiten in der Kommunikation oder im Umgang mit dem Personenkreis bis hin zu Stigmatisierungen und Haltungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung die eine Behandlung bzw. eben auch die „Nicht-Behandlung“ beeinflussen. Und sind erste Hürden überwunden und es kommt zu einer Behandlung, so bleibt die „gelingende“ Kommunikation als zentraler Faktor einer „gelingenden“ Versorgung eine wesentliche Schwierigkeit. Gerade im Bereich der Psychotherapie scheint mir dies in besonderem Maße zuzutreffen.

Als weitere wesentliche Barriere in der Versorgung sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen ausgemacht worden. Der Mangel an Zeit und eben auch ein Mangel in der angemessenen Vergütung für die Behandlung behindern die Versorgung oder lassen es erst gar nicht zu einer Behandlung kommen. Für mich als „nicht-medizinischer“ Versorger war es an dieser Stelle sehr interessant und wichtig, im Rahmen des Projekts viel über die Abrechnung und Vergütung medizinischer Leistungen zu erfahren und zu lernen. Denn dieses Wissen eröffnet wiederum Räume, zum Beispiel für Überlegungen, inwieweit wir mit Mitteln der Eingliederungshilfe bereit sind, Leistungen, die über das SGB V nur unzureichend oder schlecht finanziert sind, finanziell zu subventionieren oder einzukaufen, um so die notwendige Behandlung und Qualität zu erreichen. Dies weist schon auf einen weiteren wesentlichen Hemmschuh in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung hin, nämlich die Schnittstellen der Versorgung.

Denn neben dem Patient bzw. der Patientin und dem Behandelnden (also Arzt/Ärztin oder Therapeut/Therapeutin) spielen Angehörige, gesetzliche

Betreuer und weitere Bezugspersonen wie Mitarbeitende der Eingliederungshilfe eine erhebliche Rolle. Sie erfordern aber auch ein „Mehr“ an Kommunikation an diesen Schnittstellen, sowie einen reflektierten Umgang mit den unterschiedlichen Rollen, um eine barriere- und diskriminierungsfreie Behandlung zu gewährleisten. Dies wiederum setzt voraus, dass die jeweiligen Akteure Wissen und Kenntnis um das jeweils andere System haben.

Und schließlich macht die Studie noch deutlich, dass Versorgungsqualität da entsteht und entstehen kann, wo an vielen der vorgenannten Punkte und Aspekte gearbeitet worden ist und so im besten Sinne Barrierefreiheit hergestellt wurde.

Die Forschenden um Schäfer-Walkmann vom IfaS haben uns am Ende der Studie aus ihrer Forschungssicht den Auftrag mit auf den Weg gegeben, aus dem „behindernden Nebeneinander zwischen Gesundheitsversorgern und der Behindertenhilfe ein zukunftsfähiges Miteinander zu entwickeln“ (vgl. SCHÄFER-WALKMANN & TRAUB, 2014). Es geht um das Bemühen, aus fehlenden Angeboten, Verständigungsproblemen und dem Mangel allerorten ein gelingendes System des Miteinanders aufzubauen, das von Kooperation und Transparenz geprägt ist und schlicht versucht, die Barrieren in der Versorgung abzubauen und aufzulösen.

Als zentrale Schwerpunkte dieser Annäherung der Systeme bezeichnete die Forschungsgruppe:

1. die Weiterentwicklung von Kommunikations- und Prozessstandards an der Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Behindertenhilfe;
2. die Entwicklung und Bereitstellung von Informationsmaterial in zielgruppengerechter Sprache (ich möchte an dieser Stelle ergänzen, dass es aus meiner Sicht auch um die „Übersetzung“ von „Verfahren“ wie am Beispiel DBT geht);

3. Fort- und Weiterbildungsangebote für die verschiedenen Zielgruppen (ebd.).
Darüber hinaus empfahl sie den Aufbau einer Netzwerkstruktur, die die gesundheitlichen Versorger und die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe miteinander verbindet und so für Menschen mit geistiger Behinderung adäquate Angebote und Versorgungsstrukturen sicherstellen hilft.

Die Studie „Barrierefrei gesund“ hat nichts grundlegend Neues zu Tage gefördert, was nicht intuitiv und aus der Alltagserfahrung vorher schon bekannt und deutlich war. Aber die Studie war Anlass und Aufhänger, die unterschiedlichen Versorger und Akteure zusammenzubringen, zum Thema zu sensibilisieren und in den Dialog zu kommen. Damit haben wir keine Lösungen oder gar Patentrezepte hervorgebracht, aber wir konnten kleine Impulse geben, die wiederum Dinge in Bewegung gebracht haben.

Erläutern möchte ich dies am Beispiel der Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg: Wir sind mit der Landespsychotherapeutenkammer nun seit etwa vier Jahren in Kontakt und gutem Austausch. Dabei nimmt die Kammer den „Wunsch“ von uns Trägern der Eingliederungshilfe nach einem Mehr an psychotherapeutischen Angeboten sehr ernst und hat ihrerseits Schritte eingeleitet. So gab es landesweit in Baden Württemberg Fachveranstaltungen der Kammer zum Thema Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung, die von den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit großem Interessen aufgenommen und frequentiert worden sind. Zudem boten diese Veranstaltungen auch ein Forum für den kollegialen Austausch zum Thema. Im Rahmen dieser Veranstaltungen erstellte die Landespsychotherapeutenkammer zudem eine Liste mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die offen und bereit für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung sind. In der Praxis hat mir diese Liste zum Beispiel nun zu einer Psychotherapie für eine Bewohnerin unserer Einrichtungen verholfen. Und diese Liste eröffnet weitere Möglichkeiten. Immer wieder bin ich für die Teams auf der Suche nach Fallsupervision und Beratung. Durch die Liste kann ich hier Fachleute anfragen, die mit dem Blick von Außen ein Team in der heilpädagogischen Intervention unterstützen können.

Ein weiterer Impuls war, dass die Landesärztekammer gemeinsam mit der Landespsychotherapeutenkammer Fort- und Weiterbildungen zum Thema Medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung anbieten will. Diese sollen noch im Jahr 2016 beginnen.

