

DGSGB

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

Klaus Hennicke
(Hrsg.)

**Modelle
spezialisierte psychiatrischer Hilfen
für psychisch kranke Menschen mit
geistiger Behinderung**

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
26.3.99 in Kassel

Materialien der DGSGB
Band 1

Berlin 2000

Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 26.3.99 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Michael Buscher	3
Behinderte Begegnung oder kreative Chance Anmerkungen zum psychiatrisch/psychotherapeutischen Angebot der Rheinischen Kliniken Viersen für Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Behinderungen	
Stefan Meir-Korell	8
Die Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau	
Norbert Kittmann	13
Stationäre psychiatrische Versorgung geistig behinderter Erwachsener Die Station 41 in den Rheinischen Kliniken Langenfeld	
Erik Boehlke	22
Beratungs- und Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung Argumente für spezialisierte Angebote unter besonderer Berücksichtigung der Heiltherapeutischen Abteilung im Krankenhaus Reinickendorf, örtlicher Bereich Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Berlin	
Manfred Koniarczyk und Herbert Steinböck	32
Von der Fehlplatzierung zur Fachabteilung Psychiatrische Behandlung geistig behinderter Menschen im Bezirkskrankenhaus Haar	
Klaus Hennicke und Wolfgang Meins	43
Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen	
Autoren	49

Behinderte Begegnung oder kreative Chance

Anmerkungen zum psychiatrisch/psychotherapeutischen Angebot der Rheinischen Kliniken Viersen für Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Behinderungen

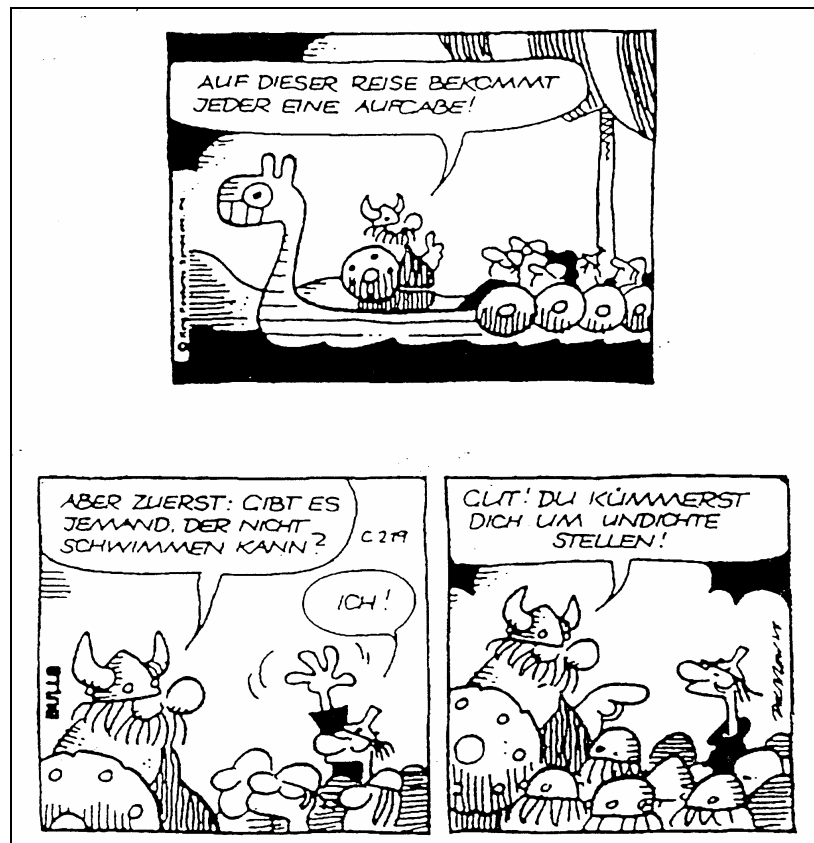
Michael Buscher

Un-Zeitgemäße Vorbemerkung

Es bedarf, so heißt es allenthalben, statistischer Belege von Arbeitshypothesen, um die Bedeutung psychosozialer Angebote zu belegen und deren Bestand in Zukunft zu sichern. In Zeiten knapperer finanzieller Ressourcen ist die hohe Zeit der Dokumentaristen und Qualitätsmanager angebrochen, neuer Expertinnen und Experten mit neuen Wahrheiten. Nun sehe ich mich eher als Erzähler denn als Zähler, und somit meine Äußerungen vor allem als Erzählung: als meine Erzählung, die eine von vielen möglichen Erzählungen im multidisziplinären klinischen Dialog ist. Die eingeflochtenen Daten bitte ich, als das zu nehmen, was sie sind: Vorläufige Befunde, die der Überprüfung bedürfen und die in einem umfassenderen Kontext zu sehen und zu interpretieren sind. Meine Erzählung ist nicht die Erzählung unserer Klientinnen und Klienten, nicht die ihrer Eltern. Es ist nicht einmal die unserer Klinik. Es gibt - übrigens statistisch gesicherte - Hinweise, wie wichtig beispielsweise die Hausangestellten in Kliniken für die sogenannten Patienten sind. Deren Erzählungen werden aber ähnlich wie die der Schwestern und Erzieher eher selten auf Fachtagungen ausgetauscht oder gar publiziert. Ich habe eine junge, geistig behinderte Frau, die aufgrund einer Psychose zu uns kam und über deren Therapie ich sehr erfreut und stolz war, befragt, wer für sie die wichtigste und hilfreichste Person in der Klinik gewesen sei. Ich war es nicht, sondern die Bezugsbetreuerin auf der Station.

Meine Erzählung ist die eines Oberarztes in einer von drei Abteilungen einer mit 180 Plätzen ganz ungewöhnlich großen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland. Unsere Abteilung sieht einen ihrer ganz wesentlichen Arbeitsschwerpunkte in der Begleitung von Kindern mit speziellem Förderbedarf und deren Familien. Sie tut dies offiziell seit mehr als drei Jahrzehnten. Unsere Genogrammexperten sind allerdings unsicher, ob unsere Wurzeln nicht viel älter sind, da sie in verstaubten Archiven ein altes

Abb. 1: Eine alte Technik: Ein vermeintliches Defizit wird zur Ressource (BROWNE 1991)



ausgetauscht oder gar publiziert. Ich habe eine junge, geistig behinderte Frau, die aufgrund einer Psychose zu uns kam und über deren Therapie ich sehr erfreut und stolz war, befragt, wer für sie die wichtigste und hilfreichste Person in der Klinik gewesen sei. Ich war es nicht, sondern die Bezugsbetreuerin auf der Station.

Meine Erzählung ist die eines Oberarztes in einer von drei Abteilungen einer mit 180 Plätzen ganz ungewöhnlich großen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland. Unsere Abteilung sieht einen ihrer ganz wesentlichen Arbeitsschwerpunkte in der Begleitung von Kindern mit speziellem Förderbedarf und deren Familien. Sie tut dies offiziell seit mehr als drei Jahrzehnten. Unsere Genogrammexperten sind allerdings unsicher, ob unsere Wurzeln nicht viel älter sind, da sie in verstaubten Archiven ein altes

Dokument früherer therapeutischer Techniken (Abb.1) fanden

Der Klinik obliegt die Pflichtversorgung für eine große Region von Köln bis Aachen, von Viersen und Mönchengladbach bis ins Ruhrgebiet. Von regionalen, gemeindenäheren stationären oder teilstationären Angeboten bleiben behinderte Kinder ausgeschlossen. Regionale Vernetzung gelingt unter solchen Umständen kaum. Soweit möglich suchen wir beispielsweise den Kontakt zur Lebenshilfe und zu den Kolleginnen und Kollegen der Hilfe für das autistische Kind, die beide qualifizierte Beratungsangebote machen. Gleiches gilt für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater. Demgegenüber sind verschiedene Jugendämter und Beratungsstellen nach unserem Eindruck noch zu wenig in Krisensituationen behinderter Kinder und ihrer Familien engagiert. Mangels Alternativen geraten die Kinder dann eher in Gefahr, „psychiatrisiert“ zu werden, während für ihre normalintelligenten Altersgenossen beispielsweise Krisenplätze in Heimen am Heimatort bereit stehen.

Therapie als Raum für Erzählungen

Therapie - mit wem auch immer - und Sie merken, ich kehre zurück zu meinen Vorlieben, - hat außerordentlich viel mit Erzählungen zu tun. Mit Erzähltem und mit dem nicht oder noch nicht Erzählten. Therapie kann Räume öffnen für die Erzählungen der Klientinnen und Klienten - seien diese nun verbal oder nonverbal Voraussetzung dafür, daß Kinder und Eltern ihre Erzählungen einbringen, ist allerdings, daß wir ihnen mit Respekt begegnen und daß wir für *Sicherheit im therapeutischen Raum* (ROBER 1998) sorgen:

- *Sicherheit, nicht das Gesicht zu verlieren;*
- *Sicherheit vor weiteren Schuldvorwürfen;*
- *Sicherheit, schweigen zu können;*
- *Sicherheit, nicht übergangen und aufgrund von Behinderung exkommuniziert zu werden;*
- *Sicherheit, mit den Fähigkeiten gesehen und nicht allein auf den Defekt hin diagnostiziert zu werden.*

Ein Beispiel

Ich will versuchen, dies anhand eines Berichts über ein Familiengespräch zu erläutern:

Die Mutter kündigte telefonisch an, ihr 14jähriger Sohn habe schon immer Probleme in der Schule. Jetzt verweigere er sich ganz. Zweimal die Woche komme ein Lerntherapeut. Der habe gemeint, Andreas habe eine Zwangserkrankung. Und Zwangserkrankungen gebe es in der Familie ihres Mannes, auch Psychosen. Vielleicht sei das ja erblich, deshalb solle ich mir den Zwillingenbruder gleich mit ansehen. Das habe auch der Hausarzt gemeint. Sie habe Angst, Andreas könne sich etwas antun, er kapsle sich vollkommen ab. Ob ihr Mann zum Gespräch mitkommen könne, wisse sie nicht. Zum Beratungstermin kam dann doch die ganze Familie. Die Jungen wirkten verunsichert; sie kannten den Vorstellungsgrund nicht, hatten aber Angst, sie müßten in der Psychiatrie bleiben. Die Mutter berichtete, daß die Zwillinge aufgrund von Teilleistungsstörungen und eines hyperkinetischen Syndroms jahrelang gefördert worden seien. Andreas habe wegen großer Leistungsprobleme mehrfach die Schule gewechselt. Jetzt gehe er zur Ganztags Hauptschule - mit zwei Sechsen. Er tue nichts mehr. Auch nicht das, was er könne. Mit 7 habe er erstmals von Selbstmord gesprochen. Jetzt sei er wie in einer anderen Welt, man finde keinen Zugang mehr zueinander.

Begänne man in einer derartigen Situation eine pathologie-orientierte Anamnese, müßte Andreas Kinder- und Jugendpsychiatrie als einen Raum verstehen, in dem man wie ein Objekt untersucht wird; wo Experten danach fahnden, was man nicht kann; wo die Dinge erzählt werden, derentwegen man sich schämt: Laufbeginn zu spät; motorisch ungeschickt; keine Konzentration; überaktiv; bockig; zwanghaft. Den Vater hätte man nach den psychischen Krankheiten in seiner Familie fragen können; danach, ob schon jemand in der Psychiatrie war. Ich bezweifle, daß Familien in einem derartig gestalteten therapeutischen Raum gerne Geschichten über sich erzählen oder daß Kinder diesen Raum anschließend mit mehr Selbstsicherheit oder Stolz verlassen. Wie bei den meisten Familien, so gab es auch in der von Andreas vielfältige Leistungen, die eine Würdigung verdienten; eine Würdigung, die gerade deshalb von Beginn an wichtig ist, weil der Weg zur Psychiatrie in der Regel immer noch als endgültiges Eingeständnis

von Versagen verstanden wird. Von Beginn an muß deutlich werden, daß es uns nicht um die Suche nach Fehlern und Schuld geht. Noch in der ersten Stunde erzählte Andreas:

Die schwerste Belastung sei für ihn seine Klavierlehrerin. Er beschrieb genau, wie er sich beobachtet fühle, wenn er seine Hände zum Klavier führe. Das sei schrecklich für ihn. Er wisse, daß die Klavierlehrerin ihn kritisieren werde, selbst wenn sie das nicht sage. Letztendlich halte sie ihn für doof oder behindert. Mit Tränen in den Augen fuhr Andreas fort, daß er dann zuerst ganz traurig sei. Und danach käme die Wut. Und dann traue er sich gar nichts mehr zu. Genau so sei das, wenn er in der Schule etwas nicht könne. Und dann denke er auch öfters daran, sich umzubringen. Andreas hatte seit Monaten nichts mehr von sich erzählt, und ich bin überzeugt, er hätte auch jetzt geschwiegen, wenn wir versucht hätten, ihn und seine Familie durch die Brille der Psychopathologie zu sehen. Wir haben der Familie angeboten, die Klinik als Experimentierfeld zu nutzen, um neue Erfahrungen zu machen. Andreas hatte Interesse einen neuen schulischen Anfang zu finden und sich an Stationsaktivitäten zu beteiligen. Die Eltern werden den Jungen an jedem Wochenende nach Hause holen und alle zwei Wochen zu gemeinsamen Gesprächen in die Klinik kommen. Andreas wird Gelegenheit haben, sich in Gruppen mit anderen Kindern auseinanderzusetzen. Vielleicht gibt es ein einzeltherapeutisches Angebot. Begleiten wird ihn dabei in besonderer Weise sein Bezugsbetreuer aus dem Stationsteam, der dann auch an den Familiengesprächen teilnimmt. Seine Station hat, wie bei uns üblich zehn Behandlungsplätze für Mädchen und Jungen. Sie gehört zu den Stationen unseres Hauses, die über besondere Erfahrung mit dem Thema Behinderung verfügen.

Ich habe die Geschichte von Andreas erzählt, weil sie einerseits eine meiner aktuellsten ist und mich andererseits besonders berührt hat. Und auch weil sie vielleicht einen Einblick geben kann in die Welt eines Jugendlichen, der sich bemüht, mit einer Behinderung zu leben. Schließlich hoffe ich, daß ich einige Grundideen unserer Arbeit vermitteln konnte, selbst wenn man einwenden mag, daß die intellektuelle Behinderung bei Andreas ja nicht massiv war.

Therapie als interdisziplinäres Mannschaftsspiel in einem zeitlich limitierten Übergangsraum

Wenn Sie mich nun fragten, was das spezifisch Kinder- und Jugendpsychiatrische an unserem Ansatz sei, so kann ich nur antworten, daß ich mich mit solchen Abgrenzungen schwertue. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist notwendig ein multidisziplinäres Mannschaftsspiel unterschiedlicher Berufsgruppen. In unserem Haus sind dies die Kolleginnen und Kollegen des Pflege- und Erziehungsdienstes, des heilpädagogischen Dienstes, Psychologinnen und Psychologen und Ärztinnen und Ärzte und viele andere. Für uns ist seit Jahren selbstverständlich, daß die therapeutische Stationsleitung gleichermaßen von Psychologen und Ärzten wahrgenommen werden kann, selbst wenn letztlich im Krankenhaus eine medizinische Hierarchisierung noch wenig veränderbar erscheint. Klinik kann und will nicht dauerhafter Lebensort von Kindern sein. Auch die Aufenthaltsdauern behinderter Kinder haben sich auf durchschnittlich zwei Monate verkürzt und variieren von der dreitägige Krisenintervention - bei schwerst geistig behinderten Kindern die Ausnahme - bis zu einjährige Behandlungen. Abb. 2 zeigt dies für alle 1998 entlassenen Kinder und Jugendlichen mit einem IQ unter 85.

**Abb.2: Verweildauern
der aus der Klinik im Jahre 1998 entlassenen
Patienten mit einem IQ unter 85**

<i>Verweildauer</i>	<i>Abs. Häufigkeit</i>	<i>Rel. Häufigkeit (in %)</i>
bis zu 7 Tagen	26	19
8 - 14 Tage	2	2
>2 - 4 Wochen	20	15
>4 - 6 Wochen	11	8
>6 Wo. - 3 Mon.	40	29
>3 - 6 Monate	27	20
länger als 6 Mon.	10	7
Gesamt	136	100

Differenzierte Therapie als selbstverständliches Dienstleistungsangebot auch für behinderte Menschen

Nach dem Enthospitalisierungsprozeß, der bei uns natürlich auch zu Einbußen in der Breite des allgemeinen klinischen Infrastrukturangebots für behinderte Menschen geführt hat, verfügen wir nur noch über eine längerfristige, nicht mehr krankenkassenfinanzierte Wohngruppe für

Jugendliche. Ziel ist auch hier ein Leben außerhalb von Psychiatrie - meist in einer betreuten Wohnform, seltener im Elternhaus. Immerhin stehen für behinderte Kinder und Jugendliche noch die bereits genannten drei altersdifferenzierten Stationen zur Verfügung mit jeweils 10 bis 11 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes und 70 Therapeutenstunden. Hinsichtlich der intellektuellen Fähigkeiten hat die Kinderstation am ehesten integrativen Charakter. Demgegenüber überfordert nach unserem Eindruck auf der Jugendlichenstation eine zu große Heterogenität sowohl die Jugendlichen selbst als auch uns als Mitarbeiter. Immerhin reicht das Spektrum noch von Jugendlichen mit Lern- bis zu solchen mit geistigen Behinderungen. Zur klinischen Angebotspalette gehören schließlich eine Ambulanz sowie die Eltern-Kind-Station, die ganze Familien einschließlich solcher mit behinderten, insbesondere auch autistischen Kindern für jeweils drei Wochen aufnimmt. Eltern können sich hier gegenseitig unterstützen; Geschwister sind intensiv in den Beratungsprozeß einbezogen, ohne als Ko-Therapeuten utlisiert zu werden.

Selbst wenn die Arbeit mit Kindern, deren Lebensäußerungen wir oft schlecht verstehen, schwierig sein kann, sind wir überzeugt, daß es keinen Grund gibt, behinderte Kinder und Jugendliche vom therapeutischen Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie auszuschließen. 1998 kamen 49 Kinder und Jugendliche mit einem IQ von unter 70 in unsere stationäre Behandlung. Die Zahl ist vermutlich aufgrund nicht immer sorgfältiger Erhebung etwas zu niedrig. Ich will hier aber nicht leugnen, daß unsere Aufnahmebarrieren für schwerer behinderte Jugendliche wahrscheinlich höher sind als für ihre „weniger behinderten“ Altersgenossen. Hier ist Psychiatrie in Gefahr, Eltern und Heime - nicht selten mit „wohlgemeinten“ Empfehlungen - alleine zu lassen. Allerdings wird unter dem Kostendruck auch für uns zunehmend schwieriger, für diese Klientel angemessen kleine Gruppen bzw. mehr qualifizierte MitarbeiterInnen bis hin zur Einzelbetreuung bereit zu stellen. Die Verteilung auf die Intelligenzniveaus zeigt die Abbildung 3: Das Altersspektrum hat bei einem IQ von unter 70 einen deutlichen Schwerpunkt bei den Jugendlichen (15 Jahre und älter). Für Kinder mit einem IQ zwischen 70 und 85 ergibt sich ein Gipfel zwischen 11 und 14 Jahren. Kinder- und Jugendpsychiatrie muß mit ihrem Dienstleistungsangebot anschußfähig für behinderte Kinder und Jugendliche sein. Wir sind froh darüber, daß wir hausintern eine sehr differenzierte und gerade für behinderte Kinder engagierte Schule haben. Für Jugendliche gibt es eine Förderwerkstatt. Psychomotorik und nonverbale Therapieangebote von der Musik bis zum Malen sind notwendig, um den Kindern zu neuen Ausdrucksmöglichkeiten zu verhelfen. Zumindest ein Teil des Stationsteams muß über fundierte Erfahrungen mit behinderten Kindern verfügen.

**Abb.3: Intelligenzniveau
der aus der Klinik im Jahre 1998 entlassenen
Patienten mit einem IQ unter 85**

<i>IQ-Bereich</i>	<i>Abs. Häufigkeit</i>	<i>Rel. Häufigkeit (in %)</i>
70-84	91	67
50-69	27	20
35-49	12	9
20-34	4	3
kleiner als 20	2	2
Gesamt	136	101

Ressourcenorientierte Dienstleistung statt Konkurrenz mit Eltern oder Bezugspersonen

Wir sind nicht die besseren Eltern oder Bezugspersonen. Erst im wertschätzenden Austausch der verschiedenen, oft unterschiedlichen im Team und mit den Eltern gewonnenen Perspektiven ergeben sich neue Optionen für weniger leidvolle Entwicklungen.

Geistige Behinderung ist keine Krankheit. Selbstverständlich geraten aber auch - und nach allem was wir wissen, vergleichsweise häufig - geistig behinderte Kinder in psychische Krisen und zeigen das, was man eine psychische Krankheit nennt. Hier verfügt Kinder- und Jugendpsychiatrie über Erfahrungen, die sie in den interdisziplinären Dialog einbringen kann. Wir sehen aggressive Kinder und solche, die sich zurückziehen. Kinder kommen zu uns nach Traumatisierungen. Insbesondere Jungen können danach selbst zu Tätern werden. Wir begegnen Kindern und Jugendlichen, die sich selbst verletzen, und solchen, die sich psychotisch zeigen.

Behinderte Kinder entwickeln Zwänge und Depressionen, die sich nicht selten in agierendem Verhalten äußern. Schwerpunkte im letzten Jahr ergaben sich bei autistischen Kindern und solchen mit den sogenannten Störungen des Sozialverhaltens. Ziel ist, die psychischen Verstörungen als im jeweiligen Lebenskontext sinnvolle Lebensäußerungen zu verstehen. Derartige „Verflüssigungen“ von Diagnosen interessieren uns mehr als eine festschreibende Diagnostik, die selten neue Optionen eröffnet. Selbstverständlich ist die Gefahr groß, Verhalten von Menschen, zu denen wir schwer Zugänge finden, mißzuverstehen. Dies kann einerseits daraus resultieren, daß wir zu unerfahren in ihrer Sprache und ihren Ausdrucksmöglichkeiten sind, und andererseits seinen Grund in einer zu oberflächlichen Erkundung ihres Lebenskontextes haben. Psychiatrie gerät dann in die Versuchung, Unsicherheit durch die Einführung von Krankheitskonzepten und meist neuroleptischer Medikation zu reduzieren. Andererseits kann auch die dogmatische Ablehnung psychiatrischer Krankheitskonzepte Lösungswege versperren und das Verwehren medikamentöser Behandlung Leid verursachen.

Zu guter Letzt

Am Ende dieser notwendig unvollständigen Skizzen einige Anmerkungen zu Beendigungsritualen stationärer Therapie: Viele unserer Abschlußbriefe stellen wir den Familien zur Verfügung, häufig sind sie der primäre Adressat. Eine Mutter äußerte einmal sinngemäß: Jedesmal, wenn ich wieder in Not mit mir oder meinem Kind bin, lese ich den Brief. Dann bin ich wieder stolz auf das, was ich damals erreicht habe, und dann geht's irgendwie weiter. Briefe, die nicht aus der Perspektive der Pathologie geschrieben sind und den Lebensweg der Familien würdigen, können so nachhaltig und nachsorgend wirksam bleiben. Für die Kinder gibt es Abschlußfeiern. Wir beginnen, auch andere therapeutische Rituale einzuführen. Für Kinder, die dies verstehen, kann man - gegebenenfalls zum Vorlesen - in Anlehnung an WHITE & EPSTON (1990) - Urkunden erstellen (Abb. 4).

Abb. 4

Urkunde
Beherrschung von Wutanfällen

Diese Urkunde soll jedem bekanntgeben, daß sich von seinen Wutabfällen befreit hat. Diese Wutanfälle haben ihm und anderen eine Menge Mühe verursacht.

..... wird gerne erzählen, wie tapfer er seine Wutanfälle bekämpft hat. Jetzt wissen die Wutanfälle, daß er es sich nicht gefallen läßt, wenn sie ihm oder jemand anderem auf die Nerven geben.