Doch Erfolge gab es aus meiner Sicht nicht nur in der Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer. Das Klinikum Stuttgart als größter Stuttgarter Krankenhausversorger gründete im Sommer 2015 einen Beirat für die Belange behinderter Menschen im Klinikum, in dem leitende Ärztinnen und Ärzte, Pflegedirektion und Sozialdienst zusammenarbeiten und die Betreuung, Begleitung und Nachsorge von Menschen mit Behinderung im Klinikum zu verbessern suchen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überarbeitete ihre Onlinearztsuche und ergänzte diese um das Kriterium „Barrierefreiheit“. Auch ganz praktisch entstanden Kooperationsprojekte zwischen Pflegeschulen der Kliniken und Trägern der Eingliederungshilfe mit dem Ziel, die Auszubildenden der Pflegeschulen mehr an das Thema „Menschen mit geistiger Behinderung“ heranzuführen. Dadurch, dass wir Gelegenheit hatten, die Ergebnisse unserer Studie dem Gemeinderat in Stuttgart vorzustellen, konnten wir auf der Ebene der Politik den Weg zur Gründung eines Medizinischen Behandlungszentrums für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) nach dem neuen §119 c Versorgungsstärkungsgesetz ein wenig flankieren und dafür politische Unterstützung gewinnen.

Aktuell beschäftigen wir uns in der letzten Phase unseres Projekts damit, die zusammengetragenen Informationen in einem kleinen Faltblatt in einfacher Sprache aufzubereiten. Und wir wollen den von den Stuttgarter Krankenhäusern verwendeten Überleitungsbogen um Punkte ergänzen, die für die Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung relevant sind.

Als sehr spannend erlebe ich gerade den noch durch das Projekt „barrierefrei gesund“ angestoßenen und begleiteten Prozess, bei dem sich vier Stuttgarter Kliniken gemeinsam mit vier Trägern der Behindertenhilfe auf den Weg machen, um ein MZEB zu gründen. Damit verbunden ist für uns stets die Frage, wie Menschen mit Behinderung im Krankenhaus besser begleitet und betreut werden können, und wie und wo sie andererseits ein angemessenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot zu Gesundheitsfragen erhalten können. Ich bin sehr gespannt, wie dieser Prozess weitergeht.

Bleibt zum Schluss die Frage, was wir mit dem Projekt „barrierefrei gesund“ in Stuttgart bewirken konnten. Inwieweit wir einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder genauer - denn darum geht es ja in dieser Fachtagung - zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung leisten konnten? Dürfen wir am Ende unserer Projektlaufzeit im April 2016 unser Projekt mit dem märchenhaften Satz „und alle waren glücklich und zufrieden bis an ihr Lebensende“ abschließen? Natürlich nicht.

Aber es ist im Rahmen der Studie „Barrierefrei gesund“ gelungen, deutlich zu machen, welchen doch immensen Beitrag das ‚Fürchten‘ in Form von Unwissen, Vorbehalten, Vorurteilen und Haltungen ausmacht und so eine erforderliche Behandlung oder Psychotherapie bei einer Niedergelassenen oder einem Niedergelassenen verhindern oder behindern kann.

Daran lässt sich etwas ändern (und wir haben es getan), indem Austausch und Vernetzung angeregt werden, indem sich die Akteure vor Ort zum Thema in Verbindung setzen, indem Orte zum Dialog angeboten werden. Austausch heißt dabei durchaus gegenseitiger Austausch. Für mich war es genauso wertvoll, etwas über Leistungsabrechnungen mit der KV zu erfahren, wie es vielleicht für eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten wichtig ist, zu wissen, wie sich der Alltag in einer Wohneinrichtung gestaltet. Über das Projekt sind für mich viele Kontakte entstanden und ich konnte Wissen sammeln, von dem ich heute in meiner Arbeit als Wohnverbundsleiter sehr profitiere. Diesen Profit gilt es zu verstetigen und personenunabhängig verfügbar zu machen.

Und noch wichtiger wäre es mir, nicht nur auf der Metaebene über etwas zu reden, sondern etwas zu tun. „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“ sagte Erich Kästner. Ich kann aus meiner Sicht nur Mut machen, an die Wirksamkeit eines therapeutischen Settings, therapeutischer Methoden und therapeutischer Beziehungen zu glauben und mutig Wege in der

Kommunikation zu suchen. Manche Behandlung wird scheitern, doch sicher auch Vieles gelingen. Mit Blick auf die Schnittstellen und Rollen muss man dabei sicher immer sehr achtsam, aber dennoch offen in jedem Einzelfall klären, inwieweit Bezugspersonen aus professioneller Betreuung und Familie in die Behandlung einbezogen werden.

Ein Kinder- und Jugendlichentherapeut hat einmal in einem Gespräch das Bild verwendet, die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung sei wie ein Kabel, „für das man keine Steckdose findet“. Aus meiner beruflichen Erfahrung rate ich dazu, ‚einfach‘ zu bleiben. In der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung geht es darum, kleinschrittig, anschaulich, allsinnlich und mit der gebotenen Langsamkeit zu arbeiten und ggf. auch sehr häufig und geduldig zu wiederholen. Das ist einfaches heilpädagogisches Handwerkszeug.

Doch viel wichtiger erscheint mir, dass man sich überhaupt auf den Weg macht, dass Psychotherapie als Mittel in der Begleitung geistig behinderter Menschen regelmäßig genutzt wird, dass Strukturen auf beiden Seiten klar sind, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Ansprechpartner, eine Ansprechpartnerin für den reflektierenden Austausch hat oder - von der anderen Seite her betrachtet - dass ich als Wohnheimleiter ggf. auch ganz klar bereit bin, für eine Beratungsleistung oder Fallsupervision o.ä. zu bezahlen, denn das ist keinesfalls eine Kassenleistung.

Mit der Erfahrung des Projekts „barrierefrei gesund“ im Hintergrund, kann ich Sie also nur ermuntern und ermutigen, das „Fürchten zu klären“, Orte für Austausch und Dialog über das Problem zu schaffen und sich mit lokalräumlichem Bezug gemeinsam auf den Weg zu machen. Dann wird das „Kabel“ eine „Steckdose“ finden.

Literatur

- KV (Kassenärztliche Vereinigung) Baden-Württemberg, Arztsuche, verfügbar im Internet: <http://www.arztsuche-bw.de/> (Abruf 05.06.2016)
- SCHÄFER-WALKMANN, TRAUB, HÄUSSERMANN, WALKMANN, CARITASVERBAND STUTTGART e.V. (Hg.) (2015): Barrierefrei gesund. Lambertus, Freiburg.
- SCHÄFER-WALKMANN, S. & TRAUB, F (2016): „Barrierefrei gesund?!“ Eine sozialwissenschaftliche Studie in Stuttgart zeigt Wege auf. Vortrag, gehalten am 26.11.2014 auf dem Fachtag „Barrierefrei gesund“ in Stuttgart.