Ein dreifaches Hoch auf!

Überreicht am:

Unterszeichnet:

Literatur

- BROWNE, D. (1991): Hägars schrecklichste Taten. Goldmann München
- BUSCHER, M. (1998): Kundenorientierung in der stationären systemischen Therapie - vom Konzept des Versagens zum Konzept der Kompetenz. In: VANDIEKEN, R., HÄCKL, E., MATTKE, D. (Hrsg.) Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standorte und Entwicklungen. Psychosozial-Verlag, Gießen
- DURRANT, M. (1996): Auf die Stärken kannst Du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings. modernes lernen, Dortmund
- HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.) (1993): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen. Dortmund
- IMBER-BLACK, E. (1990): Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Carl-Auer, Heidelberg
- ROBER, P. (1998): Reflections on Ways to Create a Safe Therapeutic Culture for Children in Family Therapy. Family Process 37, 201 - 213
- ROTTHAUS, W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. modernes lernen, Dortmund
- WHITE, M., EPSTON, D. (1990): Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Carl-Auer, Heidelberg

Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau

Stefan Meir-Korell

Die Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung ist ein Teil der St. Lukas-Klinik, einer Fachklinik für behinderte Menschen. Die Gliederung der Klinik ist in der folgenden Abb. 1 zur Übersicht dargestellt. In dieser Grafik sind auch eine Tagesklinik und ein mobiles Unterstützungsteam abgebildet. Beides sind Projekte, die derzeit noch nicht umgesetzt sind.

Abb.1: St. Lukas - Klinik Medizinisches Zentrum und sozialtherapeutisches Heim für Menschen mit komplexen Behinderungen				
<i>Mobiles Unterstüt- zungsteam</i>	Ambulantes Zentrum	<i>Tages- klinik</i>	Akutklinik	Sozialtherapeutische Wohngruppen
	Fachärztliche Angebote <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinmedizin • Innere Medizin • Psychiatrie • Neurologie Konsiliarisch: <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie • HNO • Gynäkologie Zahnmedizin <ul style="list-style-type: none"> • mit Prothetik Psychologie Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie		Innere Abteilung <ul style="list-style-type: none"> • innere Medizin • postoperative Medizin • Überwachungseinheit Abtlg. für Kinder- und Jugendpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> • Kinderstation • Station für Jugendliche und Adoleszenten • Eltern-Kind-Station Abtlg. für Erwachsenen- psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> • Krisenintervention • sozialtherapeutische Station 	für Menschen mit intellektuellen Behinderungen und <ul style="list-style-type: none"> • chronischen psychischen Erkrankungen • schweren Verhaltens- störungen • neuropsychologische Störungen nach Hirn- verletzungen • gerontopsychiatrische Problemen • hohem pflegerischen Betreuungsbedarf • apallischem Syndrom und schwersten Mehr- fachbehinderungen • zusätzlichen autistischen Störungen
Medizin Psychologie Heilpädagogik Pflege Physiotherapie Arbeits- und Beschäftigungstherapie Sozialarbeit Hauswirtschaft Verwaltung Sekretariate Schule				

Zur Entstehung und Struktur der Klinik

Die Klinik ist als gemeinnützige GmbH Teil der Stiftung Liebenau. Diese wurde vor über 125 Jahren von Adolf AICH gegründet. Originärer Schwerpunkt der Stiftung ist die Behindertenarbeit. Mittlerweile ist die Stiftung zu einer Komplexeinrichtung gewachsen und auch Anbieter in anderen Bereichen wie z.B. der Altenhilfe. Die Klinik entstand quasi aus einer stiftungsinternen Krankenstube, die zur intensiven Versorgung erkrankter Heimbewohner eingerichtet worden war. Seitdem im Jahre 1992 ein Neubau bezogen werden konnte, kann die Klinik im Akutbereich verschiedene Hilfen anbieten. Derzeit verfügt sie im stationären Akutbereich über eine innere Abteilung, eine erwachsenenpsychiatrische und eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung. Hinzu kommen Ambulanzen für den Heimbereich der Stiftung,

die Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz, die krankengymnastische Abteilung, Ergotherapie sowie angegliedert eine Zahnstation, eine Zweigstelle eines in einem Nachbarort niedergelassenen Zahnarztes. In ihren Akutabteilungen bietet die Klinik spezifische medizinische und therapeutische Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung an. Die Zusammenarbeit mit den in der Region zahlreichen Behinderteneinrichtungen sowie den Zentren für Psychiatrie erfolgt in enger Kooperation.

Neben den Akutabteilungen verfügt die St. Lukas-Klinik über sozialtherapeutische Wohngruppen. Diese bieten einen mittelfristigen Lebensraum für Menschen an, die aufgrund ihrer Schwierigkeiten nicht in anderen Betreuungsformen versorgt werden können. Konzipiert sind sie als Teil eines Eingliederungskonzepts, das längerfristig die Reintegration in eine weniger intensive Betreuungsform zum Ziel hat.

Zur aktuellen Situation

Seit Bestehen der Klinik war die Zahl der Anfragen zur stationären Behandlung stets höher als die Zahl der zu Verfügung stehenden Plätze. Mittlerweile konnte zwar die Platzzahl erhöht werden, so daß mittlerweile 62 Plätze im Akutbereich zur Verfügung stehen. Dennoch muß nach wie vor mit einer Warteliste gearbeitet werden. Daher kann auch heute nur in begrenztem Maß bei einer Anfrage sofort ein Behandlungsplatz angeboten werden. Eine Erweiterung des Angebotes durch eine weitere Erhöhung der Platzzahl im stationären Bereich, aber auch ambulante und teilstationäre Hilfen wäre auch aus diesem Grund dringend notwendig. Damit könnte eine differenziertere Hilfe angeboten werden. Auch wären präventive Maßnahmen möglich.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung:

Wie Abb. 1 zu entnehmen ist, gliedert sich die Abteilung im stationären Bereich in eine Station für Kinder, eine Station für Jugendliche und Adoleszenten sowie eine Eltern-Kind-Station. Angegliedert ist die Ambulanz des Chefarztes. Die Kinder- und die Jugendlichenstation arbeiten als Akutstationen, die Eltern-Kind-Station in einem 4-wöchigen Kurssystem.

Die Patienten

Bei den Patienten handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um Menschen mit einer intellektuellen Behinderung. Diese sind in ihrer Entwicklung so auffällig geworden, daß die betreuenden Personen oder - vor allem bei Jugendlichen- die Patienten selbst Hilfe suchen. Das Alter der Patienten reicht von ca. 4 bis 25 Jahren. In den Akutstationen werden i.d.R. Kinder erst ab dem sechsten Lebensjahr behandelt. Kleine Kinder werden meist in der Eltern-Kind-Station aufgenommen.

Neben den psychiatrischen Hauptdiagnosen wurden 1998 bei 53,8 % unserer Patienten eine zusätzliche körperliche Erkrankung festgestellt (davon Körperbehinderungen 53 %, Sinnesbehinderungen 42 %, latente und leichte Epilepsien 15 %, schwere Epilepsien 16 %); 85,7% lebten unter „*aktuellen abnormen psychosozialen Umständen*“¹.

Der Behandlungsverlauf

Zugangswege

In der Regel erfolgt der erste Kontakt mit uns im Rahmen eines ambulanten Vorstellungstermins. Dieser dient den beiderseitigen Kennenlernen, einer Anamneseerhebung und ersten Diagnosestellung sowie anschließend der gemeinsamen Behandlungsplanung. Dabei soll entschieden werden, ob eine ambulante oder eine stationäre Behandlung notwendig ist, und wer

¹ vgl. Fußnote 2 Seite 24

die Behandlung am besten durchführen kann. Meist wurden vor der ersten Kontaktaufnahme mit unserer Klinik schon andere Hilfen angefragt oder aufgesucht. Die Anfrage bei uns erfolgt dann, wenn die bisherigen Hilfs- und/oder Therapiemaßnahmen nicht genügend greifen oder die anfragende Stelle einen Behandlungsbedarf in unserer Spezialeinrichtung sieht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Symptomatik keine klare Diagnose zuläßt oder das Ausmaß der notwendigen Hilfen die Möglichkeiten der Einrichtung übersteigt. In Abb. 3 sind die Zugangswege zur Klinik dargestellt. Deutlich wird, daß der Zugang zu uns von den verschiedensten Stellen angeregt wird und meist über mehrere Stationen läuft.

Die Behandlung dieser Patienten ist in der Regel sehr schwierig und entsprechend aufwendig. Häufig sind die Störungen bereits chronifiziert. Daher ist die Behandlungsdauer meist länger, und es können oft nur partielle Behandlungserfolge erzielt werden. Bessere Behandlungsmöglichkeiten und -prognosen bestehen dann, wenn der Kontakt mit uns frühzeitig erfolgt. Es kann dann eine differenziertere und mehrstufige Behandlung erfolgen. Die Anzahl dieser Anfragen steigt, sicher auch wegen der intensiven Beratungs- und Informationstätigkeit der Mitarbeiter. In den letzten Jahren werden zunehmend leicht intellektuell behinderte Menschen mit erheblichen psychischen Problemen, häufig kombiniert mit schweren und schwersten Störungen des Sozialverhaltens angemeldet. Die Therapie dieser Patienten ist sehr aufwendig und nur dann zu leisten, wenn wir nur eine begrenzte Anzahl solcher Patienten gleichzeitig behandeln. Die Zahl der Anmeldungen schwer geistig behinderter Menschen steigt nicht im gleichen Ausmaß. Daraus ist aber nicht zu schließen, daß die Patientenzahlen für unsere Klinik in diesem Bereich rückläufig wären. Vielmehr sehen wir die Entwicklung als ein Zeichen dafür, daß andere Hilfen für leicht behinderte Menschen nicht mehr genügend greifen. Wir suchen daher besonders die Kooperation mit den Jugendämtern sowie den Leistungsträgern der Jugendhilfe. Wegen knapper Kassen steht aber derzeit kurzfristiges Krisenmanagement im Vordergrund. Mittel- und längerfristig tragfähige Lösungen, die auch nachhaltig wirksam sein könnten, sind meist nur unter großem Aufwand durchzusetzen.

Abb. 3: Zugangswege zur Klinik

Anregung zur Vorstellung über

- Frühförderung
- Kindergärten
- Schulen
- Beratungsstellen
- Heime
- Jugendämter
- Sozialdienste
- Selbsthilfegruppen
- Niedergelassene Ärzte
- Kliniken

bisherige Hilfen/Therapien

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Psychotherapie
- Heilpädagogik
- Alternativtherapien (Heileurhythmie, Hippotherapie, Delacatother u.a.)

Die stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung gliedert sich in eine Diagnostik- und eine Behandlungsphase. In der Diagnostikphase soll dem Patienten Zeit und Raum gegeben werden, sich bei uns einzuleben, sich mit den Abläufen vertraut zu machen und die verschiedenen Angebote der Stationen, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie der Therapeuten kennenzulernen. Wir führen in dieser Zeit eine multidimensionale Diagnostik durch und erproben erste Behandlungsansätze. In der Diagnostik kann man nur selten auf standardisierte Meßverfahren zurückgreifen. Wenn überhaupt ist mit solchen Methoden nur eine sehr grobe Diagnose zu stellen. Der wesentliche Teil der Diagnostik erfolgt daher über die teilnehmende Beobachtung. Die Analyse der Beobachtungen und die Umsetzung in eine Behandlungsplanung erfordert einen hohen personellen Aufwand und eine dichte und offene Besprechungskultur. Zum Abschluß dieser Phase erfolgt ein Planungsgespräch mit dem Patienten und den Angehörigen und Betreuern. Dabei wird der bisherige Verlauf reflektiert und die weitere Behandlungsplanung erörtert.

Es kann sich dann eine mehrwöchige Behandlungsphase anschließen. In dieser werden die Behandlungsplanung laufend aktualisiert. Angehörige und Bezugspersonen werden in die

Behandlung einbezogen. Beratungsgespräche und Elternarbeit bilden einen arbeitsintensiven Schwerpunkt, der die Behandlung stützen und begleiten soll. Gegen Ende der Behandlung verlagert sich der Schwerpunkt: auf die Gestaltung der Entlassung zurück. Dazu werden Gespräche geführt, nach Möglichkeit Hospitationen eingeplant. Nach unserer Erfahrung hat das Gelingen dieser Phase einen wesentlichen Anteil, die der Stabilisierung des Patienten. Daß sich dabei oft nur ein Teil des Gewünschten realisieren läßt, ist leider Realität.

Im Durchschnitt bleiben die Patienten knapp 50 Tage bei uns. Je nach Auftrag und Verlauf reicht die Aufenthaltsdauer von 14 Tagen z.B. zur Diagnostik oder Krisenintervention bis zu 3 oder 4 Monaten bei längeren Therapien.

Das Konzept

Wir verstehen die Symptome unserer Patienten als Ausdruck einer nicht gelungenen Anpassung an die Lebensumstände. Entsprechend zielt die Behandlung nicht auf einzelne Symptome, sondern fußt auf einer ganzheitlichen Sichtweise. Sämtliche Behandlungsschritte sollen den Patienten in seiner ganzen Person erfassen und sein Umfeld genauso einbeziehen. Schlagworte wie systemisches und ressourcenorientiertes Arbeiten mögen dies beschreiben. Gerade bei den schwierigen Patienten und in der Behandlung expansiver Störungen hat sich gezeigt, daß diese Herangehensweise eine gute Behandlungschance bietet und auch eine nachhaltige Veränderung ermöglicht. Diese Behandlungsform bedarf natürlich einer umfassenden Beobachtung und einer fortlaufenden Reflexion der Interaktionen im Alltag. Sie bedingt auch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Daher werden die Beobachtungen und Erfahrungen der Mitarbeiter aus den verschiedenen Bereichen täglich in Übergabebesprechungen zusammengetragen, analysiert und reflektiert. Regelmäßige Visiten und Einzelfallbesprechungen dienen der Vertiefung und Weiterentwicklung des Behandlungsplanes.

Die Stationen arbeiten nach einem milieuthérapeutischen Konzept. Dies bedeutet einmal, daß Alltagsaktivitäten eine therapeutische Wirkung haben sollen. Es bedeutet aber auch, daß wir die therapeutischen Angebote so gestalten, daß sie in das alltägliche Handeln mit einfließen können. Sie finden so direkten Eingang in das Erleben der Patienten. Einzel- und Spezialtherapien bilden eine Ergänzung der Behandlung. Dies hat sich allgemein bewährt, ist aber vor allem in der Therapie schwerer behinderten Patienten unerlässlich.

In den Stationen arbeiten Heilerziehungspfleger, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Erzieher, Pädagogen und Sozialpädagogen zusammen. Die Arbeit wird im Schichtbetrieb organisiert, pro Schicht arbeiten in der Regel 3 Mitarbeiter auf der Station. Die Therapieleitung, die Betreuung und Beratung des Teams, Einzel- und Gruppentherapien sowie die Angehörigenarbeit werden von einem Psychologen bzw. einem Assistenzarzt wahrgenommen. Im Verbund sind Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, die Klinikschule sowie optional Arbeits- und Praktikumsplätze in der Werkstatt und den Regiebetrieben der Stiftung Liebenau assoziiert. Die ärztliche Leitung liegt beim Kinder- und Jugendpsychiater, die allgemeinmedizinische Betreuung übernimmt ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit spezieller Behindertenerfahrung.

Behandlungsschwerpunkte

In unserer Arbeit haben sich verschiedene Schwerpunkte herausgebildet. Einen Schwerpunkt konnten wir mit der Einrichtung der Eltern-Kind-Station in einem gesonderten Konzept umsetzen. Neben der stationären systemischen Arbeit lassen sich weiterhin anführen:

- Multimodale Therapie bei komplexen Störungen und kombinierten Erkrankungen;
- Therapie bei autistischen Störungen;
- Therapie bei schwer expansiven Störungen;
- Therapie von sehr gering und sehr schwer geistig behinderten Menschen.;
- Kooperation mit anthroposophischen Einrichtungen;
- Ambulante Vor- und Nachbetreuung.

Zukünftige Schwerpunkte

Wie bereits erwähnt wären die Ausweitung der ambulanten Angebote wie z.B. die Einrichtung mobiler Unterstützungsteams und die Schaffung teilstationärer Angebote wünschenswert. Die Realisierung ist derzeit aus sozial- und finanzpolitischen Gründen nicht möglich. Gerade in der Therapie schwerer behinderter Patienten könnte die ambulante Therapie einen wesentlichen Schwerpunkt bieten. Diese Personen reagieren oft empfindlich auf Veränderungen ihrer Lebensumwelt. Dies kann in einer ambulanten Behandlung vermieden werden. Auch der Nachteil, daß sich diese Patienten oft nur sehr langsam an eine neue Umgebung gewöhnen und die Behandlung entsprechend lange dauert, wäre so zu vermeiden.

Kooperationen

Es bestehen Kooperationen mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen des regional zuständigen Zentren für Psychiatrie, überregionalen Sondereinrichtungen der Behindertenhilfe (z.B. Blindeninstituten) und des Gesundheitssystems (Sozialpädiatrische Zentren, Epilepsiezentrum Kehl-Kork u. a.). Regional halten wir Verbindung zu verschiedenen Behinderteneinrichtungen, den Sozial- und Jugendämtern sowie Ärzten und niedergelassenen Therapeuten.

.

Stationäre psychiatrische Versorgung geistig behinderter Erwachsener

Die Station 41 in den Rheinischen Kliniken Langenfeld

Norbert Kittmann

Einleitung

Mit der Forderung der Sachverständigenkommission in der sog. *Psychiatrie-Enquête* im Jahre 1975, die Versorgung der psychisch Kranken von der Versorgung der geistig Behinderten zu trennen, wurden in der Bundesrepublik Deutschland entscheidende versorgungsstrukturelle und sozialpolitische Veränderungen zugunsten geistig behinderter Menschen eingeleitet. Die Folgen und Entwicklungen dieses einmaligen Reformprojekts sind bekannt und haben zu einer völlig veränderten Psychiatrie-Landschaft geführt. Die daraus resultierenden Enthospitalisierungs-bemühungen dauern bis heute an, ebenso der Prozeß der Ausgliederung von Geistigbehinderten aus den psychiatrischen Kliniken, die Integration Geistigbehinderter in die Gemeinden, ihre Regionalisierung und die Normalisierung ihrer Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen. Kritik an der herkömmlichen (auch klassischen) Psychiatrie, eingeleitet durch die Anti- und Sozialpsychiatrie, führte Ende der 70er Jahre zu einer Neubewertung der Sichtweise von geistiger Behinderung und zu einer Umorientierung im Umgang mit geistig behinderten Menschen sowie zu einer veränderten Versorgungsstruktur (DÖRNER 1998). Die Gleichsetzung von Behinderung und Krankheit, die bei geistiger Behinderung zu einer Einstufung von unheilbarer Krankheit führte, damit also jegliche Rehabilitationsfähigkeit ausschloß, erfuhr nun eine überfällige Korrektur und ermöglichte pädagogische Förderung, schulische Bildung, psychiatrische Behandlung sowie in jüngster Zeit auch spezielle Psychotherapie. „Durch diese Trennung von geistiger Behinderung einerseits und psychischer Störung bzw. psychischer Erkrankung andererseits war es daher erst möglich, zwischen Versorgung, Förderung und Therapie zu unterscheiden und so die Aufmerksamkeit der (Psycho-) Therapeuten auf die Behandlung von Geistigbehinderten zu richten.“ (HENNICKE & ROTTHAUS 1993) Insofern haben wir es mit einem *Paradigmenwechsel* (BÄCHTHOLD 1990) hinsichtlich des Denkens und Handelns bei der Gestaltung der Lebenssituation für Menschen mit geistiger Behinderung zu tun. Gemeint ist damit der Wechsel von einer defizit - zu einer entwicklungsorientierten Sichtweise von geistiger Behinderung, der Wechsel von einer schädigungsorientierten zu einer sozialisationsorientierten Perspektive, der Wechsel von klinischer Pflegeroutine zu einer sozialemotional und kommunikativ orientierten Beziehungsgestaltung und schließlich die Erkenntnis, daß Interdisziplinarität und Kooperation insbesondere zwischen Medizin (Psychiatrie), Pädagogik und Psychologie eine notwendige Voraussetzung für menschliche Entwicklung bei geistig Behinderten darstellt.

„Es fällt allerdings auf, daß die neueren gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen insbesondere Tages- und Nachtkliniken, sozialpsychiatrische Dienste, gemeindepsychiatrische Zentren die Geistigbehinderten weitgehend ausschließen. Das folgenreichste Defizit ist wohl, daß wirksame Angebote zur Krisenintervention und stationärer psychiatrischer Behandlung bei Geistigbehinderten so gut wie fehlen; sowohl Eltern/Angehörigen wie auch Mitarbeitern in Behinderteneinrichtungen stehen in akuten Krisensituationen kaum fachliche Hilfe von Außen zur Verfügung. Fehlende erreichbare Kurzzeitplätze machen die in bestimmten Fällen sinnvolle und erforderliche vorübergehende Herausnahme aus dem konfliktträchtigen Umfeld unmöglich; und frei praktizierende Therapeuten fühlen sich in der Regel mit geistig behinderten Klienten überfordert“ (DREHER et al. 1987).

Entwicklung eines stationären Behandlungsangebots für geistig behinderte Menschen im psychiatrischen Krankenhaus

Mit der Gründung der Rheinischen Heilpädagogischen Heime wurde im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) im großen Stile enthospitalisiert mit der Zielsetzung, in den psychiatrischen Kliniken letztendlich kein Versorgungsangebot mehr für geistig behinderte Menschen (Erwachsene!) vorzuhalten. Für die Rheinischen Kliniken Langenfeld bedeutete das, daß auf einen Schlag ein Großteil der geistig behinderten Menschen (260 Personen) im Jahre 1980 ausgegliedert werden konnte. Auf Beschluß der Landschaftsversammlung des LVR wurden zum 1.1.1989 weitere 66 geistig behinderte Patienten aus den Rheinischen Kliniken Langenfeld in das Rheinische Heilpädagogische Heim Langenfeld übergeleitet. In der Klinik verblieben noch 18 Betten für die klinische Behandlung und die psychosoziale Krisenintervention für geistig behinderte Erwachsene. Das war die Geburtsstunde der Station 41, einer psychiatrischen Spezialstation für *psychisch kranke* geistig behinderte Menschen, die inzwischen auf 10 Jahre erfolgreiches Bestehen zurückblicken kann, die sich kontinuierlich weiterentwickelt und das psychosoziale Versorgungsnetz für geistig behinderte Erwachsene in der weiter unten beschriebenen Versorgungsregion schließt.

Die Startsituation begann damals unter denkbar ungünstigen Umständen und schwierigen Bedingungen: Erstens wollte man keine geistig behinderten Menschen mehr in der Psychiatrie haben - das war insbesondere die Philosophie der Trägerverwaltung LVR - und zweitens mußte die Station 41 mit 18 verbliebenen geistig behinderten Patienten beginnen, die nicht ausgegliedert bzw. entlassen werden konnten, weil sie als zu schwierig, zu krank oder zu auffällig eingestuft wurden, als daß sie Aufnahme im Heilpädagogischen Heim oder anderswo hätten finden können. Diese in der Klinik verbliebene, psychosekranke oder autistische und auch schwer hospitalisierte Patientengruppe kann man als den sog. *Harten Kern* bezeichnen, wie er in der einschlägigen Fachliteratur immer wieder beschrieben worden ist.

Doch spätestens ab diesem Umstrukturierungsprozeß waren die Mitarbeiter der Station nicht mehr bereit, als „*Abschiebebahnhof*“ oder als „*Letzte Wiese*“ für geistig behinderte Menschen zu fungieren, die keiner mehr haben wollte oder mit denen sonst keiner glaubte fertig zu werden. Statt dessen wurde eine neue richtungweisende Zielsetzung formuliert, nämlich für geistig behinderte Menschen, die in ein psychiatrisches Krankenhaus wegen einer akuten Krise, einer psychischen Erkrankung, dissozialer oder delinquenten Handlungen sowie Verhaltensstörungen eingewiesen werden bzw. um Aufnahme ersuchen, ein angemessenes, qualitativ anspruchsvolles und auf Heilung (Lösung!) der vorliegenden Problemlage gerichtetes Behandlungsangebot zu machen bzw. zu entwickeln.