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin Pankow

Yvonne Tenner-Paustian

Zuerst möchte ich mich kurz vorstellen: Ich bin Psychologische Psychotherapeutin und seit 15 Jahren im Bezirksamt Pankow von Berlin als Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatorin tätig. Insgesamt arbeite ich seit 35 Jahren in diesem Bezirk im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Der Bezirk Pankow ist mit ca. 390.000 Einwohnern der einwohnerstärkste Bezirk in Berlin. Hier arbeiten ca. 2000 Menschen mit geistiger Behinderung in acht Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und ca. 1700 Menschen mit geistiger Behinderung werden durch 25 freie Träger der Behindertenhilfe in diversen Wohnformen betreut.

In einer Arbeitsgemeinschaft (AG Menschen mit geistiger Behinderung), die als thematische Arbeitsgemeinschaft unter dem Dach der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) existiert, treffen sich monatlich Mitarbeiter aller im Bezirk tätigen Behindertenhilfeträger Mitarbeiter der Eingliederungshilfe des Sozialamtes sowie Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bereits seit 2002 gibt es, initiiert durch diese Arbeitsgemeinschaft, verschiedenste Aktivitäten, die sich um die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ranken.

Einige Initiativen des Bezirkes Pankow

- Erstellung von drei Psychotherapeutenlisten, die 2005 an die Psychotherapeutenkammer Berlin übergeben wurden (Psychologische Psychotherapeuten, die in eigener Praxis arbeiten, Psychologische Psychotherapeuten, die in Institutionen arbeiten und eine Liste ärztlicher Psychotherapeuten in Niederlassung).
- Die Tagungsreihe „Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung“, die sich explizit an alle im Bereich der Behindertenhilfe tätigen Berufsgruppen richtet, startete 2004. Veranstalter waren zu Beginn das Bezirksamt Pankow von Berlin gemeinsam mit der Psychotherapeutenkammer Berlin. Später kamen als Veranstalter die DGSG (2008 und 2009) und das evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (seit 2008) dazu.
- Im Rahmen der Tagungsreihe wurden durch die Veranstalter Psychotherapeutengespräche initiiert. Diese werden seit 8 Jahren nunmehr in einem Arbeitskreis der Psychotherapeutenkammer Berlin fortgeführt.

- Drei Befragungen in den Pankower Behinderteneinrichtungen wurden durchgeführt (zu der Versorgungssituation in Einrichtungen, zu Vermittlungsproblemen bei psychotherapeutischem Behandlungsbedarf und eine Abfrage zu der personellen Situation in den Behinderteneinrichtungen bezogen auf die Berufsgruppe der Psychotherapeuten).

Die genannten Befragungen zeigen deutlich die Probleme in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich der Möglichkeiten, eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.

Beispielhaft möchte ich kurz einige Ergebnisse der Befragung von 2010 darstellen. Es wurden 23 Wohneinrichtungen über ihre Erfahrungen bei der Suche nach Psychotherapie für die von ihnen betreuten Klientinnen und Klienten befragt. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass pro Klient/in bis zu 30 Anrufe/Anfragen notwendig waren. In den meisten Fällen blieb es bei Absagen mit folgenden Begründungen:

- überfüllte Praxis
- bis zu 2 Jahren Wartezeiten
- keine Erfahrungen mit diesem Klientel
- keine barrierefreie Praxis.

In den wenigen Fällen, in denen eine Zusage für einen ersten Termin gegeben wurde, waren es u.a. Probleme seitens der Einrichtungen, die einen Kontakt unmöglich machten. Dies waren z.B. die personellen Voraussetzungen in den Einrichtungen, die eine Begleitung der Klienten nicht ermöglichten, oder eine Klientin oder ein Klient verweigerte zum anstehenden Termin selbst die Kontaktaufnahme.

Die letzte Befragung in den Behindertenhilfeeinrichtungen (2015) zielte darauf ab, zu ermitteln, wie viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten noch in Wohneinrichtungen beschäftigt sind. Hier wurde sehr deutlich, dass die Zahl der in Institutionen beschäftigten Psychologinnen/Psychologen und psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Vergleich zum Jahr 2004 geringer war. Von den befragten 23 Wohneinrichtungen haben 22 geantwortet. Es sind danach noch in 13 Einrichtungen 19,5 Stellenanteile für die psychologische/psychotherapeutische Beratung und Behandlung (davon 6,5 Stellen für psychologische Psychotherapeuten) vorhanden.

Die aktuelle Situation im Bezirk Pankow:

- Von den 80-210 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die in Pankow arbeiten, haben lt. Psychotherapeutenkammer nur drei angegeben, auch mit Menschen mit Intelligenzminderung zu arbeiten.
- Elf Klientinnen und Klienten erhielten psychotherapeutische Leistungen über Eingliederungshilfe im Rahmen des spezialisierten Leistungstyps Therapeutisch Betreutes Einzelwohnen (TBEW) durch die Heilpädagogische Ambulanz Berlin.
- In den Einrichtungen der Behindertenhilfe findet keine psychologische Psychotherapie mehr statt.
- In der seit 2005 in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des St. Joseph Krankenhauses Berlin Weissensee (SJKH) stattfindenden Spezialsprechstunde für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen wurden ca. 100 Klientinnen und Klienten in der Ambulanz und ca. 100 Klientinnen und Klienten in den Wohneinrichtungen betreut. Dies beinhaltet stützende psychotherapeutische Gespräche und fachärztliche Behandlung, Gruppenangebote und Teamberatungen in und für Einrichtungen.
- Im Rahmen eines spezialisierten Angebotes des Berliner Krisendienstes wurden 98 Gespräche mit 46 Pankower Bürgerinnen und Bürgern mit Intelligenzminderung geführt.

Von den befragten Trägern der Behindertenhilfe des Bezirkes wurden weiterhin folgende Probleme benannt:

- Es sind kaum niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu finden, die Termine oder Bereitschaft zur Behandlung der Klienten mit Intelligenzminderung haben.
- Es bestehen lange Wartezeiten auf die stationäre Aufnahme im Behandlungszentrum des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (in der Regel 3 Monate).
- Auch die Wartezeiten auf Aufnahme in die PIA des spezialisierten Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge sind zu lang (ab 3 Monate).