Um die selbst gesetzten Ansprüche realisieren zu können, war es zunächst erforderlich, alle Mitarbeiter mehr oder weniger intensiv fortzubilden - bei aller bereits bestehenden Vorerfahrung im Umgang mit geistig Behinderten und deren vielfältigen zusätzlichen Krankheitsbildern -, Informationen zu sammeln durch Exkursionen, Austausch mit Fachleuten der Psychiatrie und der Behindertenarbeit, Teilnahme an Tagungen usw.. Desweiteren war es nötig, die Klinikleitung für das Vorhaben zu gewinnen und die Nützlichkeit des neuen Ansatzes zu begründen (Qualitätsstandards entwickeln, finanzielle Machbarkeit belegen etc.). Von großem Nutzen für die weitere Entwicklung war die Erkenntnis, daß die Entlassung eines Patienten bereits mit der Aufnahme beginnt. Es gelang so in stetigem Maße, den Aufnahmedruck von der Station zu nehmen, weil Chronizität bereits am Beginn des Behandlungsgeschehens ausgeschlossen wurde.

Mit Hilfe der Sozialdienste, dem Angebot nachsorgender Hilfen sowie durch eine Verpflichtung auf weitere Zuständigkeit im Krisenfall gelang es allmählich, für die verbliebenen Langzeitpatienten, die bisher als nicht entlassungsfähig galten, einen Ort zum Leben außerhalb der Psychiatrie zu finden. Jetzt erst war es möglich, jede Aufnahmeanfrage eines geistig behinderten Patienten angemessen zu berücksichtigen und nach der Devise zu verfahren, bei Zuständigkeit und Behandlungserfordernis jederzeit ein freies Bett zu haben. Die stationäre psychiatrische Versorgung für psychisch kranke geistig behinderte Menschen entwickelte sich zu

einem fest installiertem Angebot der Klinik für die zu versorgende Region. Aus der *Verwahrstation* entwickelte sich eine gut funktionierende *Aufnahme- und Behandlungsstation*, Aufnahmen und Entlassungen begannen sich die Waage zu halten und das Hauptargument der Kritiker gegen eine psychiatrische Klinikstation für geistig Behinderte, sie würde zur erneuten Hospitalisierung beitragen sowie Langzeitpatienten produzieren, konnte eindeutig entkräftet und widerlegt werden.

Interdisziplinäre Kooperation und ein gut aufeinander eingestelltes Stationsteam, erfahren im Umgang mit geistig behinderten Menschen und offen für Innovationen, waren wichtige Voraussetzungen zur Schaffung eines pädagogisch-therapeutischen Klimas, das der Situation und den Bedürfnissen geistig behinderter Menschen gerecht wurde. Besonders hervorzuheben ist die Bereitschaft aller beteiligten Berufsgruppen zu kooperieren und ein gemeinsames Ziel im Sinne einer Leitlinie für den therapeutischen Prozeß zu verfolgen. Erst in der Alltagspraxis mit allen ihren belastenden Auswirkungen auf die Zusammenarbeit wird spürbar, daß interdisziplinäre Kooperation gar nicht so leicht realisierbar ist, da sie eine gemeinsame Problemorientierung (d.h. Lösungsorientierung und Zielorientierung) und partnerschaftlichen Umgang voraussetzt, soll sie gelingen. Doch die Befunde des systemischen Forschungsansatzes (z.B. SCHIEPECK 1986) geben genügende Begründung, an der formulierten Leitlinie festzuhalten und weiterzuarbeiten, da sie aufzeigen, „daß Rehabilitationserfolge mehr von der Kooperationsfähigkeit eines Teams abhängig sind als von den spezifischen Eigenschaften der angewendeten Behandlungs- oder Förderprogramme. Ein Organisationskonzept der Teamarbeit und der interdisziplinären Kooperation fördert die Kreativität und Flexibilität“ (BÄCHTHOLD 1990). Regelmäßige Teamsupervision, Organisationsberatung, Fort- und Weiterbildung, Anwendung und Transformation neuer therapeutischer Konzepte in das Behandlungsgeschehen (z.B. körpertherapeutische Verfahren, kommunikationstherapeutische Ansätze, systemische Familientherapie u.a.) haben dazu beigetragen, daß die Station als eine Spezialstation mit (heil-)pädagogisch-therapeutischem Akzent eine psychiatrische Regelleistung im Versorgungssystem darstellt bzw. in der zuständigen Region eine anerkannte stationäre psychiatrische Versorgung für geistig behinderte Erwachsene gewährleistet.

Ebenso wie auf den Aufnahmeprozeß richteten wir unsere Aufmerksamkeit auf die Entlassungssituation, um die Rückkehr des Patienten in seine alte Lebens- und Wohnsituation sicherzustellen oder einen neuen, geeigneteren Lebensraum zu organisieren. Nur so wurde es möglich, dem eigentlichen Auftrag nachzukommen, Aufnahme- und Behandlungsstation zu sein. Eine enge Zusammenarbeit mit den Heimen in der Region, mit den Angehörigen, den gesetzlichen Betreuern, wurde unentbehrlich für das Gelingen einer „guten“ Entlassung, desweiteren der Kontakt zu den Werkstätten für Behinderte, den Beratungsstellen und Sozialdiensten für Behinderte und sonstigen Einrichtungen der Behindertenhilfe. Nicht zuletzt bedurfte es einer ausreichenden Kontaktpflege zu den niedergelassenen Ärzten zur Abstimmung des Behandlungsplanes und der Übernahme von Empfehlungen für die Weiterbehandlung.

Klinikkontext

Der Landschaftsverband Rheinland als regionaler Kommunalverband der rheinischen Städte und Kreise ist - neben anderen Aufgaben - Träger von neun Fachkliniken für Psychiatrie und Neurologie, u.a der Rheinischen Klinik Langenfeld. In § 3 der Betriebssatzung für die Rheinischen Kliniken des LVR ist die Aufgabenstellung dahingehend formuliert, daß die Klinik ärztliche, pflegerische und medizinisch-rehabilitative Hilfeleistungen anbietet, um Krankheiten, Leiden und Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern, sowie im Rahmen der Prüfung der Aufnahmenotwendigkeit vorstationäre Diagnostik und ambulante Vor- und Nachsorge zu betreiben (Rheinischen Klinik Langenfeld, Klinikkonzept 1996). Auf dem Hintergrund einer sozialpsychiatrischen Tradition ist die Klinik keinem spezifischen Persönlichkeitsmodell verpflichtet, in dem ein Krankheitsmodell begründet und ein Behandlungsansatz abgeleitet wäre. Es wird vielmehr ein integrativer Ansatz, in dem verschiedene Erklärungsmodelle des menschlichen Erlebens und Handelns nicht konkurrierend nebeneinanderstehen, praktiziert. Die „Empfehlungen der Expertenkommission“ und die

„*Psychiatriepersonalverordnung*“ (*PsychPV*), denen ein mehrdimensionales Krankheitskonzept zugrunde liegt, stellen die Grundlage für die Auftragserfüllung der Klinik dar. Die Station 41 wurde in diesen Klinikkontext eingebettet und seit 1996 fest verankert.

Wie für die Gesamtklinik besteht eine Versorgungsverpflichtung im Einzugsgebiet, die Station 41 erfüllt damit die Aufgaben der regionalen psychiatrischen Krankenversorgung entsprechend dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen. Versorgungszuständigkeit besteht für die kreisfreien Städte Leverkusen, Solingen, dem mittleren und südlichen Teil des Kreises Mettmann, die Städte Leichlingen u. Burscheid des Rheinisch-Bergischen Kreises sowie nördliche Stadtgebiete von Köln (Chorweiler und Nippes).

Die Klinik hat ihre Versorgungsregion in insgesamt drei Sektoren eingeteilt, denen jeweils drei Krankenhausabteilungen zugeordnet sind. Die Station 41 arbeitet sektorübergreifend und nimmt bei forensischen Patienten auch eine überregionale Versorgungsaufgabe wahr neben einem unverbindlichen Angebot für geistig behinderte Patienten aus angrenzenden Regionen bei verfügbarer freier Bettenkapazität. Das Versorgungsgebiet umfaßt ca. 823000 Einwohner, die Anfahrt zur Klinik beträgt max. 25 km, und die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln dauert in der Regel weniger als 1 Std.. Die Klinik hat insgesamt 684 Betten, davon 494 im KHG-Bereich; die Station 41 (+41a) hat 24 Betten, davon 20 im KHG-Bereich und 4 im Reha-Bereich. Der pauschale Pflegesatz der Klinik (vollstationär) beträgt derzeit 331,57 DM für den KHG-Bereich und 231,04 DM für den Reha-Bereich.

Von großer Bedeutung für die Funktionsfähigkeit und Aufgabenerfüllung der Station 41 ist ihre Einbettung in den Gesamtkontext der Klinik und damit die Möglichkeit der Nutzung von Ressourcen der Gesamtklinik wie Arbeitstherapie, Labormedizin, EEG, EKG, Röntgen, Konsiliarärzte, psychologische Diagnostik u.v.m. Zu erwähnen ist noch, daß es der Station 41 kaum möglich ist, kostendeckend zu arbeiten wegen der relativ (gemessen an der übrigen Klinik) hohen Personalausstattung (1 Facharzt für Psychiatrie, 1 Diplompädagoge, 0,25 Sozialarbeiter, 10 vollqualifizierte Krankenpflegekräfte, 4 ErzieherInnen, 6 einjährig ausgebildete Krankenpflegekräfte sowie Zivildienstleistende, Praktikanten, Pflegeschüler /Innen in wechselnder Anzahl). Seitens der Klinikleitung besteht ein originäres Interesse, geistigbehinderte Patienten nicht auf den jeweiligen Sektorstationen behandeln zu müssen, da es inkompatibel erscheint, diesen Personenkreis im Setting für nichtbehinderte Menschen angemessen und erfolgversprechend zu betreuen und zu therapieren. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt und bestätigen sich heute mehr denn je, daß eine effektive gemeinsame Behandlung von psychisch Kranken und von geistigbehinderten Patienten mit psychischen Auffälligkeiten im psychiatrischen Krankenhaus nicht realisierbar ist.

Die immer wieder geäußerte Klage, daß die Allgemeinpsychiatrie für eine Behandlung von geistig behinderten Menschen mit psychischer Störung (psychiatrischer Erkrankung) nicht ausreichend kompetent sei, scheint demnach - so die unsrigen Erfahrungen - berechtigt zu sein, ebenso die Tatsache, daß es an entsprechenden (alternativen) Einrichtungen für psychiatrisch behandlungsbedürftige geistig Behinderte fehlt. Zwischen den Systemen der Behindertenhilfe und denen für psychisch kranke Menschen wird der geistig Behinderte mit psychischen Auffälligkeiten hin und hergeschoben, weil beide Systeme sich entweder nicht zuständig oder auch überfordert fühlen. Ob die Station 41 ein Modell für die Zukunft sein wird, kann an dieser Stelle nicht weiter analysiert werden und muß offen bleiben. Ihren Erfolg und ihre Wirksamkeit stellt sie jedoch allein schon mit den Behandlungszahlen unter Beweis von jährlich etwa 120 Aufnahmen und ebenso vielen Entlassungen bei einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa 46 Tagen pro Patient.

Konzeption: Krisenintervention und Behandlungsstation für psychisch kranke geistig Behinderte

Die Station hat den Auftrag erhalten, geistig behinderte Erwachsene, die aus verschiedenen Gründen krankenhausbearbeitungsbedürftig geworden sind (Psychosen, Verhaltensprobleme,

Persönlichkeitsstörungen, sonstige psychische Auffälligkeiten, neurologische Erkrankungen mit psychischer Komponente etc.), im Rahmen einer Krisenintervention aufzunehmen und eine kurz- bis mittelfristige Behandlung durchzuführen.

Aufgenommen werden Personen im Alter zwischen 18 und 63 Jahren. Für ältere Patienten ist die Abteilung Gerontopsychiatrie zuständig. Ausnahmen können dann gemacht werden, wenn sicher ist, das es sich um eine reine Krisenintervention bei einem geistig behinderten Menschen handelt, der kurzfristig wieder entlassen werden kann.

Die Behandlung findet statt auf der Grundlage des PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten), aufgrund eines vormundschaftsgerichtlichen Beschlusses (nach dem Betreuungsgesetz) oder auf freiwilliger Basis (ggf. mit Zustimmung des gesetzlichen Betreuers). Im Falle der Überbelegung zuständiger forensischer Stationen werden auch geistig behinderte forensische Patienten aufgenommen.

Indikationen für die Aufnahme sind:

- (Schwere) Unruhe- und Erregungszustände
- Aggressionen (Hetero- und Autoaggressionen)
- affektive Störungen wie Labilität, Depressionen, Impulsivität, Passivität
- autistische Zustandsbilder
- Konfliktreaktionen
- epileptische Anfälle und Abbauprozesse
- psychotische Zustandsbilder
- Verlustängste
- Ablöseprozesse (-probleme) von zu Hause
- somatische Beschwerden mit verringerter Belastungsfähigkeit und erhöhtem Pflegeaufwand
- Dissozialität
- Verwahrlosungssymptome
- schwere Persönlichkeitsstörungen.

Wir begreifen geistige Behinderung nicht als Krankheit, sondern als einen (anderen) Zustand menschlicher Gesundheit, der primär heilpädagogischer Hilfen und Unterstützung bedarf. Für geistig behinderte Personen, die aufgrund spezifischer Belastungen (z.B. Hirnschädigung, längere Krankenhausaufenthalte, gesellschaftliche Benachteiligung) häufiger als nichtbehinderte Menschen dem Risiko ausgesetzt sind, eine psychotische, neurotische Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung zu entwickeln, sind interdisziplinäre, zum Beispiel spezielle medizinische, psychiatrische, psychologische und pädagogische Hilfen erforderlich. Daher ist unsere Station durch einen *ganzheitlichen pädagogisch-psychiatrisch-pflegerischen Ansatz* gekennzeichnet. Die Behandlungsangebote betonen den pädagogischen Aspekt und sind auf die Schaffung eines Lern- und Handlungsrahmens ausgerichtet, den geistig behinderte Menschen überschauen, verstehen und begreifen können.

Bei der Behandlung von psychischen Störungen geistig Behinderter ist es wichtig, solche Elemente wie die veränderte Wahrnehmung, Verlangsamung der Verarbeitungsprozesse, eingeschränkte oder andere Kommunikation, Unangemessenheit der Reaktionen (z.B. Aggression), mangelhafte Ich-Funktion, frühe negative Grunderfahrung („*Urmisstrauen*“) und eine Persönlichkeit, die von Ängstlichkeit, geringer Frustrationstoleranz, erhöhter Ablenkbarkeit, unrealistischem Selbstkonzept etc. gekennzeichnet ist, zu berücksichtigen.

Infolge dieser Besonderheiten bei geistig Behinderten ergeben sich *diagnostische Probleme*. Die Vielfalt und Andersartigkeit der beobachtbaren Symptome erschwert eine Zuordnung zu psychiatrischen Krankheitsbildern. Auch scheint die bei geistig Behinderten feststellbare Symptomatik anderen psychopathologischen Gesetzmäßigkeiten zu unterliegen. Durch das Fehlen der subjektiven Schilderung der Befindlichkeit des Klienten sind wir vorwiegend auf fremdanamnestiche Daten und Fremdbeobachtung angewiesen. Da die Beziehung zwischen

Symptomverhalten und dem, was nicht in Ordnung ist, häufig gering ist (verzögert, extrem dargestellt etc.), können entscheidende Faktoren nicht oder oft nur schwer erkannt werden. Sinnvoll erscheint uns deshalb eine Entwicklungsdiagnostik, insbesondere eine beschreibende Diagnostik bzw. Verhaltensdiagnostik, die vor allem auch eine Kontextklärung beinhaltet.

Zu den *Behandlungszielen* gehören neben einer reinen Krisenintervention oder medikamentösen Behandlung zum Beispiel:

- Förderung des Sozialverhaltens (Konfliktfähigkeit, Beziehungsfähigkeit)
- Entwicklung der Gruppen- und Gemeinschaftsfähigkeit
- Förderung der Kommunikationsfähigkeit
- Erweiterung der lebenspraktischen Kompetenz und Selbständigkeit
- Abbau und Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten
- Abbau von Angst bzw. Entwicklung von Zutrauen und Zuversicht
- Erhalt bzw. Entwicklung vorhandener Fähigkeiten
- Stabilisierung der Persönlichkeit
- Erlernen alternativer und kompensatorischer Handlungsmöglichkeiten
- (Wieder-) Herstellung der Heim- bzw. Arbeitsfähigkeit
- Transfer der klinischen Erkenntnisse in das Betreuungssystem.

Der Schwerpunkt der patientenbezogenen Behandlung aller Berufsgruppen liegt in verhaltenstherapeutisch und systemisch ausgerichteten Ansätzen. Tiefenpsychologische und analytische Gesichtspunkte kommen dagegen stärker bei Diagnosestellung und Entwicklungseinschätzung zum Tragen. Bedarfsorientiert werden auch körpertherapeutische Verfahren und paradoxe Interventionsstrategien angewandt. Die Behandlung und heilpädagogischen Hilfen finden im *therapeutischen Milieu* statt, in dem der Einzelne „ganzheitlich“ gesehen wird in Anlehnung an die Aktivitäten des täglichen Lebens (nach ROPER et al. 1987). Ein *Bezugspersonensystem* (Zuordnung der Patienten zu festen Bezugspflegegruppen) sorgt für feste Ansprechpartner und ermöglicht individuelle Lernprozesse. Die gesamte diagnostisch-therapeutische Leistung während einer Behandlung wird vom multiprofessionellen Team der Station (Arzt, Pädagoge, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Erzieher, Beschäftigungstherapeut) erbracht.

Die *Behandlungsmethoden* sind im einzelnen:

- medikamentöse Therapie
- Milieuthherapie
- Familientherapie
- Verhaltenstherapie
- Aufmerksamkeitsinteraktionstherapie
- Gesprächstherapie.

Sie sind als Handlungsstrategien zu verstehen und kommen sowohl im psychiatrisch-ärztlichen und pädagogischen als auch im pflegerischen Handeln vor. Pflegerische und therapeutische Vorgänge finden nicht getrennt statt, sondern jeder Mitarbeiter ist in Ausrichtung auf das formulierte Behandlungsziel am therapeutischen Prozeß beteiligt.

In der Aufnahmesituation wird der Patient durch eine examinierte Pflegekraft begrüßt und in Empfang genommen und den Mitarbeitern des Teams sowie den Mitpatienten vorgestellt. Das Pflegepersonal erledigt die administrativen Formalitäten und führt den Patienten in die Räumlichkeiten sowie die Stationsregeln ein. Eine Pflegeplanung wird erstellt.

Das *Erstgespräch* mit Arzt und Diplom-Pädagogen findet in der Regel am Tag der Aufnahme statt. Bei dem Gespräch werden:

- der aktuelle psychische Befund und der internistisch-neurologische Untersuchungsbefund durch den Arzt erhoben

- sozial- und fremdanamnestische Daten (soweit am ersten Tag möglich) erhoben
- bei Aufnahme in einer akuten Krisenintervention wird primär angestrebt, den Patienten möglichst schnell zu beruhigen.

Die *Therapieplanung* wird vom Arzt und Diplom-Pädagogen in Kooperation mit dem gesamten Team (alle Berufsgruppen) durchgeführt. Fallabhängig werden Angehörige, Betreuer, Mitarbeiter der Heime, Vertreter der Werkstätten und andere Personen einbezogen. Alle notwendigen *medizinischen Maßnahmen* werden vom Arzt erbracht und sind in die Behandlungsplanung eingebettet. Besondere Aufmerksamkeit wird den Aufträgen gewidmet, die vom Patienten, den „*Entsendern*“ und anderen Beteiligten (einweisender Arzt, Angehörigen etc.) der Station erteilt werden, um so möglichst Eigenaufträge zu vermeiden. Während der gesamten Behandlung findet eine bezugspersonenorientierte Betreuung und Pflege statt. Die *Pflegeplanung* wird für jeden Patienten nach seiner Aufnahme sowie im weiteren Behandlungsverlauf bedarfsorientiert erstellt und angemessen nach der jeweiligen therapeutischen Zielsetzung modifiziert. Im Rahmen der Pflegeplanung werden Behandlungsauftrag, Behandlungsziele, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen festgelegt. Der *Behandlungsauftrag* schließt in der Regel eine Entaktualisierung akuter Zustände von Erregung, Verweigerung sowie Auto- und Fremdaggression mit ein und sieht vor, gesunde Anteile zu erhalten und kranke Anteile zu bessern. Eine Stabilisierung und Vorbereitung auf die Entlassung in die alte oder neu geschaffene Umgebung (z.B. Heim, Pflegefamilie, betreutes Wohnen etc.) und, wo notwendig und möglich, auch eine ambulante Weiterbehandlung, sind als weitere Ziele der Behandlung zu verstehen. Die Pflege ist darauf ausgerichtet, daß der Patient sich in seinem Lebensumfeld wieder wohl fühlen kann und in die Lage versetzt wird, mit sich selbst, den Alltagsproblemen, Belastungsanforderungen und seinen Realitäten spannungsfrei umzugehen. Der Patient soll die Möglichkeit erhalten, eigene Ressourcen kennenzulernen, zu erfahren und einzusetzen. Das Vertrauen zum Behandlungsteam wird als wichtige Voraussetzung betrachtet.

Eine enge *Kooperation* findet *mit den komplementären* Einrichtungen statt, insbesondere mit allen Heimen und ähnlichen betreuenden Einrichtungen im Einzugsgebiet. Weitere komplementäre Einrichtungen sind Werkstätten für Behinderte, Sozialpsychiatrische Zentren, Heilpädagogische Zentren, Vereine für psychosoziale Dienste, desweiteren alle niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet.

Unsere Klienten werden in einen festen Tagesablauf mit Freizeitaktivitäten, Gruppenstunden, therapeutischen Sitzungen sowie Arbeits-, Beschäftigungs- und Sporttherapie integriert, soweit nicht spezielle Einzelbetreuungen notwendig sind. In Einzelfällen findet zusätzlich Sprachtherapie und Krankengymnastik durch frei praktizierende Therapeuten statt. Jeder Patient kann für Massagen und Entspannungsbäder in die klinikeigene Bäderabteilung entsandt werden, z.T. werden diese Maßnahmen auch direkt auf der Station durchgeführt.

Neben der geschlossenen und halboffenen Station 41 mit 20 (KHG-) Betten existiert als weiteres Angebot eine offene *Reha-Station mit 4-6 Betten für chronisch psychisch kranke, „sozial schwache“, seelisch behinderte, lern- und auch geistig behinderte Personen*. Aufnahme finden hier leicht- bis mittelgradig geistig Behinderte mit diversen Zusatzdiagnosen, die als schwer oder nicht in Heime vermittelbar gelten, bereits mehrere Heim- und/oder Psychiatrieaufenthalte hinter sich haben und insbesondere wegen schwerwiegender psychotischer oder sozialer Krisen und erheblicher Verhaltensstörungen in kein System außerhalb der Klinik dauerhaft integriert werden konnten. Innerhalb einer mittelfristigen Behandlungsdauer von mindestens einem halben Jahr bis zu drei Jahren sollen individuelle, gruppenspezifische und verhaltensmodifizierende Lernprozesse in Gang gesetzt werden, die beim Patienten zu mehr Belastungsfähigkeit, sozialer Kompetenz und selbständigem Handeln führen sollen, um insgesamt eine Verbesserung der sozialen Integrationsfähigkeit zu erreichen. Der Auftrag der Station 41a ist *sozialpsychiatrische Rehabilitation*. Kostenträger ist nicht mehr - wie im Regelfall - die Krankenkasse, sondern der überörtliche Träger der Sozialhilfe (Landschaftsverband Rheinland). Die Patienten besuchen mindestens halbtags einen Arbeitsplatz innerhalb der Klinik (z.B. Gutshof, Arbeitstherapeutische Werkstatt) oder einen außerhalb der Klinik befindlichen Arbeitsbereich (z.B. Werkstatt für Behinderte,

Verein für Psychosoziale Dienste); letzteres ist auch Ziel in der Arbeit mit diesen Patienten. Angestrebt wird für jeden Patienten eine Ganztagsbeschäftigung, wenngleich dies nicht immer möglich ist (DÖRNER 1998, 39f.).

Für die Reha-Station ist entscheidend, daß Lernprozesse in einem offenen, überschaubaren Rahmen der Kleingruppe stattfinden mit Unterstützung durch feste Bezugspersonen. Es werden Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Umgang mit anderen, Einhalten von Regeln usw. eingeübt. Grundgedanke ist auch hier ein milieuthérapeutischer und integrativer Ansatz unter Einbeziehung der Aktivitäten des täglichen Lebens in Anlehnung an das Pflegemodell nach ROPER. Neben ihrer Hauptaufgabe, eine klinische spezialisierte Behandlung für geistig Behinderte anzubieten, hält die Station einmal wöchentlich eine *heilpädagogisch-psychiatrische Sprechstunde* ab im Rahmen der Institutsambulanz. In der ambulanten Situation werden ggf. auch Klinikaufnahmen von geistig behinderten Patienten (vor-)abgeklärt sowie vorgemerkt auf der Warteliste i.S. einer *Vorschaltambulanz*. Desweiteren ist das ambulante Angebot offen für geistig behinderte Patienten, die keine stationäre Behandlung benötigen und für Fälle, in denen psychosoziale Beratungshilfen vorläufig oder dauerhaft ausreichend sind. Die ambulante Sprechstunde wird immer gemeinsam mit Arzt und Diplom -Pädagoge durchgeführt, wenn es sich um die erste Sitzung handelt; Folgesitzungen können je nach Indikation jeweils mit dem einen oder anderen Therapeuten stattfinden. Die heilpädagogisch-psychiatrische Sprechstunde stellt lediglich ein ergänzendes Angebot der Station dar und ist deshalb auf maximal drei Stunden pro Woche begrenzt.

Abschließende Überlegungen

Patienten, die auf die Station 41 eingewiesen werden, zeigen häufig Provokationssymptome, insbesondere fremd- und autoaggressiver Art, Verweigerungssymptome, infantile bzw. regressive Symptome; insgesamt also sehr sichtbare und einfache Symptome. Meist werden die beklagten Auffälligkeiten als reaktive Verhaltenssymptome diagnostiziert aufgrund von Veränderungen verschiedenster Art (Betreuerwechsel, Verlust eines Angehörigen, Einzug ins Wohnheim, somatische Beschwerden, Wechsel des Besuchsrhythmus usw.). Der Fall scheint klar zu sein! Erst im Verlauf von Verhaltensbeobachtungen und beschreibender Diagnostik, Beziehungsaufnahme zum Patienten, Gesprächen mit Angehörigen u.a.m.. werden verdeckte Symptome und tieferliegende Gründe für auffälliges Verhalten sichtbar und nicht selten völlig festgefahrene Beziehungen und Spannungen im (Betreuungs-) System sichtbar. In solchen Fällen läßt sich das Symptom oder das beklagte Verhalten nicht einfach *wegbehandeln*, es läßt sich bestenfalls unterdrücken oder abstoppen im Sinne eines time-out. Ein Krankheitsmodell, das auf Heilung bedacht ist, taugt nicht, um angemessen und erfolgreich zu intervenieren. Als hilfreich und weiterführend zeigt sich in der Praxis ein (systemisches) Kooperationsmodell, das *Verhandeln* in den Mittelpunkt des Behandlungsprozesses stellt und Lösungen anstrebt, die Fähigkeiten, Ressourcen und vorhandene Potentiale des Klienten und seines Systems sichtbar macht sowie neue Optionen für zukünftiges Handeln und den Umgang miteinander eröffnet.

Neuerdings sieht sich unsere Spezialstation mit einem zusätzlichen Aufgabengebiet konfrontiert Angemessene Hilfen für *psychisch kranke und geistig behinderte Straftäter* zu offerieren, die nach §63 StGB im Rahmen des Maßregelvollzugs in die Klinik eingewiesen werden, aber mangels Kapazität nicht auf den dafür vorgesehenen forensischen Stationen unterzubringen sind. Die Spezialstation für psychisch kranke geistig Behinderte bietet hinsichtlich des zugeschnittenen Behandlungsangebots zwar auch geeignete Voraussetzungen für forensische geistig behinderte Patienten, muß sich aber mit erhöhten Sicherheitsanforderungen befassen, die zu Lasten anderer Patienten sich einschränkend auswirken, und die Station muß sich auf eine Unterbringungsdauer von vielen (unbegrenzten) Jahren einstellen, die das auf kurz- und mittelfristige Verweildauern ausgerichtete Behandlungssetting nicht hergibt. Derzeit wird eine Lösung angestrebt, die eine Schaffung von zusätzlichen Räumen mit individueller Wohnatmosphäre vorsieht und vorwiegend deliktorientierte Behandlungsstrategien ermöglicht.

Abschließend ist noch anzumerken, daß die Nachfrage nach stationären Behandlungsplätzen für

geistig behinderte Personen mit psychischen Störungen das vorhandene Angebot an Betten übersteigt und nur mit einer Warteliste bewältigt werden kann. Eine Nachfrage besteht weiterhin bezüglich *tagesklinischer Behandlung* für geistig behinderte Menschen sowie *ambulanter Psychotherapie*. Beides erscheint derzeit weder finanzierbar noch realisierbar, obwohl nichtbehinderte psychisch Kranke dieses Angebot in der Psychiatrie und beim niedergelassenen Psychiater sowie anderen anerkannten Psychotherapeuten vorfinden. In diesem Falle ist kritisch zu vermerken, daß das Interesse für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen bei niedergelassenen und anerkannten Psychotherapeuten, Medizinern oder Psychologen zur Zeit noch ausgesprochen gering zu sein scheint. Zudem fühlen sich nicht wenige für einen psychotherapeutischen Umgang mit geistig behinderten Menschen unzureichend ausgebildet. Diese defizitäre Versorgungssituation wie aber auch das Fehlen von angemessenen Alternativen (z.B. *Sozialtherapeutische Wohngruppen* mit Kriseninterventionsplätzen) in der Versorgungsregion und darüber hinaus erklären nämlich unter anderem die hohe Nachfrage in bezug auf unser Angebot sowie die wachsende Akzeptanz dieses „*Langenfelder Weges*“.

Literatur

- BRADL, CH.: Geistigbehinderte und Psychiatrie, in: DREHER, W.; HOFMANN, TH.; BRADL, CH. (Hrsg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987,9-33
- BÄCHTHOLD, A. In: BÖKER, W. u. BRENNER, H.-D. (Hrsg.): Geistigbehinderte in Psychiatrischen Kliniken. Neue Tendenzen und Konzepte. Bern 1990, 23-24
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200. Bonn 1975 (*Psychiatrie- Enquête*)
- DÖRNER, K.: Enthospitalisierung aus sozialpsychiatrischer Sicht. Am Beispiel des Landeskrankenhauses Gütersloh, in: THEUNISSEN, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung ein Etikettenschwindel? Bad Heilbrunn 1998, 9-33
- DREHER, W.; HOFMANN, TH.; BRADL, CH. (Hrsg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987, 9-33
- HENNICKE, K.; ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund 1993, 9
- PETRY, D. und DOŠEN, A.: Geistig Behinderte zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe. Über den Umgang mit psychischen Störungen bei geistig behinderten Menschen. Maastricht, Venray 1994 (Unveröffentl. Manuskript)
- Rheinische Kliniken Langenfeld: Klinikkonzept 1996
- ROPER, N., LOGAN, W. TIERNEY, E: Elemente der Krankenpflege. Bonn 1987
- SCHIEPECK, G.: Systemische Diagnostik in der klinischen Psychologie. Weinheim 1986
- THEUNISSEN, G.: Pädagogische Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. In: Fachdienst der Lebenshilfe Nr.3/96

Beratungs- und Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung

Argumente für spezialisierte Angebote unter besonderer Berücksichtigung der Heiltherapeutischen Abteilung im Krankenhaus Reinickendorf, örtlicher Bereich Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, Berlin

Erik Boehlke

Das Referat gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil wird die Heiltherapeutische Abteilung in einen kurzen historischen Kontext der Entwicklung der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik gestellt. Im zweiten Teil wird anhand eines 10-Punkte-Katalogs dargelegt, weshalb ein solch spezialisiertes Angebot erforderlich ist und wie seine Strukturen aussehen können. Den Schluß stellen einige Anmerkungen zum Thema "Marketing und Öffentlichkeitsarbeit" dar.

Historischer Abriß (Abb.1)

Nach einem fast 20 Jahre währenden Diskussions-, Planungs- und letztlich sehr kurzen Bauprozess wurde am 5. Februar 1880 die *Dalldorfer Irrenanstalt* ihrer Bestimmung übergeben. Schon zum damaligen Zeitpunkt war beschlossen, daß der Irrenanstalt eine Idiotenanstalt angegliedert werden soll. Noch im Jahr der Eröffnung wurde neben *Karl Ludwig IDELER*, dem ersten ärztlichen Direktor, *Herman PIPER* zum Erziehungsinspektor berufen, der die Idiotenanstalt, die am 18. November 1881 ihren Betrieb aufnahm, 42 Jahre lang leitete. Eine große Anzahl von Veröffentlichungen zu den verschiedensten Themen im Bereich geistiger Behinderung geben Zeugnis über diese lange Amtszeit. Die Nachfolge 1923 blieb mit *Adolf SCHRAMM*, seinem Schwiegersohn, quasi in der Familie.

Die Klinik erwarb sich in den ersten 50 Jahren ihres Bestehens einen durchaus guten Ruf. Die Zeit des Nationalsozialismus stellte für sie allerdings ein ebenso schwarzes Kapitel dar, wie für viele andere Großkliniken. Sehr spät wurde dieses Kapitel in der Klinik bearbeitet. Mit einer sehr genau recherchierten Veröffentlichung und der Dauerausstellung „*Totgeschwiegen*“ wurde und wird diese Zeit nun angemessen bearbeitet.

Nachdem sich der Ort Dalldorf wegen seiner gleichnamigen Irrenanstalt 1905 in Wittenau umbenannte, zog die Klinik einige Jahre später nach mit der Umbenennung in „*Wittenauer Anstalten*“. Zum Zeichen eines Neuanfangs trägt sie seit 1957 den Namen „*Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik*“.

Die 1975 dem damaligen Bundestag vorgelegte *Psychiatrie-Enquête* benötigte 5 Jahre für ihren Weg von Bonn nach Berlin. 1980 wurde in der Klinik eine Strukturkommission eingesetzt, die zu einer Neuorganisation mit spezialisierten Fachabteilungen führte. Im Rahmen dieser Entwicklung wurden 1982 auch die Stationen mit geistig behinderten Patienten zu einer eigenständigen „*Abteilung für Oligophrenie*“ zusammengefaßt und damit durchaus auch an die Eigenständigkeit der früheren Idiotenanstalt angeknüpft. Programmatisch wurde der doppelte Auftrag der Abteilung, einerseits zu enthospitalisieren, andererseits ein spezialisiertes Behandlungsangebot für diese Klientel aufzubauen, dadurch zum Ausdruck gebracht, daß mit Herrn *MARTERER* ein Psychologe zum Abteilungsleiter einer eigenständigen medizinischen Fachabteilung berufen wurde.

Bei der Gründung der Abteilung hatte diese eine Größe von 270 Betten. Das erste Jahr war geprägt von einer groben Sichtung der Patienten. Zum Teil lebten über 80 Menschen auf den Stationen, die zum damaligen Zeitpunkt noch dem Vollbild einer klassischen Verwahrspsychiatrie entsprachen. Um sich wirklich auf die geistig behinderten Menschen konzentrieren zu können, wurden 1983 alle Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern (Defektbilder chronisch verlaufender schizophrener Psychosen, progressive Paralysen, Korsakowsynndrome etc.), die keine zusätzliche geistige Behinderung hatten, an eine allgemein-psychiatrische Abteilung der Klinik

abgegeben.

Die eigentliche Arbeit begann nun mit 210 Patienten, verteilt auf 4 Stationen. In einem in der Gründungsphase geführten Diskussionsprozeß, wurde eine Entscheidung gesucht, ob für die nicht krankenhausbehandlungsbedürftigen Menschen innerhalb des Klinikgeländes ein dauerhafter Ort zum Leben geschaffen werden sollte oder außerhalb. Trotz der doch recht dicht besiedelten Großstadt West-Berlin kam es bald zu einer Entscheidung für den zweiten Weg. Konsequenz wurde dieser angegangen, indem aus der Abteilung heraus 1985 der *Träger e.V.* gegründet wurde und mit diesem neu geschaffenen Hilfsverein auch gleich die 1. Wohngemeinschaft mitten im Märkischen Viertel für 4 ehemalige Patienten entstand. In der Zwischenzeit war es auch zu einer Namensumbenennung der Abteilung gekommen. Auf Wunsch der Senatsverwaltung wurde der Name „*Heiltherapeutische Abteilung (HTA)*“ gewählt.

Neben einzelnen Entlassungen zu den verschiedensten Trägern der Behindertenhilfe konnten mit dem *Träger e.V.* und einem Diakonischen Träger, bei dem eine Mitarbeiterin der Abteilung Geschäftsführerin geworden war, in den Jahren 1989/90 zwei Wohnstätten und zwei therapeutische Wohngemeinschaften realisiert werden. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Abteilung dann noch 160 Betten. Nach diesen Auszügen war auch rasch klar, daß die Bereitschaft der Träger der Behindertenhilfe in Berlin gegen Null tendierte, die restliche, sehr schwierige Klientel zu übernehmen. Nachdem sich der *Träger e.V.* inzwischen zum psychiatrischen Hilfsverein für den Versorgungsbereich der Klinik entwickelt hatte, wurde 1991 mit der Gründung von *REHA-CONSULT e.V.* der Entschluß getroffen, einen abteilungseigenen Hilfsverein zu gründen. Die ersten Entlassungen dorthin erfolgten schon 1992.

Ein wesentlicher Einschnitt für die Abteilung war am 01.07.1996 das Inkrafttreten der stationären Pflegeversicherung. Im Vorfeld hatten wir hier sehr darum gekämpft, die bislang sogenannten chronischen Behandlungsfälle und Pflegefälle in den Bereich der §§ 39, 40 des BSHG überleiten zu können. Dies ist auch für alle in Frage kommenden Patienten gelungen, so daß die Klinik ab diesem Datum ein Wohnheim mit insgesamt 90 Plätzen hatte. Der akute Behandlungsbereich der *HTA* wurde mit 33 Betten festgelegt. Ein weiterer, wesentlicher Einschnitt für die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik war das Jahr 1997. Gemeinsam mit dem benachbarten Allgemeinkrankenhaus des Bezirkes, dem Humboldt-Krankenhaus, erfolgte eine Fusion zum Krankenhaus Reinickendorf.

Innerhalb der *HTA* gab es im selben Jahr zwei wesentliche Ereignisse. Zu dem Hilfsverein *REHA-CONSULT* konnte aus dem Wohnheim eine Gruppe von 13 älteren Menschen mit geistiger Behinderung entlassen werden. Zu der Wohnstätte gehört ein integriertes Angebot einer Beschäftigungsstätte. Zum zweiten wurde mit dem Schwerpunkt, die Belange psychisch kranker Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen, ein weiterer Hilfsverein der Abteilung

Abb. 1: Kurzer historischer Abriss der Heiltherapeutische Abteilung im Krankenhaus Reinickendorf, örtlicher Bereich Karl-Bonhoeffer-Klinik

5. Februar 1880	Dalldorfer Irrenanstalt
1880 – 1923	Berufung Herman Piper's zum Erziehungsinspektor
18. November 1881	Idiotenanstalt
1997	Psychiatrie Enquete
1980	Strukturkommission
1982	Heiltherapeutische Abteilung mit 270 Betten (Leitung: Dipl.Psych. Marterer) - „Sichtung“
1985	Gründung: Traeger e.V., 1. WG (B. Bär)
1989/90	Heime „Maxstrasse“, „Mozartstrasse“ und WG „Exercierstrasse“, WG „Heckerdamm“ (160 Plätze)
1991	Gründung: REHA-CONSULT e.V. (RC)
01.07.1996	stationäre PV, Wohnheim (90 Plätze) und Akutbereich (33 Betten)
1997	Fusion: Krankenhaus Reinickendorf, Wohnstätte Bernardo Timm Haus (RC), Gründung: Gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen, GIB e.V.
1998	Wohnstätte Hans-Riegler-Haus (GIB e.V.)
1999	Wohnheim (30 Plätze), Behandlungszentrum (25 Betten), Inbetriebnahme Kaspar Hauser Therapeutikum (10 Plätze) Sept. 1999
2000	Enthospitalisierung abgeschlossen
2001	Beratungs- und Behandlungszentrum ?

gegründet mit den Namen „*Gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen, GIB e.V.*“. Im folgenden Jahr schon, 1998, wurde für diese Klientel mit dem *Hans-Riegler-Haus* in Berlin-Pankow ebenfalls eine gemeindeintegrierte Wohnstätte mit 12 Plätzen geschaffen. Einige der Bewohner gehen in externe Werkstätten für Behinderte bzw. Tagesförderstätten. Für die nicht werkstattfähigen Bewohner gibt es einen wohnstättenintegrierten Arbeitsbereich.

Im Jahr 1999 umfaßt das Wohnheim der *HTA* noch 45 Plätze. Das Behandlungszentrum hat 25 Akutbetten. Ein weiteres, konkretes Projekt ist für Herbst dieses Jahres mit einem antroposophischen Träger geplant. Dorthin werden 10 Bewohner entlassen. Mit drei weiteren, sich in Planung befindlichen Projekten wird im Jahr 2000 die Enthospitalisierung abgeschlossen sein.

Im Rahmen der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft Berlin wurde aus Kostengründen auch die Schließung des gesamten Standortes Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik beschlossen. Statt bisher zweier Behandlungszentren für geistig behinderte Patienten (Heiltherapeutische Abteilung und Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge) soll jetzt in Berlin-Lichtenberg ein Behandlungszentrum mit 32 Akutbetten Gesamt-Berlin versorgen.

Stichpunkte zu Beratungs- und Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung

Zielgruppe

In der Diskussion nach der Einteilung und Definition der geistigen Behinderungen haben wir uns vor einigen Jahren entschlossen, den Diagnoseschlüssel nach ICD-10 der WHO² zur Grundlage zu nehmen. Einerseits scheinen uns die dort beschriebenen Definitionen einfach verständlich, zum anderen hat dieser Diagnoseschlüssel den Vorteil einer sehr weiten Verbreitung und damit einer gewissen

Allgemeingültigkeit. Ohne die jeweils erläuternden Texte möchte ich die Einteilung hier nochmals in Erinnerung bringen (Abb. 2). Bei genauerer Betrachtung der Kriterien für F70 zeigt sich, daß mit der leichten

Abb. 2: Einteilung der Behinderungsgrade nach ICD-10

F70	leichte Intelligenzminderung	IQ = 69 - 50
F71	mittelgradige Intelligenzminderung	IQ = 49 - 35
F72	schwere Intelligenzminderung	IQ = 34 - 20
F73	schwerste Intelligenzminderung	IQ = < 20
F78	andere Intelligenzminderung	
F79	nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	

Intelligenzminderung nicht die Kriterien einer geistigen Behinderung erfüllt sind. Wir gehen daher davon aus, daß die Klientel, die dieser Kategorie zuzuordnen ist, primär in die allgemeinen Versorgungsstrukturen zu integrieren ist, wenn Hilfebedarf entsteht. Die Klientel, die den Gruppen F71 – F73 zuzuordnen ist, bedarf aus unserer Sicht spezialisierter Angebote.

Die Forderung darauf zu achten, daß ein solches Spezialangebot nicht zu Ausgrenzungen aus den allgemeinen Versorgungsstrukturen führt, ist uns außerordentlich wichtig, da eine

² Anmerkung des Herausgebers: Die hier und in der Folge mehrfach zitierte ICD-10 der WHO (= International Classification of Diseases, 10. Revision; analog: ICD-9 = 9. Revision) stellt eine für die *Psychiatrie* international verbindliche Klassifikation psychischer Störungen dar. Für den deutschsprachigen Raum wurde die ICD-10 herausgegeben von DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1991): *Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern. Für den Bereich der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* wurde die ICD-10 komplett (als Achse I: Klinisch psychiatrische Syndrome) übernommen, aber durch weitere 5 Achsen ergänzt (Umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau, Körperliche Erkrankungen, Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung). Dieses *multiaxiale Klassifikationschema* (MAS-10) wurde für den deutschsprachigen Raum herausgegeben als *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.). 1. Nachdruck 1996 der 3. Revidierten Aufl. 1994. Hans Huber, Bern.

undifferenzierte Öffnung eines solchen spezialisierten Angebotes für Menschen, die vielleicht nur etwas schwerfälliger oder langsamer im Denken oder schwieriger zu betreuen sind, wegen starker Verhaltensauffälligkeiten, als die durchschnittliche Bevölkerung, dem Integrationsprinzip widersprechen würde und auch für die eigentlich angesprochene Klientel zur Infragestellung des spezialisierten Angebotes führen könnte.

Warum ein spezialisiertes Angebot ?

Allgemein anerkannt ist und so auch im ICD-10 zitiert, daß Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis viermal häufiger gefährdet sind, von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen zu werden als die Allgemeinbevölkerung. In der Literatur werden Werte angegeben, daß im Gesamtkollektiv der Menschen mit geistiger Behinderung bis zu 70 % psychische Erkrankungen zu finden sind. Ohne Zweifel ist heute in der Fachwelt anerkannt, daß bei der allgemeinen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung das Primat bei einem pädagogischen, andragogischen, heilpädagogischen Ansatz liegt. Regelmäßig zeigt sich allerdings, daß bei akuten psychiatrischen Erkrankungen pädagogische Konzepte zu kurz greifen. Sicherlich bedarf es keiner Diskussion, daß dies noch viel mehr für akute somatische Erkrankungen gilt. Hier gilt das Primat einer psychiatrischen bzw. medizinischen Behandlung, eingebettet allerdings in ein heilpädagogisches Setting. Diese Einbettung in ein heilpädagogisches Setting ist eine zwingende Bedingung, damit die Behandlung erfolgreich durchgeführt und in den außerklinischen, dann wieder überwiegend pädagogisch orientierten Bereich übergeleitet werden kann. Durchgängig ist die Erfahrung zu machen, daß die Integration eines heilpädagogischen Settings in allgemeine medizinische Bereiche so gut wie nie realisiert wird.

Zahlen - Epidemiologie

In der Literatur schwanken die Angaben zwischen 1 und 2 % Geistigbehinderter an der Gesamtbevölkerung. Um die Größenordnung zu verdeutlichen bedeutet dies zum Beispiel für Berlin mit einer Gesamteinwohnerzahl von 3,6 Millionen, daß in dieser Stadt ca. 36.000 – 72.000 Menschen mit geistiger Behinderung leben. Selbst wenn man von dem eher niedrigen Wert bei dieser Population von 25 % psychischen Erkrankungen ausgeht so zeigt sich, daß allein in Berlin ca. 9000 – 18000 potentiell psychiatrisch behandlungsbedürftige Menschen mit geistiger Behinderung leben.

Mit einer Hochrechnung hat GAEDT 1998 (ohne exakte wissenschaftliche Unterlegung) einen ca.-Wert von 0,005 % schwerster, kaum behandlungsfähiger Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung, die zusätzlich psychisch behindert sind, angegeben. Am Beispiel Berlin verdeutlicht bedeutet dies eine Gesamtzahl von 180 Menschen.