Fazit aus den vergangenen Jahren

In den letzten 10 Jahren lässt sich eine deutliche Zunahme an fachlichen Diskussionen über Fragen der Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung beobachten. Die Psychotherapeutenkammern einiger Länder haben das Thema intensiv in ihre Arbeit übernommen. Im Bezirk Pankow sind durch die Bildung von Netzwerken und die Verstärkung der Kooperationen der Behinderteneinrichtungen, des zuständigen

Fachkrankenhauses und des öffentlichen Dienstes positive Synergieeffekte entstanden.

Trotzdem gibt es kaum Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, die sich für den Personenkreis zuständig sehen. In den Behinderteneinrichtungen findet keine Psychotherapie mehr statt, obwohl gerade die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die noch in Behinderteneinrichtungen arbeiten, hohe fachliche Kompetenzen haben. Die Krankenkassen sind mit der Übernahme der Versorgungsverpflichtung für den Personenkreis der Menschen mit Intelligenzminderung nach wie vor sehr „zurückhaltend“. In der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist das Thema „Menschen mit Intelligenzminderung“ immer noch nicht angekommen.

Forderungen zur Verbesserung der Versorgungssituation

Versorgungsauftrag der Krankenkassen

- Modifizierung der Rahmenbedingungen der Richtlinienverfahren
- Sonderbedarfszulassungen für Ambulanzen in Einrichtungen oder für einzelne Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Erleichterung der Therapie über Erstattungsverfahren nach § 13 Absatz 3 SGB V

Aus- und Fortbildung

- feste Integration des Themas geistige Behinderung in die Ausbildung
- Intensivierung der Fortbildungen für Mitarbeiter in Einrichtungen (multiprofessionell)

Forschung

- Intensivierung der Forschung (u.a. zu spezifischen Therapieverfahren)

Eingliederungshilfe nach § 53/54 SGB XII

- Integrierte psychologische oder ärztliche Psychotherapie muss als Bestandteil in die Leistungsbeschreibungen der einzelnen Leistungstypen aufgenommen werden. Nur damit wird die hohe fachliche Kompetenz der in Einrichtungen tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne der Klientinnen und Klienten wirksam.

Zusammenfassung der Podiumsdiskussion zur Barrierefreien Psychotherapie mit

**Ulrich Clever, Jürgen Doebert, Claudia Köppen,
Dietrich Munz, Martin Rothaug und Roland Straub**

Moderation und Zusammenfassung

Sabine Schäper & Jan Glasenapp

Die Podiumsdiskussion wurde mit der Frage nach dem Zugang der Teilnehmerin und der Teilnehmer zur Arbeit mit diesem Personenkreis eröffnet.

KOEPPEN, Behindertenbeauftragte der Psychotherapeutenkammer Berlin, arbeitete 10 Jahre für die Heilpädagogische Ambulanz Berlin als Psychotherapeutin für Menschen mit Lernschwierigkeiten/ geistiger Behinderung und ist inzwischen in eigener Praxis niedergelassen. Sie erlebt in den Therapien die gleichen existentiellen Themen wie bei allen Menschen. Menschen mit geistiger Behinderung profitieren dabei von Psychotherapie, gerade neuere Zugänge durch die Erkenntnisse u.a. der Traumatherapie lassen sich aus ihrer Sicht gut anwenden.

ROTHAUG, Behindertenbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Berlin hat schon im Studium Psychotherapie und Behinderung als Unterrichtsfach studiert, dann als langjähriger Psychologe und Psychotherapeut in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe die gute und hilfreiche Unterstützung durch Psychotherapie für Menschen mit leichter bis schwerer geistiger Behinderung selbst erlebt und findet Psychotherapie für diesen Personenkreis unverzichtbar und benennt sie im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention als Menschenrecht.

MUNZ, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), berichtet von einer Klientin, die er vor vielen Jahren behandelt hatte und die Schwierigkeiten in der Diagnostik. Diese und ähnliche Erfahrungen waren Anlass für die Gründung des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ in der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg, deren Präsident MUNZ u.a. ist.

CLEVER, Präsident der Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg, Beauftragter der Bundesärztekammer (BÄK) für Menschenrechte, aber in erster Linie niedergelassener Gynäkologe, behandelt in seiner Praxis immer wieder auch Frauen mit Intelligenzminderung. Er weist auf die Bedeutung der Haltung hin, mit der diesen Menschen begegnet wird. Schwierigkeiten im Praxisalltag ergeben sich aus seiner Sicht aber hauptsächlich durch körperliche

Beeinträchtigungen. Als Niedergelassener könne er nachvollziehen, dass es Kolleginnen und Kollegen vermeiden, zur präferierten „Adresse“ für Menschen mit Behinderungen zu werden, um in der Praxis nicht nur ausschließlich Menschen mit Intelligenzminderung zu behandeln – ein Dilemma, das nicht leicht zu lösen sei. CLEVER zeigte sich beeindruckt von der Veranstaltung und dem Engagement der DGSGB für diesen Personenkreis. Nur durch ein entsprechendes Engagement kämen Menschen mit geistiger Behinderung in das Bewusstsein, er habe erst lernen müssen, dass Psychotherapie mit diesem Personenkreis überhaupt möglich sei. Dabei erweise sich die Kooperation zwischen der Landesärzte- und der Landespsychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg als sehr hilfreich.

STRAUB, Behindertenbeauftragter der LPK Baden-Württemberg, zuvor viele Jahre klinisch und wissenschaftlich tätig als Psychotherapeut mit Schwerpunkt Depression am Zentrum für Psychiatrie Weissenau, berichtet von seinem unmittelbaren persönlichen Zugang in der Verwandtschaft. In der Arbeit habe er immer wieder Menschen mit Intelligenzminderung im Rahmen seiner Tätigkeit in der Depressionsambulanz behandelt. Im Vorstand der LPK habe er die Aufgabe übernommen, den Auftrag der Vertreterversammlung umzusetzen und einen Arbeitskreis mit Experten ins Leben zu rufen. Hierzu seien zunächst Kolleginnen und Kollegen mit Expertise in diesem Arbeitsfeld gesucht und eingeladen worden, die dann in regelmäßigen Sitzungen Ziele formulierten und z.B. entschieden, regionale Fortbildungen zu organisieren mit dem Ziel, dass sich dann die Arbeit in Qualitätszirkeln weiterentwickeln würde. Zusätzlich seien Materialien erarbeitet worden, die über die LPK zur Verfügung gestellt werden.