Als wesentlichen Punkt will ich an dieser Stelle noch einige Zahlen zur somatischen Morbidität geistig Behinderter referieren. Ca. 30 – 60 % der Menschen mit geistiger Behinderung leiden an somatischen Erkrankungen, 40 % davon an 6 und mehr behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Bei dieser deutlichen erhöhten Morbiditäts- und Multimorbiditätsrate erschwert sich zudem der diagnostische Prozeß wegen untypischer Ausprägung der Krankheitsbilder und der erheblich eingeschränkten Kooperation der Patienten (vgl. BEANGE et al. 1992).

Aufgaben

Aus unserer Sicht gilt das Normalisierungsprinzip. Ein Beratungs- und Behandlungszentrum hat die heute üblichen Versorgungsstrukturen anzubieten.

Einen *ambulante* Bereich mit:

- Diagnostik
 - Beratung und Behandlung, um stationäre Behandlung zu verhindern
 - prä- und poststationärer Beratung und Behandlung
- sowie einen *stationären* Bereich mit einem
- teilstationären,

- tagesklinischen,
- nachtklinischen,
- vollstationären Angebot.

Struktur

Wünschenswert ist, daß das Beratungs- und Behandlungszentrum als eigenständige Einheit in ein Allgemeinkrankenhaus der Schwerpunktversorgung eingegliedert ist oder zumindest im engen Verbund mit einer größeren somatischen Klinik zusammenarbeitet. So besteht die Gewähr, daß eine differenzierte somatische Konsiliartätigkeit möglich ist. Mit gleicher Wertigkeit sehen wir es als erforderlich an, daß die gesamte Palette der heute gängigen apparativen Diagnostik zur Verfügung steht. Gerade in diesem Bereich zeigt sich besonders deutlich, wie wichtig die fachliche Qualifizierung der somatisch tätigen Ärzte für die besonderen Merkmale geistig behinderter Patienten ist.

An dieser Stelle noch einige Worte zur Größe eines Beratungs- und Behandlungszentrums. In Deutschland gibt es fast keine Weiterbildungsangebote zum Facharzt für Psychiatrie in einer eigenständigen Fachabteilung für Menschen mit geistiger Behinderung. Um die erforderliche Angebotspalette und einen Know-how-Transfer zu gewährleisten, ist eine Mindestgröße für solche Zentren wünschenswert; nach unserer Erfahrung im stationären Bereich mit ca. 30 Betten (s. auch 2.7). Bei entsprechend differenzierten ambulanten Angeboten ist damit ein Einzugsgebiet von rund 2 Millionen Einwohnern zu versorgen. Die Bettenmeßziffern in ähnlichen Einrichtungen in anderen Bundesländern der BRD differieren zum Teil erheblich, sowohl nach oben, als auch nach unten.

Der *ambulante Bereich* ist mit dem Zentrum zu verknüpfen. Dabei sind sowohl in einer Großstadt wie Berlin, mehr gilt dies noch für Flächenstaaten, mehrere dezentrale, ambulante Einheiten zu fordern, damit ein möglichst gemeindenahes Angebot erfolgen kann. Besonders wichtig für Menschen mit geistiger Behinderung sind aufsuchende Dienste.

Im *stationärer Bereich* ist aus unserer Sicht ist hier eine Dreiteilung wünschenswert: Wichtig ist eine *Aufnahmeeinheit*, in der ein Screening erfolgt, ob eine längere Krankenhausbehandlung erforderlich oder eine kurzfristige Entlassung in den gewohnten Lebensbereich möglich ist. Dort sind auch stationäre Kriseninterventionen durchzuführen, wenn absehbar ist, daß diese nach wenigen Tagen abgeschlossen ist. Die Aufenthaltsdauer in diesem Bereich soll im Durchschnitt nicht höher als 7 Tage sein und maximal 14 Tage nicht überschreiten. Ist eine längerfristige Krankenhausbehandlung erforderlich, so erfolgt die Verlegung in sogenannte *Behandlungsgruppen*. Die dortige durchschnittliche Verweildauer liegt nach unserer Erfahrung zwischen 40 und 60 Tagen. Wir halten eine solche Zweiteilung für wünschenswert, da in den Behandlungsgruppen eine gewisse Kontinuität besteht und eine zu hohe Fluktuation innerhalb dieser Gruppen dem therapeutischen Prozeß hinderlich ist. Selbstverständlich handelt es sich bei einer solchen Zweiteilung nicht um starre Grenzen. Menschen, die im Behandlungszentrum schon länger bekannt sind und bei denen die Behandlungserfordernisse schon im Vorfeld einzuschätzen sind, können auch direkt in einer Behandlungsgruppe aufgenommen werden. Der 3. Bereich ist eine *somatische Behandlungseinheit*, die sinnvollerweise organisatorisch mit der Aufnahmeeinheit verbunden ist. Es handelt sich hier um ein Angebot, welches wir für außerordentlich wichtig halten und nachdrücklich fordern. Unzweifelhaft erhalten gerade besonders verhaltensauffällige oder schwer und schwerst geistig behinderte Menschen ein deutlich schlechteres somatisches Diagnose- und Behandlungsangebot als die Allgemeinbevölkerung. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß in enger Kooperation mit den somatischen Fachärzten in einer auf die Besonderheiten Geistigbehinderter spezialisierten psychiatrischen Station eine Behandlung wesentlich qualifizierter erfolgen kann, als im Rahmen einer somatischen Station mit enger psychiatrischer Konsiliartätigkeit. In einer solchen somatischen Einheit sind alle akut behandlungsbedürftigen internistischen Erkrankungen behandlungsfähig, ebenso ist eine komplette prä- bzw. postoperative Behandlung möglich, solange keine Indikation für eine

Intensivstation besteht.

Hinsichtlich der *baulichen Struktur* sind im stationären Bereich grundsätzlich Einbettzimmer vorzusehen, nur in Ausnahmefällen 2-Bettzimmer. Die sanitären Angebote haben dem heutigen Standard zu entsprechen, d.h. für 2 bis maximal 3 Patienten eine Sanitärzelle. Auf den Stationen ist jeweils ein großer Aufenthalts-, Eßraum pro Behandlungsgruppe vorzusehen. Auf jeder Station ist ein sog. Time-out-Raum vorzusehen. Für die übergreifenden Therapieangebote werden entsprechende eigene Räumlichkeiten benötigt. Da bei diesen Patienten häufig zusätzliche Körperbehinderungen bestehen, ist bei allen Räumlichkeiten weitgehend die DIN 18025 zu beachten, d.h. behinderten- bzw. rollstuhlgerechte Bauweise.

In diesem Abschnitt wurde die formale Struktur der Teilbereiche des Behandlungszentrums dargestellt. Abschließend soll unter inhaltlich-therapeutischen Gründen betont werden, daß alle Mitarbeiter des Zentrums als eine Einheit zu betrachten sind und nicht den formalen Strukturen zugeordnet werden. Dies bedeutet, daß die einzelnen Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen so einzusetzen sind, daß für den Patienten, unabhängig innerhalb welcher Organisationseinheit er sich jeweils befindet, eine personale therapeutische Konstanz gegeben ist.

Angebote

Der von dem Philosophen MITTELSTRAß eingeführte Begriff der *Transdisziplinarität* bedeutet, daß alle Berufsgruppen, die an einem solchen Behandlungszentrum tätig sind, nicht nur additiv zusammenarbeiten, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit dies vorsieht, sondern in einem wechselseitigen Kommunikations- und Lernprozeß jeweils soviel von den anderen Berufsgruppen verstehen, daß über die berufsgruppenspezifischen Kommunikationsbarrieren hinweg eine gemeinsame Sprache gesprochen werden kann. Aus unserer Sicht ist das Betreuungs- und Behandlungsnetz, welches für Menschen mit geistiger Behinderung erforderlich ist so multimodal, daß die rein interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen von Heilerziehungspflegerinnen, Krankenpflegepersonal, Pädagogen, Psychologen und Ärzten der unterschiedlichsten Fachdisziplinen zu kurz greift. Da gerade im Bereich der schwer- und schwerstgradig Geistigbehinderten mit dem behandlungsbedürftigen Menschen selbst eine Dialogkommunikation nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist, ergibt sich die Notwendigkeit, für das professionelle Team ein Kommunikationsniveau zu schaffen, welches im Rahmen einer solchen transdisziplinären Zusammenarbeit Angebote ermöglicht, die individuell jeweils den Bedürfnissen eines Menschen gerecht werden, der mit seinem Handicap in den seltensten Fällen in der Lage ist, seine spezifischen Bedürfnisse selbst aktiv einzufordern. Neben dieser grundsätzlichen Überlegung sind selbstverständlich alle regulären Angebote in einem solchen Zentrum vorzuhalten:

Diagnostik:

- psychiatrische
- somatische
- psychologische
- heilpädagogische

Bei der Diagnostik ist zu berücksichtigen, daß diese häufig einen wesentlich längeren Zeitraum erfordert, als bei nicht geistig behinderten Patienten. Wegen der eingeschränkten oder nicht vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten ist man häufig zur genauen Einschätzung auf eine Verlaufsbeobachtung im Sinne einer *Prozeßdiagnostik* angewiesen.

Psychiatrische Behandlung: besonders

- soziotherapeutische
- psychopharmakologische

Somatische Behandlung:

Die wesentlichen Anmerkungen hierzu wurden schon unter 2.5 erwähnt.

Psychotherapie:

Hier handelt es sich um einen Bereich, der sicher einer weiteren intensiven Bearbeitung bedarf. Neben den klassischen verhaltenstherapeutischen Verfahren, in Ausnahmefällen auch tiefenpsychologischen und analytischen Verfahren, ist bei dieser Klientel auch die breite Palette der weiteren Therapieformen zu berücksichtigen, insbesondere die körperorientierten Therapien.

Personalbedarf

Ambulanz: Je nach Größe des Einzugsgebietes und der zu versorgenden Einwohnerzahl werden hier die Anzahl der Standorte, an denen Beratung und Behandlung angeboten wird, variieren. Je nach Facharztdichte im Einzugsgebiet und der Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte, sich dieser Klientel anzunehmen, werden auch die Behandlungsfälle pro Quartal erheblich variieren. Als Beispielrechnung für eine Ambulanz, die einen Standort direkt am Beratungs- und Behandlungszentrum hat, mit zwei dezentralen Standorten und ca. 200 – 300 Scheinen pro Quartal halten wir folgende Mitarbeiterzahlen für erforderlich:

- Facharzt bzw. Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung 0,75
- Psychologe / Pädagoge 1,5
- Heilpädagoge / Sozialpädagoge / Fachpflegepersonal 1,5
- Sozialarbeiter 1,5
- Schreibkraft 0,5

Wie schon in 2.5 angemerkt, handelt es sich hier nicht um direkt der Ambulanz zugeordnete Mitarbeiter, sondern um Stellenanteile im Rahmen des gesamten Beratungs- und Behandlungszentrums. Aus diesen Stellenanteilen sind auch alle aufsuchenden Dienste zu gewährleisten.

Stationärer Bereich: Wie unter 2.5 dargestellt, können hier zwei Organisationseinheiten zusammengefaßt werden, zum einem die Aufnahmeeinheit mit dem somatischen Bereich, zum anderen die Behandlungsgruppen. Für ein Einzugsgebiet von ca. 2 Millionen Einwohnern rechnen wir mit einem Bedarf von ca. 30 Betten. Diese ließen sich wie folgt aufteilen:

- Aufnahmeeinheit / Screening 6 Betten
- Somatischer Bereich 3 Betten
- Behandlungsgruppen, 3 Gruppen á 7 Patienten 21 Betten

Hierfür ergebe sich folgender *Personalbedarf*:

Leitung:

Das Beratungs- und Behandlungszentrum ist von einem Facharzt für Psychiatrie, am besten mit einer zusätzlichen Spezialisierung, z.B. in Neurologie oder Innere, verantwortlich zu führen.

Akademisches Personal:

- 2 Ärzte, davon mindestens einer in fortgeschrittener Weiterbildung
- 1 Psychologe
- 1 Pädagoge
- 1 Sozialarbeiter

Betreuungs- und Pflegepersonal:

Berufsgruppen: Heilerziehungspfleger, Krankenpfleger, Erzieher. Bei der oben skizzierten Aufteilung ist folgende Besetzung erforderlich:

- Für die Aufnahmeeinheit und den somatischen Bereich, für die beiden Tagschichten je 3 Mitarbeiter, dies entspricht 42 Schichten pro Woche
- Für die Behandlungsgruppen, je Gruppe in den Tagschichten je 2 Mitarbeiter, dies entspricht 84 Schichten pro Woche
- Für beide Bereiche ist je eine Nachtwache erforderlich, dies entspricht 14 Schichten pro Woche.

Der *Gesamtbedarf* für ein Behandlungszentrum liegt also bei 35 Stellen inkl. 20 % Ausfallzeit und Zeiten für Besprechungen, Supervisionen etc. Übergreifend sind therapeutische Angebote anzubieten, wie Physiotherapie, Ergotherapie, Musik- und Maltherapie, Hippotherapie etc.

Qualitätssicherung

Ohne Zweifel bedarf ein solch spezialisiertes Zentrum einer eindeutig definierten und verbindlichen Qualitätssicherung bzw. eines Qualitätsmanagements. Da die unmittelbaren Kunden, d.h. die Patienten mit einer geistigen Behinderung, nur in den seltensten Fällen ein direktes Feedback geben können, sind deren Interessen hier in besonderem Maße zu berücksichtigen.

Strukturqualität:

- Struktur siehe 2.5
- Angebote siehe 2.6
- Personal siehe 2.7

Prozeßqualität:

Diagnostik: Wie schon oben dargestellt, ergeben sich bei der Zielgruppe bei der Diagnostik sowohl im psychiatrischen wie auch somatischen Bereich besondere Probleme. Dies bedeutet insbesondere im psychiatrischen Bereich, daß eine Diagnose häufig erst im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung gestellt werden kann. Im Rahmen einer Prozeßdiagnostik ist die Diagnose auch immer wieder zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.

Behandlung: Diese hat angemessen auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten zu erfolgen.

Dokumentation: Sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich ist eine präzise und effiziente Dokumentation zu gewährleisten, die sowohl den Prüfkriterien der Kostenträger gerecht wird, wie auch wissenschaftliche Begleitforschung erlaubt.

Fördermaßnahmen: Da diese Klientel durchgängig dem Personenkreis nach §§ 39,40 BSHG zuzuordnen ist, ist neben der Wiedererlangung der Gesundheit das Recht dieser Klientel auf Eingliederung in die Gesellschaft auch während der Behandlung zu berücksichtigen. Hierzu sind entsprechende Fördermaßnahmen mit klaren Zielvorgaben zu definieren. Die Erreichung der Zielvorgabe ist durch definierte Überprüfungsintervalle zu objektivieren.

Ergebnisqualität:

An erster subjektiver Stelle ist selbstverständlich die Zufriedenheit der „Kunden“, d.h. Patienten zu nennen. Eine wenig objektiv validierbare Ergebnisqualität stellt auch die gute Kooperation mit den „Nutzern“ des Behandlungszentrums dar, d.h. gesetzliche Betreuer, Heimeinrichtungen, niedergelassenen Ärzte, Krankenkassen etc..

Liegezeit: Diese heute im Krankenhausbereich meist benutzte Meßziffer ist für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Erkrankungen bzw. gravierenden Verhaltensauffälligkeiten im Sinne eines Vergleichs mit anderen Populationen wenig geeignet. Dennoch ist der Verweildauer ein besonders Augenmerk zu widmen, um Lanzethospitalisierungen zu vermeiden.

Wiederaufnahmen: Meist handelt es sich bei der hier beschriebenen Klientel um chronische Krankheitsverläufe. Die Gefahr eines sogenannten „Drehtüreffektes“ ist besonders hoch. Das Erreichen einer niedrigen Quote spricht bei dem hier vorstellten Konzept nicht nur für eine erfolgreiche stationäre Tätigkeit, sondern insbesondere für eine gut funktionierende Ambulanz. Eine nur längerfristig anstrebare Ergebnisqualität ist die Erlangung eines hohen Ansehens des Behandlungszentrums in der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit.

Kosten und Finanzierung

Ambulanz: Wünschenswert für solche Zentren sind eigenständige Verträge mit den Kassen als

Institutsambulanz, über die sowohl ärztliche als auch nicht ärztliche Leistungen abgerechnet werden können. Da im ambulanten Rahmen sicher auch Leistungen erforderlich sind, die primär dem BSHG-Bereich zuzuordnen sind, wäre es hier denkbar, Modelle einer Mischfinanzierung zu entwickeln. Pro Behandlungsfall und Quartal sind ca. 500,- DM erforderlich zur kostendeckenden Finanzierung des beschriebenen ambulanten Angebots.

Stationärer Bereich: Für den stationären Bereich ist wie üblich mit den Kassen ein abteilungsbezogener Pflegesatz zu verhandeln. In Abhängigkeit von der Höhe des Basispflegesatzes ist ein solches Zentrum mit einem *Gesamtpflegesatz* zwischen ca. 480.- und 550.- DM zu führen.

Wissenschaftliche Begleitung

Da es sich bei der Zielgruppe um Patienten handelt, zu denen auf allen Ebenen wenig validierte Forschungsergebnisse vorliegen, ist es besonders wünschenswert, daß sich solche Beratungs- und Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung auch als Kristallisationspunkte wissenschaftlicher Forschung etablieren. Neben der Kooperation mit den entsprechenden medizinischen Fächern im universitären Bereich erscheinen solche Zentren auch als idealer Schnittpunkt zur wissenschaftlichen Kooperation mit der Geistigbehindertenpädagogik und Rehabilitationspädagogik.

Schlußwort mit Anmerkungen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

35 Jahre nach der *Psychiatrie Enquete* ist zahlenmäßig das Problem „*Enthospitalisierung*“ weitestgehend gelöst. Nachdem nun auch der „*harte Kern*“ aus den Kliniken entlassen wird, zeigt sich immer deutlicher, daß der komplementäre Bereich für diese Menschen ein deutliches Entwicklungsdefizit aufweist. Erst in allerjüngster Zeit entstehen spezialisierte Wohn- und Beschäftigungsangebote, die jedoch den Bedarf bei weitem noch nicht decken. Versuche der traditionellen Behindertenhilfe, sich für die Klientel zu öffnen scheitern regelhaft, wenn nicht schon im Vorfeld die Mitarbeiter gezielt für die spezifischen Belange dieser Klientel geschult werden. Ebenso werden häufig nicht im erforderlichen Maße die baulichen Besonderheiten, sowie ein für diese Menschen adäquates soziales Lebensumfeld berücksichtigt.

Mit Sicherheit hat die Enthospitalisierung zu einer wesentlich höheren Lebensqualität geistig behinderter Menschen geführt. Genauso sicher kann allerdings gesagt werden, daß die medizinische Versorgung sich definitiv nicht in gleichem Maße qualifiziert, meist sogar drastisch verschlechtert hat, da bislang im außerstationären Bereich diese Menschen einfach nicht existent waren und damit auch keine entsprechende diagnostische und Behandlungskompetenz vorhanden ist. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis und persönlicher 30-jähriger Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen bzw. gravierenden Verhaltensauffälligkeiten bin ich von der Erfordernis der hier beschriebenen Beratungs- und Behandlungszentren überzeugt. Wenn man den sozialpsychiatrischen Grundsatz vertritt und auch dieser Klientel kleine gemeindeintegrierte, für sie adäquate Lebensräume anbietet und sie nicht mehr in psychiatrischen Großkliniken verwahrt oder neue große Heil- und Pflegeanstalten errichten will, so gibt es hier einen „*Kundenkreis*“, für den es keine medizinischen Angebote gibt, die von Umfang und Qualität mit den Angeboten für die Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind.

Die hier beschriebene Zielgruppe stellt eine äußerst kleine Teilpopulation der Bevölkerung dar, die zum Beispiel im Gegensatz zu den Menschen mit geistiger Behinderung ohne zusätzliche Probleme so gut wie keine öffentliche Lobby hat. In einem Klima, welches aktuell bei knapper werdenden Finanzressourcen geprägt ist von zunehmend härter werdenden sozialen Ausgrenzungen, gehört diese Klientel sicherlich zu eine der am gefährdetsten Gruppen. Da sich die Ethik einer jeden Gesellschaft letztendlich daran mißt, in welcher Form sie bei der Ressourcenverteilung auch die sozial Schwächsten beteiligt, halte ich es nicht nur für legitim

sondern für unabdingbar erforderlich, daß gerade für diese Menschen eine professionelle und positive Öffentlichkeitsarbeit gemacht wird. Einen Teil kann zum Beispiel die in Kapitel 2.10 beschriebene wissenschaftliche Arbeit hierzu beitragen. Unter einem ganz anderen Blickwinkel können hierzu auch die beschriebenen Beratungs- und Behandlungszentren beitragen. Letztlich stellen auch diese ein soziales Dienstleistungsunternehmen dar, welches sich auf dem Markt behaupten muß. Um dies erfolgreich zu erreichen, ist heute neben professionellen Marketingstrategien auch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Vor dem Hintergrund einer solchen Argumentation sind aus meiner Sicht beide Punkte, sowohl Öffentlichkeitsarbeit wie Marketing, nicht nur zu befürworten sondern zu fordern, und zwar nicht als Selbstzweck, sondern zum Wohle der Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen bzw. gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, die nicht nur das Recht haben, mitten unter uns zu leben, sondern auch das Recht haben auf eine gleichwertige, umfassende, medizinische Diagnostik, Behandlung und Betreuung.

Literaturverzeichnis

- AMAN, M. G., SINGH, N. N.(Eds.) (1988): Psychopharmacology of the developmental disabilities. Springer, New York
- Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (Hrsg.) (1988): Totgeschwiegen 1933-1945, Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, Edition Hentrich Berlin
- BEANGE, H. et al.(1992): Medical Disorder in Adults with Intellectual Disability: A Population Study. Presentation at the IASSMD Congress, Brisbane, Australia 1992
- BOEHLKE, E. (1992): Psychopharmakotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Editorial, Arzneimittelbrief 26
- BOEHLKE, E. (1994): Betreuungsprobleme von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht eines Nervenarztes – Mögliche Lösungen und Perspektiven unter besonderer Berücksichtigung der Enthospitalisierung im Paritätischen Bildungswerk, LV Berlin e.V. In: PURMANN, R. (Hrsg.): Wohnen in der Gemeinschaft.
- BOEHLKE, E. (1996): Krisenintervention und andere stützende Hilfen für das urbane Wohnen aus der Sicht der Medizin. In: FISCHER, U., HAHN, M.Th., KLINGMÜLLER, B., SEIFERT, M. (Hrsg.): Urbanes Wohnen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Diakonie-Verlag, Reutlingen
- GAEDT,C. (Hrsg.) (1986): Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter, geistig Behinderter mit Neuroleptika. Neuerkeroder Beiträge, Sichte
- GAEDT, C. (1990): Psychisch kranke geistig Behinderte – das Problem der „dual diagnosis“. Vortrag auf den Psychiatertagen 1990 in Königslutter
- GAEDT, C. (1995): Gesundheitsdienste für Menschen mit geistiger Behinderung. In: VEEMB (Hrsg.): Tagungsdokumentation der Arbeitstagung 1995 in Braunschweig
- HAHN, M.: Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie. In: DREHER, W., HOFMANN, T., BRADL, C. (Hrsg.) (1987): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987, S.50 -73
- HAHN, P. (1996): Interdisziplinarität in der Medizin, Abschiedsvorlesung (Manuskript), Heidelberg
- HENNICKE, K., ROTTHAUS W. (Hrsg.) (1993): Psychotherapie und geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund
- KOCKA, J. (Hrsg.) (1992): Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderung – Ideologie.Suhrkamp
- LIESENFELD, C. (1993): Inter- und Transdisziplinarität: Heuristik und Begründung, Journal for General Philosophy of Science 24, 257 – 274
- LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B. (Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- MEINS, W. (1993): Psychiatrische Probleme bei geistig behinderten Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. Habilitationsschrift, Hamburg
- MENOLASCINO, F.J. (Ed.) (1970): Psychiatric Approach to Mental Retardation. Basic Books, New York
- MITTELSTRAß, J. (1991): Interdisziplinarität oder Transdisziplinarität? In: HIEBER, L. (Hrsg.): Utopie Wissenschaft. Profil Verlag
- SEIDEL, M. (1994): Aspekte der Psychopharmakotherapie psychischer Störungen und Krankheiten bei geistig behinderten Menschen. In: LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S.241-256
- SPRAGUE, R.L., WERRY, J.S. (1971): Methodology of psychopharmacological studies with the retarded. In: ELLIS, N.R.(Ed.) (1991): International review of .Research in mental retardation, Vol. 5, 147, Academic Press

Von der Fehlplatzierung zur Fachabteilung Psychiatrische Behandlung geistig behinderter Menschen im Bezirkskrankenhaus Haar

Manfred Koniarczyk und Herbert Steinböck

Vorbemerkungen

Heutzutage besteht unter Fachkräften weitgehend Einigkeit darüber, daß geistige Behinderung keine Krankheit ist, sondern eine besondere Form im weiten Spektrum verschiedener Möglichkeiten menschlicher Wesensäußerungen darstellt. Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung haben jedoch aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität im Vergleich zur sogenannten Normalbevölkerung häufigere Risiken, Verhaltensauffälligkeiten und zusätzliche psychische Störungen zu entwickeln, welche spezielle diagnostische und therapeutische Probleme beinhalten (DOŠEN 1997, LINGG & THEUNISSEN 1993, HENNICKE & MEINS 1995, CROME 1996, siehe Abb. 1). Solche Personen, insbesondere schwerer geistig behinderte Menschen mit selbst- und/oder fremdaggressiven Tendenzen, wurden in früheren Jahren aufgrund fehlender ambulanter heilpädagogischer Hilfen und mangelnder Betreuungsformen in Einrichtungen der Behindertenhilfe häufig in die Psychiatrie verbracht und hier in Langzeitbereichen dauerhospitalisiert. In den alten Bundesländern lebten 1975 ca. 20% aller geistig behinderten Erwachsenen (ca. 18.000 Personen) in der Psychiatrie, in den neuen Bundesländern, damalige DDR, waren es ca. 9.000 Menschen mit geistiger Behinderung, wobei es je nach regionalen Gegebenheiten große Unterschiede gab (THEUNISSEN 1992). In den Landes- und Bezirkskrankenhäusern gab es bis auf wenige Ausnahmen abgesehen, kaum spezialisierte, auf die Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtete Abteilungen, was u.a. auf eine im deutschen Sprachraum auffällige Vernachlässigung von medizinischen und psychiatrischen Problemen geistiger Behinderung in Aus- und Weiterbildung, Forschung und Versorgung zurückzuführen war (THEUNISSEN 1991). Insbesondere Entwicklungen in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern haben gezeigt, daß dies fachlich unbegründet ist

Abb.1: Geistige Behinderung und psychische Erkrankung (nach CROME 1996)

1. Das Wort "*geistig behindert*" beschreibt nur unzulänglich das umfassende Anderssein dieser Personen und die daraus resultierenden Schwierigkeiten der Lebensbewältigung im allgemeinen und insbesondere im sozialen Bereich. Geistige Behinderung betrifft bekanntlich keineswegs nur den Geist, die Intelligenz, sondern es liegen bei diesen Personen in der Regel *umfassende Störungen* vor, wie der körperlichen Entwicklung, des affektiven und emotionalen Erlebens, der Steuerung des Antriebs, der kognitiven Kompetenz usw., d.h. der *Persönlichkeitsreifung* insgesamt.
2. Dies alles bildet die Grundlage für spezifisches Erleben und Verhalten dieser Personen und einer ebenso *spezifischen Verletzbarkeit (Vulnerabilität)*.
3. Die spezifische Verletzbarkeit im Kombination mit bestimmten Umständen der Lebenssituation begünstigen jedoch *Risiken an einer psychiatrisch behandlungs-bedürftigen Störung zu erkranken, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das drei- bis vierfache erhöht ist (ICD-10³ Kapitel F 7)*.
4. Neben allen Formen von Psychosen, die in ihrer abgewandelten Symptomatik oft nicht leicht zu diagnostizieren sind, sowie den *Demenzen*, die sich im Alter bei geistig Behinderten häufiger und früher zu entwickeln scheinen als bei der übrigen Bevölkerung, haben wir es bei den geistig behinderten Menschen vor allem mit sogenannten *Verhaltensauffälligkeiten* zu tun, die das Ergebnis der *komplizierten Interaktion zwischen der Behinderung und den daraus resultierenden Lebens- und Konfliktbewältigungsmöglichkeiten* darstellen.
5. Besonders *selbst- und/oder fremdaggressives Verhalten* stellen oft typische pathologische Reaktionsformen auf spezifische Konflikte geistig behinderter Menschen dar, die wir in der "normalen" Erwachsenenpsychiatrie als "*abnorme Konflikt- oder Erlebnisreaktionen*" bezeichnen würden.
6. *Suchterkrankungen* sowie *Suizidalität* treten im Vergleich zur Normalbevölkerung fast nicht auf.

³ vgl. Fußnote 2 Seite 24

und zu Veränderungen auch in Deutschland entsprechend dem Normalitäts- und Integrationsprinzip geführt (NIRJE 1976, siehe Abb. 2).

Historische Entwicklung

In Deutschland ist seit Mitte der 70er Jahre ein umfassender Reformprozeß innerhalb der Psychiatrie in Gang gesetzt worden, der in manchen Bundesländern rascher, in anderen wiederum mühsamer die psychiatrische Versorgungslandschaft verändert hat. Ausgehend von den im „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD Deutschland“ diskutierten Mißständen und menschenunwürdigen Bedingungen in den psychiatrischen (Groß-) Krankenhäusern wurden Reformen eingeleitet mit folgenden Zielen (Psychiatrie-Enquête 1975):

1. Gemeindeorientierung,
2. Vorrangigkeit ambulanter vor stationären Hilfen,
3. individueller und ganzheitlicher Behandlungsansatz,
4. verbesserte Information der Öffentlichkeit über Art und Weise seelischer Störungen und Behandlungsmöglichkeiten,
5. Gleichstellung psychischer und somatischer Erkrankungen, insbesondere auch im Hinblick auf Kostenvereinbarungen und Personalverordnungen.

Entsprechend diesen Zielen wurden auch in Bayern Landespsychiatriepläne (1980, 1990) fortgeschrieben und umgesetzt, so daß die Versorgung von akut seelisch kranken Menschen verbessert und die meisten chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen aus den Langzeitbereichen der Bezirkskrankenhäuser in betreute Wohnformen entlassen werden konnten. Obschon eine wesentliche Forderung der Psychiatrie-Enquête eine Abtrennung der Versorgung geistig behinderter Menschen von der Psychiatrie unter heilpädagogischer Regie war, blieben in Bayern die Bereiche, in denen Menschen mit oftmals schwerer geistiger Behinderung und ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten untergebracht waren, von dieser Entwicklung noch bis Mitte der 90 er Jahre weitgehend ausgeschlossen.

Das oftmals unangepaßte und störende Verhalten dieser Patienten galt als Hindernis, sie außerhalb der Anstaltspsychiatrie zu betreuen. Das Verständnis dafür, daß es sich hierbei vielfach einerseits um Hospitalismus-Folgen, denen Krankheitswertigkeit zukommt (STEINBÖCK 1995a), andererseits um psychischen Störungen Normalbegabter vergleichbare Symptombilder handelt, ist in der deutschen heilpädagogischen als auch psychiatrischen Fachwelt erst ab Ende der 80er Jahre gewachsen (BRADL 1994, Lebenshilfe 1996).

So waren Anfang der 90er Jahre im BKH Haar noch erhebliche strukturelle und Versorgungsdefizite auf den beiden in Haus 67 untergebrachten, getrennt geschlechtlich belegten Stationen für geistig behinderte Menschen, sowohl von Beschäftigten und Angehörigen als auch Mitarbeitern der Behindertenhilfe zu kritisieren:

- Überbelegung der in Saalbauweise mit unzureichenden sanitären Einrichtungen ausgestatteten Stationen,
- fehlende tagesstrukturierende Maßnahmen mit entsprechenden Förder- und Beschäftigungsmöglichkeiten,
- hoher Aggressionspegel bei zahlenmäßig schlechter, von rein medizinischen Berufsgruppen dominierter personeller Ausstattung,
- fehlende ambulante und stationäre Akutbehandlungsmöglichkeiten für geistig behinderte

Abb.2: Orientierung an den Normalisierungsprinzipien (nach NIRJE 1976)

- Normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit - Wohnen - Freizeit
- Normaler Jahresrhythmus (Ferien/Feiern/Geburtstage)
- Normaler Lebenslauf (Kindheit/Jugendzeit/Erwachsenenalltag)
- Respektierung von Bedürfnissen
- Kontakte Frau/Mann
- Normaler wirtschaftlicher Standard (Lohn WfB ?/Taschengeld/Rente ?)
- Normalisierung sämtlicher Dienste und Einrichtungen (Größe, Lage, Gestalt, integrationsfähig in die Nachbarschaft, Gemeinde)

Menschen mit psychiatrischen Krisen.

Aus dieser Misere heraus gründeten Beschäftigte von Haus 67, Angehörige und Mitarbeiter aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe im Frühjahr 1993 in München die Arbeitsgruppe „Initiative Psychiatrische Betreuung geistig Behinderter (IPGb)“. Diese erarbeitete eine Resolution, in welcher die Forderung nach ambulanten und stationären Kriseninterventionsmöglichkeiten für geistig behinderte Menschen aus dem Einzugsgebiet des BKH Haar formuliert und die Beseitigung der inhumanen Versorgungssituation der in Haar, z.T. seit Kindheit untergebrachten geistig behinderten Langzeitpatienten gefordert wurde (IPGb, Resolution vom 30.04.93). Diese Resolution wurde sowohl an die ärztliche Leitung des Krankenhauses als auch an den Träger, den Bezirk Oberbayern gerichtet, woraus in der Folgezeit eine konstruktive und enge Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Geistigbehindertenabteilung unseres Hauses erwuchs. Diese wurde 1993, nach einer umfassenden Strukturreform innerhalb des Bezirkskrankenhauses, dem neu entstandenen Fachbereich Sozialpsychiatrie zugeordnet, nachdem sie in den Jahren zuvor, wohl unter der alten begrifflichen Orientierung, daß „*Oligophrenie*“ den sogenannten hirnorganisch bedingten Störungen nahestehe, dem gerontopsychiatrischen Behandlungsbereich zugeordnet war. Der Fachbereich Sozialpsychiatrie unter Leitung von Dr. Herbert STEINBÖCK war mit dem vornehmlichen Auftrag entstanden, die fünf Stationen des Langzeitbereiches mit ca. 150 chronisch psychisch kranken Patienten gemäß dem Rahmenkonzept des Verbandes der Bayerischen Bezirke vom Herbst 1993 (Verband der Bayerischen Bezirke, Rahmenkonzept vom 22.10.93) zu enthospitalisieren und sich so mittelfristig wieder aufzulösen. Dieses Ziel konnte bis Ende 1996 realisiert werden, da zahlreiche neue, z.B. sozialtherapeutische Heime und Wohngemeinschaften durch verschiedene Trägervereine gegründet und so ein entsprechendes Angebot im Großraum München organisiert werden konnte (STEINBÖCK 1997b).

Die Entlassung der geistig behinderten Langzeitpatienten kam nur sehr viel langsamer in Gang und gestaltete sich erheblich mühevoller, da die Einrichtungen der Behindertenhilfe sich im Rahmen ihrer bestehenden Wohngruppenkonzepte mit den zur Verfügung stehenden Pflegesätzen nicht in der Lage sahen, unsere Patienten aufzunehmen und die notwendigen intensiven, heilpädagogisch orientierten Betreuungsstrukturen ohne finanzielle Mehraufwendungen bereitzustellen. So wurde eine „*Doppelstrategie*“ gewählt, um diesen Prozeß voranzubringen: Einerseits wurden notwendige bauliche und personelle Verbesserungen der Geistigbehindertenstationen in Haus 67 begründet mit therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Enthospitalisierungsbemühungen, andererseits mit dem mittel- bis langfristigen Ziel, eine Akutversorgungseinheit für diese Klientel aufzubauen (STEINBÖCK 1995a). Entschieden abgelehnt wurde das Modell, Haus 67 innerhalb des Krankenhausgeländes umzuwandeln in ein (heilpädagogisches) Pflegeheim in freier Trägerschaft, wie dies in anderen Bundesländern zuvor praktiziert wurde (WEDEKIND et. al. 1994).

Im April 1994 tagte die Arbeitsgruppe Geistige Behinderung der Bundesdirektorenkonferenz im BKH Haar. Die in Haus 67 bestehenden Mißstände wurden als so bedrückend empfunden, daß hierüber ein Protokoll erarbeitet und an den Bezirk Oberbayern, den Verband der Bayerischen Bezirke und an den Petitionsausschuß des Bayerischen Landtages verschickt wurde. Nicht zuletzt aufgrund dieser Intervention wurden rasch Mittel zur Sanierung von Haus 67 bereitgestellt, so daß in der Folgezeit

- mehr pädagogisch ausgebildetes und therapeutisches Personal eingestellt werden konnte,
- durch kleinere Umbaumaßnahmen zwischen Mai 1995 und Februar 1997 auf beiden Stationen Zimmer verkleinert werden und die räumlichen Gegebenheiten verbessert werden konnten,
- ein Abteilungspflegesatz für Haus 67, sowie eine Planbettenreduktion von 58 auf 40 vereinbart werden konnte.

Außerdem gelang es durch die intensivere Zusammenarbeit mit den freien und kirchlichen Trägern vermehrt einzelne, sogenannte „*bessere Patienten*“ in bestehende Einrichtungen zu entlassen, während für den „*harten Kern*“ der besonders verhaltensauffälligen, zum großen Teil schwer und mehrfach geistig behinderten Langzeitpatienten sich die Notwendigkeit abzeichnete,

mehrere neue Gruppen bzw. eine neue Einrichtung zu schaffen, welche deren Betreuung und Förderung außerhalb der Psychiatrie sicherstellt. Vorschläge für gemeindenaher Kleinstheime scheiterten zunächst an den errechneten „*bohen*“ Pflegesätzen, während einige größere Einrichtungen Konzepte für sogenannte intensiv betreute Wohngruppen erarbeiteten und hierfür nach zähen Verhandlungen mit den Kostenträgern teilweise auch durchsetzten.

Während sich innerhalb des Krankenhauses für die geistig behinderten Patienten von Haus 67 verbesserte tagesstrukturierende Maßnahmen durch den Aufbau einer räumlich getrennten Fördergruppe ergaben, gelang es durch die Ausweisung einer halben Arztstelle für ambulante Tätigkeiten auch der Forderung der Einrichtungen nachzukommen, für ihre Klientel eine verbesserte ambulante psychiatrische Beratung und Behandlung anzubieten. Die Gründung der Fördergruppe einerseits und der Spezialambulanz andererseits im Sommer 1994 erfolgte im Zuge der oben erwähnten

Abb. 3: Entwicklung der Zahl der geistig behinderten Langzeitpatienten im Bezirkskrankenhaus Haar (Haus 67) von 1993 – 1999

<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Langzeitpatienten</i>
1993	58
1994	53
1995	39
1996	37
1997	32
1998	8
1999	0

„*Doppelstrategie*“. Sowohl die inneren Verhältnisse im Krankenhaus sollten so verändert werden, daß auch langzeithospitalisiert und massiv verhaltensauffällige Patientin für eine Entlassung in eine extramurale heilpädagogische Einrichtung vorbereitet werden konnten, andererseits dann aber auch „*vor Ort*“ ambulante psychiatrische Versorgungsstrukturen etabliert sind, um Beratung und Behandlung für diese schwierige Klientel und deren Betreuer anzubieten und Instrumente für Krisensituationen bei akut auftretenden Störungen vorzuhalten.

Im Herbst 1994 wurde durch die in der IPGb vertretenen Gruppen ein Konzept für ein „*Psychiatrisch-Heilpädagogisches Zentrum (PHZ) im BKH Haar*“ erarbeitet, welches die ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Betreuung geistig behinderter Menschen in akuten Krisen innerhalb des Einzugsgebietes des Krankenhauses sicherstellen soll (RÖSSERT et al. 1994). Im Mai 1995 wurde vom Verband der Bayerischen Bezirke ein Rahmenkonzept zur Enthospitalisierung von etwa 700 in den bayerischen Bezirkskrankenhäusern

Abb.4: Thesen zur Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen

1. Der Prozeß der Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen war erheblich schwieriger zu realisieren als die Aufgabe der parallel in Gang gebrachten Enthospitalisierung der psychisch kranken Langzeitpatienten. Damit mögen auch die unterschiedlichen Entwicklungswege der sonder- und heilpädagogischen sowie psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Zusammenhang stehen.
2. Enthospitalisierung ist nicht identisch mit Deinstitutionalisierung: Fast alle enthospitalisierten geistig behinderten Bewohner des Bezirkskrankenhauses Haar leben heute wieder - allerdings in anderen - Institutionen. Dies und ihre Nähe bzw. ihr Abstand zur Gemeinde haben insbesondere mit politisch-ökonomischen Faktoren (und Kräfteverhältnissen) zu tun, dagegen nur relativ wenig mit reiner Fachlichkeit.
3. Enthospitalisierung steht immer in Gefahr, zur bloßen Privatisierungsaktion im Rahmen des „*Umbaus des Sozialstaates*“ zu geraten.
4. Enthospitalisierung von Menschen, deren Probleme so schwerwiegend und kompliziert sind, kann nur gelingen, wenn parallel zum Aufbau neuer Lebensräume außerhalb der Anstaltspsychiatrie auch ambulante, teilstationäre und stationäre Kriseninstrumente geschaffen werden.
5. Ein solches akutpsychiatrisches Angebot bringt eine Blickverlagerung vom stationären zum ambulanten Setting mit sich: Das Krankenhaus wird zu einer komplementären Einrichtung innerhalb einer geschlossenen Versorgungskette mit dem Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen.

fehlplazierten geistig behinderten Menschen bis Ende 1998 verabschiedet (Verband der Bayerischen Bezirke 1995), welches in den wesentlichen Punkten die im PHZ-Konzept formulierten Ziele beinhaltete und Maßnahmen auflistete, um den Prozeß der Enthospitalisierung und seiner Weiterentwicklung hin zu einer umfassenden Versorgung psychisch kranker geistig behinderter Menschen sicherzustellen. Auch hierin wird einer Umwidmung von Betten der Bezirkskrankenhäuser in Heimbereiche für geistig behinderte

Menschen auf dem Klinikgelände eine klare Absage erteilt. Außerdem wird gefordert, in Zusammenarbeit zwischen Bezirkskrankenhäusern, freigemeinnützigen und privaten Trägern regionale Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen zu entwickeln und den Kostenträgern vorzulegen. Währenddessen konnte im Frühjahr 1996 ein eigens für die geistig behinderten Patienten von Haus 67 verfügbarer Kleinbus organisiert werden und so im Rahmen der Enthospitalisierungsvorbereitungen mit unseren langzeithospitalisierten Patienten systematisch auch Außenaktivitäten geplant und durchgeführt werden. Gemeinsam mit einem freien Träger (*Dr. Löw'sche Einrichtungen e.V.*) wurde die Vorbereitung einer neuen, intensiv betreuten Einrichtung für den „harten Kern“ unser noch verbliebenen ca. 36 geistig behinderten Langzeitpatienten konzipiert und verschiedene Immobilien im östlichen Umland von München besichtigt. Nach Auflösung des Fachbereichs Sozialpsychiatrie Ende 1996 konnte eine relative Selbständigkeit von Haus 67 unter ärztlicher Leitung innerhalb unseres Großkrankenhauses vereinbart werden. Die unter dem Dach der Institutsambulanz arbeitende Spezialambulanz für geistig behinderte Patienten konnte personell weiter aufgestockt werden und nach Umstellung vom Pauschalvergütungssystem auf die Einzelleistungsabrechnung für die bayerischen Institutsambulanzen ab Januar 1996 unter verbesserten finanziellen Rahmenbedingungen die notwendigen Geh-Strukturen, sprich Hausbesuche, in den zum Teil weit vom Krankenhaus entfernt gelegenen Einrichtungen, vorhalten. Im Herbst 1997 wurden 24 Langzeitpatienten in drei Gruppen in die neu entstandene *Dr. Löw'sche Einrichtung Ebrach* im Landkreis Rosenheim entlassen, bemerkenswert hierbei war, daß z.T. langjährig betreuendes Personal und ein psychologischer Therapeut der Geistigbehindertenabteilung diesen Prozeß bis hin zum Wechsel vom öffentlichen zum privaten Arbeitgeber begleiteten und so den enthospitalisierten Patienten während des Lebensplatzwechsels das so wichtige Element konstant verfügbarer Bezugspersonen sicherten. Dies verdient besonders hervorgehoben zu werden und hat sich im weiteren Verlauf als wesentlicher Faktor zur Vermeidung von Rückverlegungen in die psychiatrische Klinik erwiesen. Im November 1997 wurde endlich das aktualisierte PHZ-Konzept zur Gründung einer „*Fachabteilung Psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung*“ durch den Träger des BKH Haar, dem Bezirk Oberbayern, verabschiedet. Ab 01.01.1998 konnte schließlich die Akutstation für geistig behinderte Menschen mit gemischt geschlechtlich belegbaren 18 Betten eröffnet werden. Die neu gegründete Fachabteilung stellte sich im Rahmen eines Tages der offenen Tür im Mai 1998 einem interessierten, aus Fachkräften, Angehörigen und Klinikpersonal bestehendem Publikum vor, wobei sich besonders der weitgehend durch Eigenmittel und besonderes Engagement einiger Mitarbeiter entstandene Snoezelen-Raum großer Aufmerksamkeit erfreute.

Seit 1997 finden halbjährlich sogenannte Regionalkonferenzen statt, um die auch durch die IPGb begonnene enge Zusammenarbeit zwischen pädagogischen und psychiatrischen Fachleuten zu vertiefen, wechselseitige Interessen besser zu formulieren und im jeweiligen Kontext partnerschaftlich zu kooperieren. Auf diesem Hintergrund konnte Anfang Oktober 1999 die letzte Gruppe der noch verbliebenen geistigbehinderten Langzeitpatienten aus dem BKH Haar entlassen werden. Somit ist die Enthospitalisierung abgeschlossen, während die notwendigen Strukturen zur ambulanten, teilstationären und stationären Akutbehandlung psychiatrisch behandlungsbedürftiger geistig behinderter Menschen dank dem Engagement und Zusammenwirken in früheren Jahren noch polarisiert entgegenstehender Interessengruppen geschaffen sind. Wir alle haben in diesem Prozeß (hoffentlich) Vieles dazugelernt:

- die Veränderung von Standort und Perspektive,
- gegenseitige Wertschätzung und ein neues Rollenverständnis,
- Erweiterung unseres Fachwissens und unserer Kompetenz,
- und vor allem mehr Verständnis und Empathie für die uns anvertrauten geistig behinderten Menschen überhaupt (s. hierzu auch SENCKEL 1994).