DOEBERT, niedergelassener Psychotherapeut, engagiert sich langjährig berufspolitisch und hat dabei innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) viele Aufgaben übernommen, u.a. als Ansprechperson für die Belange von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Daher kenne er die Strukturen und Arbeitsweisen der KBV. Auch er berichtet von persönlichen Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung, doch in seiner Praxis habe er auch schon behinderte Patientinnen und Patienten behandelt, was er als sehr „spannend“ erlebt habe.

Bezüglich der KBV sagt er: „Da sind wir die Behinderten!“ Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten hätten einen besonderen, manchmal auch schweren Stand. Zur Vorbereitung auf die Veranstaltung habe er sich aber ein paar Daten geben lassen: Danach hätten im Jahr 2014 etwa 4.500 Psychotherapeutinnen und -therapeuten Leistungen abgerechnet für Patientinnen und Patienten, die auch eine F7-Diagnose hatten. Der Löwenanteil mit 3.700 sei dabei jedoch im Bereich KJP angesiedelt. Ungefähr 7.000 Patientinnen und Patienten seien in diesem Zeitraum behandelt worden, die

meisten von ihnen verhaltenstherapeutisch, jedoch seien 40% auch tiefenpsychologisch und analytisch behandelt worden, was ihn sehr freuen würde. „Offenbar hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Behinderte auch ein Unbewusstes haben.“ Von diesen Patientinnen und Patienten seien 2.800 unter 20 Jahre alt gewesen und 170 über 60 Jahre. Alle, die mit diesen Zahlen befasst gewesen seien, hätten gesagt: „Doch so viele?!“ Andererseits hätten in der gleichen Zeit insgesamt 350.000 Patientinnen und Patienten mit und ohne Behinderungen eine Behandlung begonnen.

Im Austausch fassen SCHÄPER und GLASENAPP die Tagung zusammen:

Viele Menschen mit Intelligenzminderung litten an psychische Erkrankungen, oft blieben ihre psychischen Probleme jedoch unerkannt, würden in ihrer Brisanz fehleingeschätzt oder der Behinderung zugeschrieben. Inzwischen gäbe es aber viele spannende Therapieansätze und Möglichkeiten zu deren Umsetzung. SCHÄPER beschreibt dabei als „Knackpunkt“ der psychotherapeutischen Versorgung dieses Personenkreises die Herausforderung Vernetzung. „An den Schnittstellen der unterschiedlichen Hilfesysteme gibt es unglaublich viele Hindernisse, aber auch Lernmöglichkeiten. Wir haben uns daran gewöhnt, in diesen versäulten Hilfesystemen zu denken und schauen selber gar nicht mehr, was denn die Kollegen in den anderen Systemen machen und welche Erfahrungen sie für eine gute Versorgung zur Verfügung stellen können. Dabei kann es sehr spannend sein, interdisziplinäre und hilfesystemübergreifend zu denken und zu arbeiten.“ Es gäbe im Alltag viele gemeinsame Fragen, aber wenig gemeinsame Räume, diese Fragen zu diskutieren und Erfahrungen wechselseitig nutzbar zu machen.

Als Präsident der BPtK berichtet MUNZ, dass er gerade mit vielen Baustellen zu tun habe, u.a. mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes und damit der Gestaltung der zukünftigen Ausbildung. Auf die Frage nach der Bedeutung von Vernetzung verweist er auf die LPKs, die Aufgaben der BPtK sehe er eher darin, auf Gesetzgebungsverfahren Einfluss zu nehmen, z.B. mit dem Ziel, dass aufgrund der Prävalenz für psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in den Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung (MZEB) auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorgehalten würden. Der Gesetzgeber habe diesen Vorschlag in dem vorgelagerten Beratungsprozess zwar aufgegriffen, jedoch letztlich nicht im Gesetz berücksichtigt.

Über das Thema Vernetzung im Rahmen der LPKs hinaus sehe er eine dringliche Aufgabe diesbezüglich in der Ausbildung. „Wir müssen lernen, vernetzt zu arbeiten.“ Dies sei besonders bei den Erwachsenen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten noch nicht so verankert. Ihm sei aufgefallen, dass zwar allein mengenmäßig es häufig um die Behandlung

Erwachsener ginge, jedoch die KJP für die Behandlung behinderter Menschen oft die besseren Konzepte hätten und besser ausgebildet seien, mit den Entwicklungsdefiziten umzugehen. Berufsrechtlich sei die Behandlung Erwachsener durch KJP jedoch problematisch, die Kammern würden bei diesem Thema oft die Augen zudrücken. Grundsätzlich sei in dem Feld wichtig, auch mit den Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten arbeiten zu können.

Die Kammern würden das Berufsrecht regeln, die Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen die Verteilung der Gelder. Daher stellt GLASENAPP die Frage an DOEBERT, ob er als Insider des KV-Systems Möglichkeiten sehe, finanzielle Anreize für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung zu schaffen. DOEBERT verweist darauf, dass der grundsätzliche Kampf um eine angemessene Vergütung für psychotherapeutische Leistungen in den KVen eine seiner Hauptaufgaben sei. Einflussnahme im System der KVen sei aber grundsätzlich schwierig. Er verweist auf die Stellungnahme der DGSGb zur Reform der Psychotherapeuten-Richtlinien (PT-RL), die an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) versandt worden sei. In diesem würden die psychotherapeutischen Leistungen definiert. Er sehe Schwierigkeiten eher bei den Krankenkassen. Daher wolle er den Rat geben, über den Spitzenverband der Krankenkassen auf die Belange von Menschen mit Behinderungen hinzuweisen, der innerhalb des GBAs eine zentrale Rolle einnehme. Der Gesetzgeber würde letztlich bezüglich Details wie der Behandlung bestimmter Personengruppen auf den GBA und den Bewertungsausschuss in der Selbstverwaltung verweisen. Ein Erfolg der Vergangenheit sei beispielsweise eine etwas höhere Grundpauschale gewesen. Veränderungen gäbe es auch bezüglich der Psychotherapie-Richtlinien, z.B. erlaube die zukünftige Formulierung „Index-Patient“ die leichtere Einbeziehung von Bezugspersonen. Darüber hinaus gäbe es Ideen zur Erarbeitung von Verträgen im Rahmen des Innovationsfonds, mit denen die Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen gefördert werden könne. Grundsätzlich sollten alle Veränderungen für alle Menschen gelten, so habe er in verschiedenen Gesprächen, z.B. mit Gutachterinnen und Gutachtern, die Rückmeldungen bekommen, dass Menschen mit Behinderungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen würden.