Aktuelle Situation

Das Bezirkskrankenhaus Haar, am östlichen Stadtrand Münchens gelegen, zählt mit 1.413 Betten (Stand September 1999) zu einer der größten psychiatrischen Einrichtungen seiner Art und ist innerhalb Oberbayerns zuständig für die Pflichtversorgung von ca. 2,3 Millionen Einwohnern im Großraum München und den angrenzenden Landkreisen. Innerhalb dieser Region liegen zahlreiche, unterschiedlich große Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, sowie anderer Träger, welche die Betreuung und Versorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen zur Aufgabe haben. Hierbei reicht das Spektrum von kleinen, gemeindeintegrierten Wohnformen bis hin zu Großeinrichtungen, meist in ländlicher Umgebung gelegen und traditionell in kirchlicher bzw. karitativer Trägerschaft. Während insbesondere im Großraum München eine gute ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Allgemeinbevölkerung durch eine hohe Dichte niedergelassener Nervenärzte, Psychotherapeuten, sozialpsychiatrischer und psychologischer Dienste gewährleistet erscheint, so fand eine angemessene Versorgung von geistig behinderten Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Störungen bis vor wenigen Jahren weder innerhalb noch außerhalb der Psychiatrie statt. In Bayern waren es besonders *SCHANZE und Mitarbeiter* in Kaufbeuren, sowie *ETTLE und Mitarbeiter* in Bayreuth, welche auf dieses Versorgungsdefizit mit dem Aufbau spezialisierter Abteilungen und Ambulanzen reagierten. Im BKH Haar kam 1993 Bewegung auf, sowohl durch die Arbeit der IPGb als auch durch die Zuordnung der Geistigbehindertenabteilung in den Fachbereich Sozialpsychiatrie. Doch erst im November 1997 konnte „*Richtfest*“ gefeiert werden: Nachdem im Gesundheitsausschuß des Bezirks Oberbayern das Konzept für ein psychiatrisch-heilpädagogisches Zentrum im BKH Haar verabschiedet hatte mit dem Beschluß, ein spezialisiertes psychiatrisches Therapieangebot für Menschen mit geistiger Behinderung im BKH Haar anzubieten.

Die Fachabteilung psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung im BKH Haar

Nach Enthospitalisierung der meisten geistig behinderten Langzeitpatienten bis Ende 1997 war es nun möglich geworden, ab 01. Januar 1998 die so dringend notwendige Akutstation in Haus 67 zu eröffnen. Nach Schließung der dort auch noch verbliebenen Langzeitstationen im Oktober 1999 setzt sich die Fachabteilung nun zusammen aus:

- Spezialambulanz für geistig behinderte Menschen
- Akutstation für psychiatrisch behandlungsbedürftige geistig behinderte Menschen (18 Plätze, gemischt-geschlechtliche Belegung)
- ergotherapeutische Einheit (Fördergruppe).

Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern, Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern, Fachkrankenschwestern und -pflegern für Psychiatrie, einer Heilpädagogin und einem Arbeitstherapeuten. Zusätzlich können im Team mitarbeiten: Praktikanten, Schüler, Zivildienstleistende. Prinzipiell können alle Mitarbeiter sowohl ambulant als auch stationär tätig werden im Rahmen folgender Grundsätze der Fachabteilung

- Außenorientierung
- Ganzheitlicher Ansatz der Hilfen
- Normalisierungs- und Integrationsprinzip
- Multiprofessionalität mit Verknüpfung medizinisch-psychiatrischer und heilpädagogischer Kompetenzen

Spezialambulanz für geistig behinderte Menschen:

Seit August 1994 wird eine ambulante psychiatrische Beratung und Behandlung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung bzw. Verhaltensauffälligkeiten angeboten. Schon bald bestätigte die wachsende Inanspruchnahme dieses Angebots (s. Abb. 5) den Bedarf einer eigenen Stellenausweisung, zunächst ab Januar 1995 mit einer halben Arztstelle, ab Januar 1996 mit einer weiteren halben Arztstelle, sowie ab September 1997 mit je einer weiteren halben Arztstelle, ab Juli 1999 sind der Ambulanz zwei halbe Arzt- und eine ganze Arztstelle zugeordnet. Zusätzlich werden bedarfsweise andere Berufsgruppen der Fachabteilung mit in die Ambulanzarbeit integriert, die organisatorisch der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses zugeordnet ist. Für die bayrischen Institutsambulanzen wurde 1996 das bisher bestehende Pauschalvergütungssystem auf Einzelleistungsabrechnung umgestellt, welche es u.a. ermöglicht, die durch die Hausbesuche in den Einrichtungen anfallenden Wegezeiten mit in die Vergütung der Ambulanzleistungen einzubeziehen. Durchschnittlich kommt es zu drei bis sechs Kontakten pro Quartal, welche zu ca. 90% im Lebensumfeld der Patienten stattfinden (Wohngruppe, Wohnheim, zu Hause bei der Familie oder in der Behindertenwerkstatt), d.h., die Ambulanzmitarbeiter sind über Hausbesuche vor Ort tätig (Geh-Struktur). Erst hierdurch werden viele geistig behinderte Menschen erreicht, die aufgrund ihrer z.T. Mehrfachbehinderung nicht in der Lage sind, innerhalb einer herkömmlichen Sprechstundensituation einer Arztpraxis in den diagnostischen und therapeutischen Prozeß einzutreten. Außerdem entsteht so von Beginn an eine enge Einbeziehung von Angehörigen und Betreuungspersonal, welche die oft so notwendigen Entwicklungs- und fremdanamnestic Informationen geben und als „Übersetzer und/oder Berichterstatter“ mit in diesen oft schwierigen Prozeß einbezogen sind. Gerade bei ängstlichen, kontaktgestörten oder durch aggressive Verhaltensstörungen auffallenden geistig behinderten Menschen kann eine solche Vorgehensweise sehr zeitaufwendig und somit vom niedergelassenen Arzt schwer zu leisten sein (HENNICKE & MEINS 1996). In enger Kooperation mit den Behinderteneinrichtungen und deren heilpädagogischen und psychologischen Fachdiensten erfolgt eine fachliche Beratung zu Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Krisenprävention und Krisenintervention, sowie Klärung des Versorgungs- und Betreuungsbedarfs erfolgt nach dem Konzept einer handlungsorientierten, verstehenden Diagnostik (LINGG & THEUNISSEN 1993). Wenn notwendig, werden teil- und vollstationäre Behandlungsangebote vermittelt und in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen die Nachsorge organisiert. Im Rahmen von Angehörigen- und Mitarbeiterberatungen, Teamsitzungen und Fortbildungen in den Behinderteneinrichtungen wird auch über diese Besonderheit der Psychopharmakotherapie psychischer Störungen und Krankheiten bei geistig behinderten Menschen, sowie mögliche unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen informiert. Ein zunehmender Bedarf besteht auch bezüglich psychotherapeutischer Beratung und Behandlung, bzw. Vermittlung entsprechender Angebote, sofern diese vorhanden sind. Aktuell werden über die Ambulanz ca. 250 Patienten pro Quartal betreut (Stand September 1999).

Abb. 5: Entwicklung der Spezialambulanz für geistig behinderte Menschen

<i>Quartal</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
III/94	2
IV/94	11
I/95	25
II/95	33
III/95	53
IV/95	61
I/96	85
II/96	92
III/96	118
IV/96	131
I/97	138
II/97	147
III/97	153
IV/97	170
I/98	187
II/98	192

Akutstation für psychiatrisch behandlungsbedürftige geistig behinderte Menschen

Am 01.01.1998 wurde offiziell die Akutstation in Haus 67/O eröffnet mit 18 gemischt geschlechtlich belegbaren Betten. Natürlich waren schon in den Monaten und Jahren zuvor

immer mal wieder akut behandlungsbedürftige, geistig behinderte Menschen aus dem Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Haar aufgenommen worden, wobei sich jedoch wiederholt zeigte, daß eine gemeinsame Unterbringung auf der Station mit unseren langzeithospitalisierten Patienten rasch dazu führen kann, daß die Akutpatienten einerseits entweder noch mehr Verhaltensauffälligkeiten „produzieren“ und rasch hospitalisieren, andererseits Betreuer und Angehörige aus dem bisherigen Lebensumfeld zurecht mit dieser Situation sehr unzufrieden waren, zumal die räumlichen Bedingungen in Haus 67 mit noch bis vor wenigen Jahren bestehender Saalbauweise alles andere als einladend und im Sinne eines milieuthérapeutischen Behandlungskonzeptes förderlich erschienen. Nach den Umbaumaßnahmen der letzten Jahre können nun auf der Akutstation Ein-, Zwei- und Dreibettzimmer angeboten werden, außerdem stehen mehr Gruppen- und Therapieräume zur Verfügung.

Das stationäre Behandlungskonzept ist ganzheitlich orientiert, umfaßt sowohl medizinisch-psychiatrische als auch heilpädagogisch-milieuthérapeutische Maßnahmen im Sinne des Normalisierungs-, Individualitäts- und Integrationsprinzips. Im Rahmen des Bezugspersonenkonzeptes wird schwerpunktmäßig versucht, die gesunden Anteile und Fähigkeiten der zu behandelnden Patienten und Patientinnen zu erkennen und zu fördern, außerdem nach eingehender medizinisch-psychiatrischer Diagnostik entsprechende, auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Therapieprogramme zu entwickeln. Angeboten werden u.a.: Teilnahme an der Fördergruppe, Musiktherapie, Snoezelen, Kochgruppe, Malgruppe, Außenaktivitäten. Der Kontakt zu Angehörigen und Betreuern stellt ein wesentliches Moment des Behandlungskonzeptes dar mit dem Ziel, die Patienten wieder in ihr bisheriges Lebensumfeld einzugliedern oder, falls notwendig, gemeinsam andere Alternativen zu entwickeln (z.B. Änderung des Wohngruppenplatzes, des Werkstattplatzes o.ä.). In der einmal monatlich stattfindenden Angehörigengruppe, an der in der Regel auch Betreuer aus den Wohngruppen oder Werkstätten teilnehmen können, werden Informationen zu bestimmten Themen gegeben, im Vordergrund steht jedoch der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen. Besonderer Schwerpunkt wird auf eine

**Abb. 6: Akutstation
„Erfahrungen“ des ersten Jahres (1998)**

Anzahl der aufgenommenen Patienten	77 (46 Männer, 31 Frauen)
Durchschnittsalter	36 Jahre (16 - 69 Jahre)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	54 Tage (1 - 256 Tage)
Mehrfachaufnahmen	14 (10 Männer und 4 Frauen) mit 2 Aufenthalten 2 (1 Mann und 1 Frau) mit 3 Aufenthalten
Wohnort im Einzugsgebiet des BKH Haar	59 (76,6%)
Wohnort außerhalb des Einzugsgebiets des BKH Haar ("überregional")	18 (24,4%)

Herkunft der Patienten

aus Einrichtungen mit mehr als 100 Bew.	34 (34,1%)
aus Einrichtungen mit weniger als 100 Bew bei Eltern, Angehörigen lebend	24 (31,2%)
aus anderen Abteilungen des BKH Haar oder Krankenhäusern verlegt	11 (14,3%)
	8 (10,4%)

	Ausprägung der Intelligenzminderung	davon zusätzlich Epilepsie
F 70 (leicht)	29 (37,7%)	7 (24,1%)
F 71 (mittelgradig)	22 (28,6%)	9 (40,9%)
F 72 (schwer)	18 (23,4%)	7 (38,9%)
F 73 (schwerst)	2 (2,6%)	2 (100%)
keine F 7-Diagnose:	6 (7,8%)	0

Diagnosen

behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeit und/oder Behandlung der Verschlechterung eines Anfallsleiden	44 (57,1%)
Psychiatrische Störung davon	33 (42,9%)
F 0 (Organische Störung)	5 (15,2%)
F 1 (Störung durch psychotrope Substanzen)	0
F 2 (Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Erkrankungen)	15 (45,5%)
F 3 (Affektive Störungen)	2 (6,1%)
F 4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	3 (9,1%)
F 5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren)	0
F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	2 (6,1%)
F 8 (Entwicklungsstörungen, u.a. frühkindlicher Autismus)	6 (18,2%)

differenzierte und symptom- bzw. syndromorientierte Psychopharmakotherapie gelegt mit dem Ziel, „so wenig wie möglich und nur so viel wie nötig Medikamente zu verabreichen“. Bei zusätzlich bestehendem Anfallsleiden wird in enger Zusammenarbeit mit den neurologischen Konsilärzten versucht, die antikonvulsive Medikation zu optimieren.

Im Vorfeld der stationären Behandlung wird im Regelfall über die Ambulanzmitarbeiter versucht, die Notwendigkeit abzuklären und bei entsprechendem Behandlungsbedarf den Aufnahmetermin zu vereinbaren, andererseits wird nach Entlassung regelmäßig eine ambulante Nachbetreuung, sofern möglich und gewünscht, angeboten. Einige Strukturdaten und Erfahrungen der Akutstation aus dem ersten Jahr sind in Abbildung 6 dargestellt.

Ergotherapeutische Einheit (Fördergruppe)

Die Gründung der räumlich von Haus 67 getrennten Fördergruppe im August 1994 erfolgte zunächst mit dem Ziel, für die damals mehrheitlich in Haus 67 untergebrachten geistig behinderten Langzeitpatienten ein sinnvolles, tagesstrukturierendes Angebot zu schaffen. Über ein differenziertes Beschäftigungsangebot in einer Atmosphäre, in der persönliche Ansprache, Geduld und Mitmenschlichkeit möglich sind, zeigten viele dieser Patienten, daß sie in der Lage sind, sich trotz verschiedenster Behinderungen und Auffälligkeiten in einen Arbeitsprozeß und entsprechende Abläufe einzugliedern. So gelang es, jahrelang hospitalisierte, schwer geistig und mehrfach behinderte Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten vor allem selbst- und fremdaggressiver Natur und autistischen Störungen tagsüber stundenweise zu beschäftigen mit dem Ergebnis, unterschiedliche produktive Arbeiten zu erledigen. Innerhalb eines Stufenprogramms mit Eingangs- und Fördergruppe, Halbtags- und Ganztagsangeboten konnte eine schrittweise Eingliederung dieser Patienten erreicht und sie so für die Teilnahme an Fördergruppen oder Werkstattplätzen außerhalb des BKH Haar vorbereitet werden. Hierzu dient auch eine an die behinderten Patienten angepaßte Dokumentation mit Beobachtungs- und Verlaufsbogen zu den einzelnen Tagen, Wochen und Monaten, an denen sie in der Fördergruppe teilnehmen. Die „Existenz“ der Fördergruppe war und ist immer wieder in Frage gestellt durch mangelnde Arbeitsaufträge, vor allem aus der hausinternen Arbeitstherapie des Bezirkskrankenhauses, so daß erhebliches Verhandlungsgeschick und Kontakte zu externen Werkstätten und Firmen notwendig sind, um vielseitige Arbeitsaufträge für unsere geistig behinderten Patienten zu organisieren. Im Rahmen der Akutstation kommt der Fördergruppe neben ihrer ergotherapeutischen Funktion, in der Sozialverhalten, Gruppenfähigkeit, Ausdrucksvermögen, Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit getestet werden können, nun vermehrt eine diagnostische Funktion zu, insbesondere in der Beurteilung, ob durch überlagernde Krankheitssymptome und/oder mögliche Medikamentennebenwirkungen kognitive oder andere Einschränkungen der geistig behinderten

Abb.7: Fördergruppe "Bestandsaufnahme" für das Jahr 1998

- Personal: 1 Arbeitstherapeut und 1 Krankenschwester
- von Patienten geleistete Arbeitszeit: 7738 Stunden mit 6 Ganztags- und 2 Halbtagsplätzen
- Therapiezeiten: 9.00 bis 11.30 Uhr und 14.00 bis 16.30 Uhr
- "Vergütungssystem" in 3 Stufen: 0,80 DM - 1,20 DM - 1,60 DM/Stunde

Arbeitsvorgänge	
Kontaktfedern aufziehen	29028 Stück
Kontaktbügel beschrauben	11935 Stück
Stecker demontieren	560 Stück
Schalter demontieren	740 Stück
Blöckchen beschrauben	28010 Stück
Verkaufstüten einfädeln	11090 Stück
1 Meter Schnüre wickeln	5980 Stück
Schnüre vermessen und montieren	2178 Stück
Wassersäulen anfertigen	6 Stück
Sitzkissen weben	86 Stück
Weihnachtstüten fädeln	1055 Stück
Ringe knüpfen	268,5 kg
Stofflätzchen kleben und falten	2329 Stück
tiptop 100-Konfektion	2340 Stück
Verkaufstüten fädeln	8565 Stück
Trinkbecher eintüten und verschweißen	1610 Stück

- | Außenaktivitäten | |
|---|--|
| • 6 Ausflüge an Chiem- und Starnberger See | |
| • 3 Besichtigungen (Weberei und Werkstatt für Behinderte) | |
| • 6 Wald-Exkursionen | |
| • 1 Ausflug in ein Erdbeerfeld ... mmmhhh! | |

Patienten bestehen. Das Personal der Fördergruppe (ein Arbeitstherapeut und eine Krankenschwester) nimmt daher regelmäßig an den wöchentlich stattfindenden Patienten- und Teambesprechungen teil, um die sowohl innerhalb der Fördergruppe als auch im Rahmen der Station gemachten Beobachtungen auszutauschen und Behandlungsmaßnahmen aufeinander abzustimmen. Eine kleine Bestandsaufnahme der Fördergruppe ist in Abb. 7 dargestellt.

Ausblick

Unter vielen Aspekten stellt die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von verhaltensauffälligen und/oder psychisch kranken, geistig behinderten Menschen eine Besonderheit dar und setzt speziellere Kenntnisse und Erfahrungen voraus. Eine enge Kooperation und Vernetzung auf regionaler Ebene mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe ist hierzu erforderlich, denkbar wäre der Ausbau unserer Fachabteilung zu einem „Zentrum für Beratung und Therapie“, in welchem jene Bereiche angeboten werden, die im Rahmen der regionalen Versorgung bislang zu kurz kamen (siehe hierzu LINGG & THEUNISSEN 1993). Die Arbeitsfelder eines solchen Zentrums sind im wesentlichen:

1. Beratung in Konflikt- und Krisensituationen,
2. pädagogisch-therapeutische Hilfen und Psychotherapieangebote,
3. differenzierte medikamentöse Behandlung,
4. begleitende Beratung, Fortbildung und Supervisionsangebote,
5. Krisenprävention und Interventionsangebote, die rund um die Uhr in einem vernetzten Hilfesystem verfügbar sind.

Noch stehen einige wesentliche Baumaßnahmen in Haus 67 aus, um die räumliche Situation sowohl für die Patienten als auch die Mitarbeiter der Fachabteilung zu verbessern. Insbesondere die Installation behindertengerechter sanitärer Anlagen als auch eine verbesserte Gestaltung der Patientenzimmer, Aufenthalts- und Gruppenräume sind erforderlich, um entsprechende milieutherapeutische Prinzipien zu verwirklichen. Außerdem ist geplant, durch den Umzug der Akutstation von 67/O nach 67/E einen direkten Zugang zu unserem abgeschlossenen Garten zu ermöglichen, was zur Entzerrung vieler Unruhe- und Aggressionszustände auf Station beitragen kann. Nach Umzug der Büroräume der Ambulanz und der Fördergruppe - voraussichtlich im Jahr 2000 - wird somit zumindest räumlich das Konzept für ein *Psychiatrisch-Heilpädagogisches Zentrum (PHZ)* im Bezirkskrankenhaus Haar verwirklicht sein.

Literaturverzeichnis

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1980): Erster bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, München.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1990): Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, München.
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) (1975) (Bundestagsdrucksache 7/4200).
- BRADL, Ch. (1994): Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten - ein Schlüsselproblem. *Geistige Behinderung* 33,117-130
- BRADL, Ch. (1997): Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: FIB e.V. (Hrsg.): *Leben auf eigene Gefahr?! - Geistig Behinderte auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben*. AG-SPAK-Bücher, München.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) (1996): *Wenn Verhalten auffällt... - Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung*. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- CROME, A. (1996): Pädagogische Gesichtspunkte in der Betreuung psychisch Kranker geistig Behinderter. *Nervenheilkunde* 68, 159 - 162.
- DOŠEN, A. (1997): *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- HENNICKE, K. MEINS, W. (1995): Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. *Psychiatrische Praxis* 22, 240 - 243.
- Initiative psychiatrischer Betreuung geistig Behinderter (IPGb) (1993): Resolution vom 30.04.1993.
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (1993): *Psychische Störungen bei geistig Behinderten*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

- NIRJE, W. (1976): The normalization principle. In: KUGEL, R.B., SHAERER A. (eds). Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded. Washington DC: Governement Printing Service.
- RÖSSERT, B., STEIGER, P., STEINBÖCK, H. (1994): Konzept für ein Psychiatrisch-Heilpädagogisches Zentrum (PHZ) im Bezirkskrankenhaus Haar vom 29.07.1994.
- SENCKEL, B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten - Eine entwicklungspsychologische Einführung. Verlag C.H. Beck, München.
- STEINBÖCK, H. (1995a): „Enthospitalisierungsfälle“, Thesenpapier vom 01.08.1995.
- STEINBÖCK, H. (1995b): Das Fenster ist geöffnet oder: Wie hängen Stationsrenovierung und - auflösung miteinander zusammen? - Veränderungen in der Geistigbehindertenabteilung des BKH Haar. Manuskript vom 04.08.1995.
- STEINBÖCK, H. (1997): Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker („Pflegefälle“) - vorläufige Resultate aus dem Bezirkskrankenhaus Haar. Krankenhauspsychiatrie 8, 47 - 50.
- THEUNISSEN, G. (1991): Wege aus der Hospitalisierung: Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- THEUNISSEN, G. (1992): Zur Lage hospitalisierter (psychiatrisch) untergebrachter Menschen mit geistiger Behinderung in den neuen Bundesländern. In: Zeitschrift für Heilpädagogik H. 10, 680 ff.
- Verband der bayerischen Bezirke (1993): Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Langzeitkranker - Rahmenkonzept vom 22.10.1993.
- Verband der bayerischen Bezirke (1995): Weiterentwicklung der Versorgung geistig Behinderter in Bezirkskrankenhäusern - Rahmenkonzept vom 17.05.1995.
- WEDEKIND, R., CONRADT, B., MUTH, Ch. (1994): Wege der Eingliederung geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Kliniken in ein Leben so normal wie möglich. Band 32 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft in Baden Baden.

Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen⁴

Klaus Hennicke und Wolfgang Meins

Problemstellung

Psychische Störungen bei geistiger Behinderung waren immer ein Stiefkind der Psychiatrie. Im wesentlichen sind sie es auch heute noch, obwohl international - vor allem in Großbritannien, den USA und den Niederlanden - seit gut zehn Jahren das wissenschaftliche und praktische Interesse nicht nur der Psychiatrie an dieser Frage deutlich zugenommen hat. Als Markierungspunkte dieser positiven Entwicklung können die Monographien von JAMES & SNAITH (1979) und von MATSON & BARRETT (1982) angesehen werden. Die bei uns weiterhin zu registrierende Vernachlässigung von psychiatrischen Problemen geistiger Behinderung in Studium, Weiterbildung, Fortbildung, Forschung und Versorgung mag viele Gründe haben; daß sie fachlich unbegründet ist, soll im folgenden dargelegt werden.

Prävalenz von psychischen Störungen

Der Forschungsstand zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung muß als quantitativ und qualitativ unzureichend bezeichnet werden (MEINS 1994). Überwiegend wurden bisher - in psychiatrischer Hinsicht - hochselektierte Stichproben aus Großeinrichtungen untersucht. Von verschiedenen Untersuchungen an Stichproben aus Geistigbehindertenanstalten bemüht sich die Studie von BALLINGER et al. (1991) besonders um eine sorgfältige psychiatrische Klassifikation. Eine Zufallsstichprobe (n=100) der Patienten einer Anstalt mit einem Anteil von 53% schwerst/schwer geistig Behinderten wurde umfassend und z.T. standardisiert psychiatrisch untersucht und nach ICD-9⁵ klassifiziert. Insgesamt 80% erhielten eine aktuelle psychiatrische Diagnose, darunter fanden sich am häufigsten: Persönlichkeitsstörungen (17%), Störungen des Sozialverhaltens (15%), Psychosen des Kindesalters (12%), hyperkinetisches Syndrom (9%) sowie Schizophrenien, affektive Psychosen und spezielle Symptome/Syndrome (je 5%). Unabhängig von der psychiatrischen Klassifikation wurden zusätzlich noch Verhaltensprobleme erfaßt. Die beiden häufigsten waren aggressives Verhalten (62%) und Stereotypien (43%), während selbstverletzendes Verhalten seltener vorkam (25%).