GLASENAPP fragt ihn nach seiner Einschätzung bezüglich neuen Verträgen in der psychotherapeutischen Versorgung und deren Nutzung für diesen Personenkreis. DOEBERT verweist darauf, dass diese Verträge davon leben würden, dass engagierte Kolleginnen und Kollegen sich regional zusammenschließen würden. Es sei jedoch schwierig, regionale Projekte und Erfahrungen verbindlich auf die Bundesebene zu überführen.

Die Bundesärztekammer hat schon vor der BpTK die Behindertenrechtskonvention der UN (UN-BRK) kommentiert. CLEVER berichtet

über den Prozess dieser Kommentierung nach der Ratifizierung der UN-BRK. „Es ist wichtig, beharrlich zu sein!“ Er erinnert daran, wie der Prozess nach den Nürnberger Ärzteprozessen schließlich dazu geführt habe, dass alle Ärztekammern Ethikkommissionen etabliert hätten. Ein aktuelles Thema diesbezüglich sei das Patientenrechtegesetz von 2013, das das Bewusstsein von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten gestärkt habe, „da ist was, was wir verpflichtet sind zu tun.“ Die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer habe mit ihrer Kommentierung die UN-BRK für alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtend gemacht. Dies würde aber nicht bedeuten, dass dies auch überall angekommen sei. Viele Kolleginnen und Kollegen würden bei „Behinderten“ noch an eine Person im Rollstuhl denken, daher seien Veranstaltungen wie diese so wichtig: „Reden, Vernetzen, Geduld haben und sich nicht abbringen lassen.“

Auf die an MUNZ gerichtete Frage, „Wäre das was für uns?“, antwortet er: „Natürlich!“ Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssten sich mit dem Thema und der UN-BRK auseinander setzen. Mittlerweile gäbe es durch Initiative der BÄK auch in der BPtK einen Menschenrechtsbeauftragten.

ROTHAUG berichtet von seinen Erfahrungen in der Vernetzung vor Ort. So seien verschiedene Fortbildungen für interessierte Kolleginnen und Kollegen angeboten worden, z.B. zur Diagnostik oder zur sexuellen Entwicklung. „Die Resonanz ist da, aber gering. Ich habe heute mitgenommen, dass wir noch mehr auf Kollegen zugehen müssen.“ Die Situation in Berlin sei jedoch komplex, es gäbe bereits sehr viele Arbeitskreise. Die Motivation von Kolleginnen und Kollegen sei wichtig, z.B. um Ängste abzulegen. Das sei ein langer Weg, der noch Jahre dauern würde, der aber notwendig sei, da Menschen mit geistiger Behinderung sich oft nur so schwer selbst vertreten könnten. Dabei sei auch Kontrolle und Druck hilfreich, z.B. durch das Institut für Menschenrechte.

KÖPPEN erinnert daran, dass bei allen bisherigen Fortschritten und erfolgreichen Projekten in einzelnen Bundesländern die Gesamtsituation auf Bundesebene noch schwierig sei. So hätten bislang nur wenige Kammern Behindertenbeauftragte oder entsprechende Arbeitskreise etabliert, „obwohl in deren Ländern ja auch Behinderte leben“. Sie fragt die Anwesenden im Saal, wieviele unter ihnen denn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seien, woraufhin durchaus viele sich melden. Ihr sei wichtig, darauf hinzuweisen, dass die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung Teil ihres beruflichen Selbstverständnisses sei. Sie habe schon die Rückmeldung erhalten müssen: „Schade, dass Du nun gar nicht mehr psychotherapeutisch arbeiten würdest.“ Ihr ginge es daher darum, immer wieder auf die „Wertigkeit“ dieser Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung hinzuweisen und darüber zu informieren. Das Thema müsse erst im Bewusstsein ankommen, daher sei es so wichtig, dies in der Ausbildung zu

verankern. „Das sind unsere Klienten — wie alle anderen auch!“ Sie kritisiere die grundsätzliche Ablehnung dieses Personenkreises durch Kolleginnen und Kollegen. Dabei sehe sie einen wichtigen Nachholbedarf an Informationen, die UN-BRK sei ein wichtiger Baustein hierzu.

MUNZ ergänzt, dass er bei diesem Personenkreis eine „doppelte Stigmatisierung“ sehe, erst durch die psychische Erkrankung und dann durch die Behinderung. Er müsse bei den eigenen Kolleginnen und Kollegen feststellen, dass es sich oftmals um eine ausgegrenzte Gruppe handele.

SCHÄPER wendet die Frage nach den Schwierigkeiten in der Behandlung dieses Personenkreis ins Positive: „Was macht es reizvoll, mit diesen Menschen zu arbeiten?“ Sie berichtet von Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, die darauf hingewiesen hätten, dass man es in dieser Arbeit verstärkt „mit sich selbst zu tun bekomme“, was zugleich auch das Reizvolle sei.

KÖPPEN berichtet aus ihrer Arbeit: „Diese Arbeit ist bunt wie das Leben!“ Sie habe viele positive und schöne Erfahrungen machen können und erlebe ihre Arbeit als sehr erfolgsversprechend.

CLEVER sieht Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ebenso wie Ärztinnen und Ärzte als ein Abbild der Gesellschaft und erinnert an zurückliegende Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft, z.B. über die Bedeutung der „sprechenden Medizin“ oder über Barrierefreiheit in den Praxen. Daher sei es wichtig, dass Kolleginnen und Kollegen eigenen Erfahrungen machen würden. Er fordere daher die anwesenden Kolleginnen und Kollegen im Umfeld der Einrichtungen auf, mit Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung verstärkt auf Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachärztinnen und –ärzte zuzugehen, damit diese ihre eigenen Erfahrungen machen könnten.

Die Diskussion wird auf das Auditorium ausgeweitet. Einzelne Teilnehmende berichten von erlebten Schwierigkeiten, aber auch von vielen sehr bereichernden Erfahrungen.