An geistig behinderten Patienten aller Altersgruppen und Schweregrade einer akutpsychiatrischen Abteilung konnte gezeigt werden, daß bei diesem Personenkreis ein breites Spektrum der in Anlehnung an DSM-III klassifizierten psychiatrischen Störungen vorkam (MENOLASCINO 1988). Ähnliches gilt auch für die Untersuchung einer ambulant-psychiatrischen Inanspruchnahme-stichprobe von überwiegend leicht geistig behinderten Erwachsenen (BOURAS & DRUMMOND 1992). An einer in psychiatrischer Hinsicht wesentlich geringer selektierten Stichprobe untersuchte MEINS (1993a) verschiedene Aspekte depressiver Störungen bei geistig behinderten Erwachsenen. Die einzelnen Raten für Dysthymie und Major Depression fügen sich jeweils in den unteren Teil des Normalbevölkerungs-Prävalenzspektrums ein. Außerdem konnte nachgewiesen werden, daß depressive Störungen bei geistiger Behinderung auch durch atypische Symptome - v.a. aggressives und selbstverletzendes Verhalten -

⁴ Erstveröffentlichung in *Psychiatrische Praxis* 22(1995)240-243. Als Übersichtsaufsatz, der epidemiologische Angaben sowie spezielle praktische Probleme in der Diagnostik und Therapie diskutiert, hielten wir eine Wiederveröffentlichung als Ergänzung der hier vorgestellten Versorgungsangebote für wichtig. Dem Mitautor Herrn PD Dr.W.Meins, Hamburg sowie den Herausgebern der *Zeitschrift Psychiatrische Praxis* danke ich für die Erlaubnis.

⁵ vgl. Fußnote 2 Seite 24

charakterisiert sind und dementsprechend eine Modifikation der diagnostischen Kriterien erforderlich ist.

LUND (1985) untersuchte in Dänemark eine annähernd repräsentative Stichprobe von geistig behinderten Erwachsenen. Eine psychiatrische Störung in Anlehnung an DSM-III⁶ wurde bei insgesamt 28.1% ermittelt. Auffallend niedrig (2%) fiel der Anteil von Neurosen aus und es fand sich kein Fall von Drogen- oder Alkoholabusus bzw. -abhängigkeit. Die schwer geistig Behinderten wiesen gut doppelt so häufig eine psychiatrische Diagnose auf wie die leicht Behinderten (40.3 % vs. 18.7 %). Die einzige Prävalenzstudie, die geistig behinderte und normalintelligente Erwachsene einschließt, ermittelte Gesamtraten für die in Anlehnung an DSM-III klassifizierten psychischen Störungen bei schwerer geistiger Behinderung von 71 %, bei leichter geistiger Behinderung von 33 % und bei Normalintelligenten von 23% (GÖSTASON 1985).

Selbstverletzendes Verhalten ist ein typisches Beispiel für spezielle Symptome oder Syndrome, die weitgehend spezifisch sind für geistige Behinderung, d.h. bei Normalintelligenten selten, nur in bestimmten Entwicklungsperioden oder nur in Verbindung mit anderen psychischen Störungen vorkommen. Dieses Verhalten weist bei schwer(st)er geistiger Behinderung eine Prävalenz von ca. 37% auf (JOHNSON & DAY 1992). Bestimmte Syndrome (z.B. LESCH-NYHAN) sind regelhaft mit selbstverletzendem oder anderem Verhalten verbunden. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß 20% - 30% der geistig Behinderten an zentral-motorischen Störungen und 15 % - 30 % an Epilepsie leiden (MCLAREN & BRYSON 1987). Dementsprechend stellt die häufige Komorbidität von psychischer Störung und Epilepsie - samt daraus resultierenden Problemen - eine weitere Besonderheit der Psychiatrie geistiger Behinderung dar.

In der ICD-10⁷ (WHO 1991, S. 238) wird festgestellt, daß bei geistig behinderten Personen die Prävalenz psychischer Störungen "*mindestens 3-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung*" ist. Wie andere Autoren (STARK & MENOLASCINO 1992) halten auch wir eine solche Schätzung für zu hoch. Realistischer und empirisch besser begründet dürfte sein, daß (a) bei leichter geistiger Behinderung die Prävalenz von psychischen Störungen um etwa 50% höher ist als bei Normalintelligenten und (b) bei schwerer geistiger Behinderung von einer 2-3fach höheren Prävalenz als bei Normalintelligenten auszugehen ist.

Der diagnostische und therapeutische Prozess

Psychische Störungen sind bei geistig behinderten Menschen jedoch nicht nur besonders häufig, sondern weisen darüber hinaus spezielle diagnostische und therapeutische Probleme auf (HENNICKE 1994):

- Die direkte sprachliche Verständigung mit geistig behinderten Menschen ist meist nur begrenzt möglich und bedarf dann einer einfach strukturierten Sprache, einer klaren und am Alltag des Behinderten orientierten Frage- und Erklärungstechnik sowie recht häufig einer eher direktiven oder auch suggestiven Form therapeutischer Empfehlungen. Manchmal kann es hilfreich sein, Gesprächsinhalte vom Betroffenen wiederholen zu lassen, um zu prüfen, ob auch tatsächlich ein inhaltliches Verständnis vorhanden ist. Viele geistig Behinderte verfügen nämlich über erstaunliche Fähigkeiten, sprachliche Sequenzen scheinbar durchaus situationsadäquat zu benutzen, so daß der Unerfahrene das vorhandene Kommunikationsniveau leicht überschätzt. Vor allem äußern sie selten spontan, etwas nicht verstanden zu haben.
- Die oft notwendige Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuern als "*Übersetzer*" und/oder "*Berichterstatter*" birgt das Problem einer subjektiven, interessengebundenen Darstellung. Hier bedarf es ärztlicherseits viel Geschick und Erfahrung, mit allen Beteiligten herauszuarbeiten, wo nun eigentlich das Problem liegt, wie es zu werten ist und wer wo welche Verantwortung übernimmt. Als sehr hilfreich hat sich hierbei eine familien-therapeutische Ausbildung

⁶ DSM-III ist das amerikanische Krankheitsklassifikationssystem bedeutet *Diagnostic Statistical Manual* in der III. Revision. Es erfüllt die gleichen Aufgaben wie die ICD und stimmt in weiten Teilen mit diesem überein.

⁷ vgl. Fußnote 2 Seite 24

erwiesen.

- Die grundsätzliche Problematik in der Anwendung von psychiatrischen Klassifikationssystemen bei (schwerer) geistig Behinderten liegt darin begründet, daß es noch keine spezielle Taxonomie gibt, welche die pathoplastischen Auswirkungen der geistigen Behinderung angemessen berücksichtigt. Darüberhinaus bedarf es viel Erfahrung, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsniveau vorkommenden Äußerungsformen von Symptomen einer psychischer Störung abzugrenzen. Welche Normalität gilt beim Behinderten?
- Familien mit einem geistig behinderten Mitglied unterliegen einer Fülle von außergewöhnlichen psychologischen, sozialen und nicht zuletzt wirtschaftlichen Belastungen. Jede Familie hat ihre besondere Art entwickelt, damit umzugehen. Diese spiegelt sich in - oftmals typischen - psychodynamischen und strukturellen Mustern wider. In der therapeutischen Praxis müssen sie als Ausdruck legitimer, familienspezifischer Anpassungsprozesse und Coping-Strategien respektiert und positiv als Ausdruck intensiver Sorge und Bemühung konnotiert werden (SLOMAN & KONSTANTAREAS 1990), auch wenn die familiären Muster aus der Perspektive des Beobachters als sehr auffällig erscheinen mögen. Pathologisierende Etikette wie z.B. *Überbehütung* oder *Symbiose* können leicht als Schuldvorwurf mißverstanden werden.
- Angehörige oder Betreuer von geistig behinderten Menschen sind durch häufige Kontakte mit Experten oftmals sehr kritisch und beobachten genau, auf welche Art und Weise der Arzt versucht, das jeweilige Problem zu bewältigen. Diese besondere Kontrolle mag für manche Kollegen störend sein, da sie ihre professionelle Kompetenz in Frage gestellt sehen. Eine weitere Problematik ist das sog. *shopping*. Darunter versteht man das Verhalten von Eltern, mehrere Experten aufzusuchen, um endlich die aus ihrer Sicht *richtige* Diagnose zu bekommen, z.B. *frühkindlicher Autismus* oder *Entwicklungsverzögerung* statt *geistige Behinderung*.
- Wie andere Autoren auch (z.B. LEMPP 1992), halten wir eine breite Definition von Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen für sinnvoll, da sie der Lebenswirklichkeit vor allem von betreut lebenden Personen gerechter wird. Demnach sollen als Psychotherapie alle psychologischen oder auch pädagogischen Maßnahmen verstanden werden, die bei psychischen Störungen zur Anwendung kommen und der Behandlung eben dieser Störungen dienen (MEINS 1993b). Da eine verbale Kommunikation mit dem Behinderten häufig ausgeschlossen ist, eignen sich eher systemische, familientherapeutische Verfahren unter Einbeziehung der Familie oder Mitarbeitergruppe (HENNICKE 1993). Auf individueller Ebene dominieren nach wie vor verhaltenstherapeutische Verfahren, wobei selbstverständlich auch hier das Umfeld zu berücksichtigen ist. Andere Zugänge zum behinderten Menschen orientieren sich an "*basalen*" Formen der Kommunikation, Interaktion und Erlebniswelt (z.B. MALL 1984) sowie an frühen (neuro)physiologischen Funktionen, wie die sensorische Integration. Vor allem aus der Gestalt-psychologie und dem Psychodrama kommen wichtige, für geistig behinderte Menschen modifizierte, Individualtherapien (z.B. BESEMS & v. VUGT 1988, 1989). Zunehmend bedeutsam werden Ansätze wie das *gentle teaching* (McGEE et al. 1987) und der *Relationstherapie* (DOŠEN 1993). Das traditionelle Primat der Heilpädagogik in der Arbeit mit Geistigbehinderten hat für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu differenzierten und vielgestaltigen Möglichkeiten geführt, so daß es keinen Grund für einen therapeutischen Nihilismus gibt.

Die Begegnung zwischen Arzt und Patient

Von allen psychiatrischen Patientengruppen dürften es die geistig Behinderten sein, welche die Formen und Regeln des sozialen Kontakts besonders ungewohnt gestalten. Nach unseren Erfahrungen lassen sich eine Reihe von Problemen herausarbeiten, die wir hier - auf recht allgemeiner Ebene - zur Diskussion stellen möchten (vgl. GAEDT 1993):

- Der Prozess des sich aufeinander Einlassens kann bei Arzt und Patient durch affektive Reaktionen (Übertragung und Gegenübertragung) wie etwa Angst, Hilflosigkeit, Scham, Ekel,

Mitleid so erschwert sein, daß ein nutzbringender Kontakt nicht zustande kommt.

- Auf Seiten des Arztes ist mit einem höheren Zeitaufwand hinsichtlich Kontakthanbahnung und Kommunikation zu rechnen. Er muß akzeptieren lernen, daß frustrane Kontaktversuche und Störungen häufiger sind als beim nichtbehinderten Patienten. Es bedarf u.U. zusätzlicher räumlicher und personeller Voraussetzungen (gesondertes Behandlungszimmer, Einbeziehung von Bezugspersonen). Dies scheint unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der niedergelassenen Kollegen schwer realisierbar.
- Wegen der häufigen Einbeziehung von Angehörigen oder/und Mitarbeitern der Wohnstätte entsteht in aller Regel dann nicht die gewohnte Arzt-Patient-Dyade, sondern mindestens eine Triade. Viele ärztliche Kollegen müßten den Umgang damit und den mit der enormen Störanfälligkeit von solch komplexen sozialen Systemen erst lernen.

Psychopharmakotherapie

Personen mit geistiger Behinderung dürften zu den Patienten-gruppen mit besonders häufiger und langdauernder Psycho-pharmakobehandlung gehören. In ihrer Literaturübersicht über meist in den USA durchgeführte Studien kommen AMAN & SINGH (1988) zu dem Ergebnis, daß zwischen 30% und 50% der Bewohner von Großeinrichtungen und zwischen 26% und 36% der Bewohner von kleineren Einrichtungen Psychopharmaka erhalten, meistens Neuroleptika. In einer aktuellen deutschen Untersuchung fanden MEINS et al. (1993) bei geistig behinderten Erwachsenen folgende Psychopharmakobehandlungsraten: Kleinheime 11%, Großheime 31%, Geistigbehindertenabteilung eines Landeskrankenhauses 75%. Neuroleptika stellten auch hier die eindeutig am häufigsten eingenommene Medikamentengruppe. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, zumindest auf die folgenden - in der Praxis häufig ungenügend beachteten - Problembereiche hinzuweisen:

- Auch bei geistig behinderten Menschen sollte eine Psychopharmakobehandlung auf der Grundlage einer Diagnose oder zumindest eines klar definierten Zielsymptoms erfolgen.
- Es gibt derzeit - abgesehen vom hyperkinetischen Syndrom - keine wissenschaftlichen Erkenntnisse die belegen, daß die allgemeine und differentielle Indikation zur Psychopharmakobehandlung davon abhängig ist, ob zusätzlich eine geistige Behinderung vorliegt oder nicht.
- Dementsprechend gibt es keine Veranlassung, geistig behinderte Menschen stereotyp mit Neuroleptika zu behandeln.

Der Einsatz von Neuroleptika ist bei geistig Behinderten auch deshalb besonders problematisch, weil die ohnehin schon reduzierten kognitiven Fähigkeiten durch entsprechende unerwünschte Arzneiwirkungen möglicherweise noch verstärkt werden. Die Beurteilung von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen wird zudem durch die häufig vorbestehenden motorischen Störungen erheblich erschwert. Praktische Erfahrungen deuten darauf hin, daß die Psychopharmakowirkungen bei zusätzlicher geistiger Behinderung möglicherweise noch weniger vorhersagbar sind, als bei normalintelligenten Patienten. Insgesamt verlangen diese und andere Probleme von dem behandelnden Arzt ein erhebliches Maß an spezieller Kompetenz, um den Qualitätsanforderungen zu genügen.

Schlußfolgerungen

Unter vielen Aspekten stellt die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von psychisch gestörten geistig behinderten Menschen eine fachliche Besonderheit dar. Die epidemiologischen Daten zeigen, daß psychische Störungen häufiger vorkommen als in der nichtgeistigbehinderten Population und daß die Erscheinungsformen in mancher Hinsicht unterschiedlich sind. Da das individuelle emotionale, soziale und intellektuelle Entwicklungsniveau berücksichtigt werden muß, ist die Grenzziehung zwischen Normalität und psychischer Gestörtheit erschwert. Besonders bei schwerer geistig behinderten Menschen ist eine Multimorbidität charakteristisch. Die Lebensbedingungen von geistig Behinderten weisen erhebliche Besonderheiten auf und

müssen im diagnostischen und therapeutischen Prozess berücksichtigt werden. Auch die Behandlung mit Psychopharmaka zeigt etliche spezielle Probleme. Demnach scheint der Schluß gerechtfertigt, daß die Diagnostik und Behandlung von psychisch gestörten geistig behinderten Menschen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt und es zudem eines besonderen, interdisziplinären Behandlungssettings bedarf.

An dieser Stelle kann die Frage der strukturellen Umsetzung im Versorgungssystem nicht ausführlich diskutiert werden. Allgemein muß die Forderung lauten: Ergänzung und Erweiterung des Fachgebiets Psychiatrie um eine "Psychiatrie für geistig Behinderte". Praktisch hieße das:

- Schaffung spezieller ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote durch die Psychiatrie und im Rahmen ihres vorhanden Angebots in Kooperation mit heilpädagogischen und psychologischen Fachdiensten.
- Ergänzung der Facharztweiterbildung um dieses Thema (evtl. in Form der "Fakultativen Weiterbildung") und Verankerung in Studium und Fortbildungsangeboten für (Fach-)Ärzte. Die aktuelle Diskussion um ein Weiterbildungs-curriculum für den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie stimmt uns allerdings nicht sehr zuversichtlich, da das Thema *geistige Behinderung* überhaupt nicht erwähnt wird.
- Anerkennung durch die universitäre Psychiatrie, die sich in Deutschland bisher kaum mit den Problemen geistiger Behinderung befaßt. In den USA und in einigen europäischen Ländern (vor allem in England) gibt es seit langem entsprechende Lehrstühle.

Erste Schritte sind erkennbar: Im Oktober 1992 wurde die *European Association for Mental Health in Mental Retardation* (MHMR) mit Sitz in den Niederlanden gegründet (FRASER 1993). Im September 1995 wird sie ihren ersten Kongress (in Amsterdam) veranstalten. Es besteht eine enge Verbindung zur nordamerikanischen *National Association for the Dually Diagnosed* (NADD). Eine *Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung* (DGSGB) befindet sich in der Gründung⁸. Ziel all dieser Aktivitäten ist es, den internationalen Austausch von Wissen, Erfahrungen und Forschungsergebnissen voranzutreiben und die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung *und* psychischen Störungen zu verbessern.

Literatur

- AMAN, M. G., N. N. SINGH (Eds.) (1988): Psychopharmacology of the developmental disabilities. Springer, New York
- BALLINGER, B. R., C. B. BALLINGER, A. H. REID, E. MCQUEEN (1991): The psychiatric symptoms, diagnoses and care needs of 100 mentally handicapped patients. *Br. J. Psychiatry* 158, 251-254
- BESEMS, T., G. VAN VUGT (1988): Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen - Teil 1. *Geistige Behinderung* 27, Heft 4, Praxisteil
- BESEMS, T., G. VAN VUGT (1989): Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen - Teil 2. *Geistige Behinderung* 28, Heft 1, Praxisteil
- BOURAS, N., C. DRUMMOND (1992): Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community. *J. Intellect. Disabil. Res.* 36, 349-357
- DOŠEN, A. (1993): Entwicklungsdynamische Beziehungstherapie. In: HENNICKE, K., W. ROTTHAUS (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund
- FRASER, W. I. (Ed.) (1993): Symposium of the European Association for Mental Health in Mental Retardation: The mental health of europeans with learning disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 37, Suppl. 1
- GAEDT, Ch. (1993): Die allgemeinmedizinische Betreuung geistig Behinderter. *Z. Allg. Med.* 69, 1001-1006
- G-STASON, R. (1985): Psychiatric illness among the mentally retarded. *Acta Psychiatr. Scand.* 71, Suppl. 318
- HENNICKE, K. (1993): Systems Therapy for Persons with Mental Retardation. In: FLETCHER, R. J., A. DOŠEN (Eds.): Mental health aspects of mental retardation. Lexington Books, New York
- HENNICKE, K. (1994): Therapeutische Zugänge zu geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen - Traditionelles und systemisches Konzept. *Geistige Behinderung* 33, 95-110
- JAMES, F. E., R. P. SNAITH (Eds.) (1979): Psychiatric illness and mental handicap. Gaskell Press, London
- JOHNSON, W. L., R. M. DAY (1992): The incidence and prevalence of self-injurious behavior. In: LUISELLI, J. K., J. L. MATSON, N. N. SINGH (Eds.): Self-injurious behavior. Springer, New York

⁸ Die „Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ e.V. (DGSGB) wurde 1995 gegründet

- LEMPP, R. (1992): Psychotherapie und geistige Behinderung. In: GARRRES, S., G. HANSEN (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- LUND, J. (1985): The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults. *Acta Psychiatr. Scand.* 72, 563-570
- MALL, W. (1984): Basale Kommunikation - ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. *Geistige Behinderung* 23, Heft 1, Praxisteil
- MATSON, J. L., R. P. BARRETT (Eds.) (1982): *Psychopathology in the mentally retarded*. Grune & Stratton, Orlando
- MCGEE, J. J., F. J. MENOLASCINO, D. C. HOBBS, P. E. MENOUSEK (1987): *Gentle teaching. A non-aversive approach to helping persons with mental retardation*. Human Sciences Press, New York
- MCLAREN J., S. E. BRYSON (1987): Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. *Am. J. Ment. Retard.* 92, 243-254
- MEINS, W. (1993a): Psychiatrische Probleme bei geistig behinderten Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. Habilitationsschrift, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
- MEINS, W. (1993b): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie - Probleme der gemeinsamen Anwendung bei geistiger Behinderung. In: HENNICKE, K., W. ROTTHAUS (Hrsg.): *Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen*, Dortmund
- MEINS, W. (1994): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung - Prävalenz und psychopathologische Besonderheiten. *Z. Klin. Psychol. Psychopath. Psychother.* 42, 274-285
- MEINS, W., J. AUWETTER, M. KRAUSZ, Y. TURNIER (1993): Behandlung mit Psychopharmaka in unterschiedlichen Einrichtungen für geistig Behinderte. *Nervenarzt* 64, 451-455
- MENOLASCINO, F. J. (1988): Mental illness in the mentally retarded: diagnostic and treatment issues. In: STARK, J. A., F. J. MENOLASCINO, M. H. ALBARELLI, V. C. GRAY (Eds.): *Mental retardation and mental health*. Springer, New York
- SLOMAN, L., M. M. KONSTANTAREAS (1990): Why families of children with biological deficits require a systems approach. *Family Process* 29, 417-429
- STARK, J. A., F. J. MENOLASCINO (1992): Mental retardation and mental illness in the year 2000: issues and trends. In: ROWITZ, L. (ed.): *Mental retardation in the year 2000*. Springer, New York
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Huber, Bern

Autoren⁹

Erik Boehlke

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt, Stellv. Abteilungsleiter, Heiltherapeutische Abteilung Krankenhaus Reinickendorf, örtlicher Bereich Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Oranienburger Str. 285, 13437 Berlin, Tel.: 030/4194-5544

Michael Buscher

Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Oberarzt, Abteilung III (Leitung Frau S. Bley) der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Viersen, Horionstr. 14, 41749 Viersen

Klaus Hennicke

Dipl. Soziologe, Dr. med., Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstr. 79, 10362 Berlin, Tel.: 030/5472-0, Fax: 030/5472-2000

Norbert Kittmann

Dipl. Pädagoge, Stationsleiter, Rheinische Kliniken Langenfeld, Kölner Str.82, 40764 Langenfeld, Tel.: 02173/102-2222

Manfred Koniarczyk

Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt der Fachabteilung Psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung im Bezirkskrankenhaus Haar (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Bender), Postfach 1111, 85529 Haar, Tel.: 089/4562-3228, Fax: 089/4562-3103

Wolfgang Meins

Priv.-Doz. Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Zentrum für Geriatrie Albertinen-Haus, Sellhopsweg 22, 22459 Hamburg, Tel.: 040/55811852/3

Stefan Meir-Korell

Dipl. Psychologe, Therapieleiter der Jugendlichenstation der Abtl. für Kinder- und Jugendpsychiatrie der St.Lukas-Klinik gGmbH Stiftung Liebenau, 88074 Meckenbeuren-Liebenau, Tel.: 07542/101-351, Fax: -333

Herbert Steinböck

Dr. med., Chefarzt der Fachabteilung Psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung im Bezirkskrankenhaus Haar (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Bender), Postfach 1111, 85529 Haar, Tel.: 089/4562-3228, Fax: 089/4562-3103

⁹ Anmerkung der Redaktion: Adressen, Tel.Nr. und Positionen haben sich möglicherweise seit 1999 geändert.

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 und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-2613
Fax 0521/144-3467

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 030/854 87 00
0174/989 31 34
E-mail hennicke@freenet.de;
hennicke@efh-bochum.de

DGSGB

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

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 Arbeitstagungen 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)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir-Korell, Meckenbeuren
Prof. Dr. Gerhard Neubäuser, Linden
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle*

Postanschrift

*Prof. Dr. Michael Seidel
v.Bodenschwingsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144-2613
Fax: (0521)144-3467
www.dgsgb.de*