Zum Abschluss berichtet DOEBERT von der weiteren Entwicklung bezüglich der Stellungnahme der DGSGb zur Reform der PT-RL. Das Thema der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung sei auf der Tagesordnung angekommen und würde zukünftig in einer Arbeitsgruppe des GBA diskutiert.

Nach Worten des Dankes endet SCHÄPER mit dem Hinweis: „Das Ende der Veranstaltung ist der Anfang der weiteren Arbeit!“

Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien

**Schreiben an
Herrn Professor Josef Hecken
Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Schwäbisch Gmünd/Bielefeld, 16.11.2015

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

im Zusammenhang mit dem Auftrag des GBA, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten, treten wir im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) an Sie heran und bringen im Hinblick auf Menschen mit Intelligenzminderung unsere Problemanzeigen und Vorschläge vor.

Die DGSGB als interdisziplinäre Fachgesellschaft verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Es ist bekannt, Menschen mit geistiger Behinderung tragen besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten, psychischen oder psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. Dazu gehört auch der besondere Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung.

Hintergrund

Es bestehen erhebliche Barrieren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung, die zu einer massiven Unterversorgung geführt haben. Durch verbesserte diagnostische Möglichkeiten im Erkennen von psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung¹⁾ und veränderte Versorgungsformen in der Behindertenhilfe treten Patienten mit Intelligenzminderung zunehmend in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auf, ohne dort entsprechende Angebote zu erhalten. Dabei hat sich Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung als grundsätzlich hilfreich erwiesen²⁾.

Auf die eklatante Unterversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie wird bereits seit Jahren von Betroffenen, deren Angehörigen und gesetzlichen Vertretern sowie von Trägern von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und Fachverbänden hingewiesen. Reformen wurden angemahnt. Die Unterversorgung konnte zwischenzeitlich in mehreren Feldstudien zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden³⁾.

Diese psychotherapeutische Unterversorgung steht im Widerspruch zur 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention, die die Vertragsstaaten in Artikel 25 verpflichtet, *„das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“* anzuerkennen. Insbesondere *„stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen.“*

Psychotherapie-Richtlinien

Diese regeln die Voraussetzungen und Durchführung von Psychotherapie im Rahmen der GKV. Bereits jetzt schließen diese Menschen mit Intelligenzminderung explizit nicht aus, fokussiert allerdings - wie bei allen Patientinnen und Patienten - die Behandlung einer psychischen Störung, nicht der Behinderung. Die Durchführung einer Psychotherapie im Sinne der Richtlinien setzt eine entsprechende Behandlungsfähigkeit voraus bzw. schließt Psychotherapie aus, wenn „die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind“ (PT-RL §22(3)). Zudem wird Psychotherapie von Beratung abgegrenzt.

Die jetzigen PT-Richtlinien ermöglichen bereits eine gegebenenfalls hilfreiche Halbierung von Sitzungszeiten auf 25 Minuten.

Grundsätzlich ist auch zukünftig an den Voraussetzungen der Behandlerinnen und Behandler (Approbation als Psychotherapeutin/Psychotherapeut) festzuhalten, ebenso an der klaren Abgrenzung von Psychotherapie zu anderen Behandlungsformen.

Dennoch besteht für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung Optimierungsbedarf, der in die anstehende Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien einfließen sollte.

Vorschläge zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien

Die folgende Vorschläge können nach unserer Auffassung die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung

(ICD-10: F7x) verbessern. Sie basieren auf der Expertise der Mitglieder der DGSG und der Befragung zahlreicher weiterer Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung.

1. Zusätzliches Behandlungskontingent

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, dass beim Vorliegen einer F7x-Diagnose analog zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen Sitzungen mit Bezugspersonen **zusätzlich** zum Therapiekontingent im Verhältnis 4 zu 1 beantragt und genehmigt werden können.

Begründung: Die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung erfordert mitunter mehr Zeit, insbesondere der Transfer der therapeutischen Fortschritte in den Alltag der Begleitung und Betreuung erfordert eine Vermittlung an Bezugspersonen. Bereits jetzt können Bezugspersonen intensiv in die Behandlung eingebunden werden, allerdings ohne dass hierfür bei erwachsenen Patientinnen und Patienten ein zusätzliches Behandlungskontingent wie bei Kindern und Jugendlichen beantragt und genehmigt werden kann.

2. Probetherapie

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, bei Vorliegen einer F7x-Diagnose und unklaren Voraussetzungen – analog zur Suchtmittelabhängigkeit – eine Probetherapie von 10 Sitzungen ohne Einleitung des Gutachterverfahrens beantragen zu können, um in dieser Zeit auf eine entsprechende Motivation und Umstellungsfähigkeit hinzuarbeiten.

Begründung: Die Motivationslage und Umstellungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung kann mitunter trotz intensiver Probatorik im derzeitigen Zeitrahmen nicht abschließend geklärt werden.

3. Probatorik

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, die Probatorik zeitlich zu flexibilisieren, um bei Vorliegen einer F7x-Diagnose auch mehr als fünf probatorische Sitzungen durchführen zu können.

Begründung: Die Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung erfordert einen deutlich erhöhten zeitlichen und Kommunikationsaufwand.

4. Kooperation

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, die Möglichkeiten der konsiliarischen Erörterung und von Fallkonferenzen zu erweitern. Zudem sollten in die Kooperation von Hilfeleistern auch Helfersysteme außerhalb des Gesundheitswesens eingeschlossen werden können (z.B. Wohnen, Schule, Arbeit).

Begründung: Die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung erfordert in weit höherem Maß als bei anderen Patientinnen und Patienten eine Koordinierung mit anderen Behandlern. Die genannten Helfersysteme außerhalb des Gesundheitswesens stellen eine wichtige psychosoziale Versorgung von Patienten mit Intelligenzminderung dar.

5. Aufsuchende Behandlung/Flexibilisierung des Behandlungssettings

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, die Möglichkeiten für Hausbesuche und Behandlungen außerhalb der Behandlungsräume für diese Zielgruppe zu erweitern. Darüber hinaus sollte das Behandlungssetting hinsichtlich Ort, Zeit und Dauer flexibilisierbar sein können.

Begründung: Für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung kann es erforderlich sein, Behandlungen im Lebensumfeld durchzuführen, um den Transfer der therapeutischen Fortschritte zu sichern. Eine weitergehende Flexibilisierung ist erforderlich, um individuelle Bedürfnislagen abdecken zu können. Nicht zuletzt stellen für manche Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung oder erst recht mit komplexen Behinderungen schon der Weg zu einem Behandlungsort und der Aufenthalt an einem ihnen ungewohnten Ort eine Barriere dar.

6. Krisenintervention

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, dass die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Krisenintervention für diese Zielgruppe erweitert werden.

Begründung: Menschen mit Intelligenzminderung erleben häufig Krisen von Krankheitswert, die in der Psychotherapie abgefangen werden können.

7. Behandlung Erwachsener durch KJP

Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, dass bei Vorliegen einer F7x-Diagnose und nach Überprüfung der entsprechenden Indikation in begründeten Ausnahmefällen auch erwachsene Patientinnen und Patienten durch einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten behandelt werden dürfen.

Begründung: Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung erfahren in Einzelfällen ein besseres Behandlungsangebot mit entsprechenden Materialien durch einen Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeuten/-Psychotherapeutin.

Weiterer Handlungsbedarf

Über die Überarbeitung der PT-Richtlinien hinaus besteht zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Handlungsbedarf in unterschiedlichen Diskussionsfeldern. Wissend, dass diese Aspekte nicht in den

Psychotherapie-Richtlinien geregelt werden, erwähnen wir sie der Vollständigkeit halber. Diese Handlungsbedarfe sind insbesondere:

A – Schulungen / Ausbildung

Die Barrieren in der Versorgung gründen oftmals auch in mangelnden zielgruppenspezifischen Kompetenzen und Wirksamkeitsüberzeugungen bei den Behandlerinnen und Behandlern, so dass weitergehende Schulungen erforderlich sind, um ein versorgungsverantwortliches Handeln gegenüber Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung zu verankern. Module zur Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung sollten bereits verpflichtend in die Psychotherapie-Ausbildung einfließen⁴⁾.

B – Finanzielle Anreize

Zudem bestehen angesichts des Aufwandes bei Menschen mit Intelligenzminderung bislang wenig Anreize für ambulant tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sich auf die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung einzulassen, so dass Fragen der aufwandsgemäßen Vergütung zu diskutieren sind.

C – Einbindung der Gesundheitsversorgung in ein Gesamtkonzept von Teilhabe

Die Hilfen für Menschen mit Intelligenzminderungen sind in einem Gesamtkonzept zu betrachten, bei dem Gesundheit und die Gesundheitsversorgung ein Teilbereich von Teilhabe darstellt. Innerhalb dieses Gesamtkonzepts ist die weitere Vernetzung unterschiedlicher Sektoren zu fördern.

Wir stehen selbstverständlich gerne für weiterführende Erläuterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Michael Seidel
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Vorsitzender



Dipl.-Psychol. Dr. Jan Glasenapp
Psychologischer Psychotherapeut
Stellvertretender Vorsitzender

Fußnoten

- 1 vgl. z.B. Dosen, A. et al. (2010). Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition. Materialien der DGSGb, Bd. 21.
- 2 vgl. z.B. Hennicke, K. (Hrsg.) (2011). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Kufner, K. (2015). Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung? Projekt Psychotherapie, 2/2015, 18-21.
- Sappok, T. et. al. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Nervenarzt, 81, 827–836.
- Seidel, Michael (2008): Psychotherapie mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. Psychotherapie im Dialog, 9, 138 – 143.
- 3 vgl. z.B. Metaxas, C. et al. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 2/2014, 122-130.
- 4 Glasenapp, J. (2015). Barrierefreie Psychotherapie. Projekt Psychotherapie, 2/2015, 15-17.

In die Erstellung dieser Vorschläge der DGSGb zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien sind Rückmeldungen befragten Mitglieder der DGSGb sowie der Mitglieder des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg eingeflossen.

Autorinnen und Autoren, Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Bengel, Jürgen

Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Engelbergerstraße 41, 79085 Freiburg
Email: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. med. Ulrich Clever

Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Doebert, Jürgen

Niedergelassener Psychotherapeut in Reutlingen, kooptiertes Vorstandmitglied des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Dr. med. Elstner, Samuel

Leitender Arzt des Berliner Behandlungszentrums für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
Email: s.elstner@keh-berlin.de

Dr. Glasenapp, Jan

Praxis für Psychotherapie, Schwerzerallee 22, 73525 Schwäbisch Gmünd E-Mail: praxis@therapie-und-beratung.de

Koch, Andrea

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden, AG Psychiatrische Versorgungsforschung, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Email: andrea.koch@uniklinikum-dresden.de

Claudia Köppen

Behindertenbeauftragte der Psychotherapeutenkammer Berlin
E-Mail: behindertenbeauftragte@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Dr. Kufner, Katharina

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Engelbergerstraße 41, 79085 Freiburg
Email: kufner@psychologie.uni-freiburg.de

Dr. Dietrich Munz

Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Klosterstr. 64, 10179 Berlin

Rost, Jürgen

Caritasverband für Stuttgart e.V., Auricher Str. 38 + 42, 70437 Stuttgart

E-Mail: j.rost@caritas-stuttgart.de

Rothaug, Martin

Behindertenbeauftragter der Psychotherapeutenkammer Berlin

E-Mail: behindertenbeauftragte@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Prof. Dr. Schäper, Sabine

Katholische Hochschule NRW, Abt. Münster, Piusallee 89, 48147 Münster

E-Mail: s.schaeper@katho-nrw.de

PD Dr. Schützwahl, Matthias

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden, AG Psychiatrische Versorgungsforschung, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Email: matthias.schuetzwahl@uniklinikum-dresden.de

Dr. Straub, Roland

Behindertenbeauftragter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart

E-Mail: straub@lpk-bw.de

Tenner-Paustian, Yvonne

Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatorin im Bezirksamt Pankow, Fröbelstr. 17, 10405 Berlin

E-Mail: yvonne.tenner-paustian@ba-pankow.berlin.de

Thimm, Antonia

Katholische Hochschule NRW, Abt. Münster, Piusallee 89, 48147 Münster

E-Mail: a.thimm@katho-nrw.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGb*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGb) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGb. Die Bände können über die Website der DGSGb (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGb)

Geschäftsstelle

Frau Steffi Kirch

Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen

dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke

12203 Berlin

Tel.: 0174/989 31 34

E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

*Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
Dr. Knut Hoffmann, Bochum
Priv.Do. Dr. Tanja Sappok, Berlin*

Postanschrift

*Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
Tel.: +49 5229830590
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de*

