



dgsgb

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

**Michael Seidel
(Hrsg.)**

**Die stationär-psychiatrische
Versorgung von psychisch erkrankten
Menschen mit geistiger Behinderung**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
3.12.2004 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 10**

Berlin 2005

Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 3.12.2004 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
<p>Michael Seidel Stationär-psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung – ein spannungsgeladenes Thema</p>	4
<p>Bernhard Scholten Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus Sicht eines Psychiatriereferenten</p>	12
<p>Klaus Hennicke Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse einer bundesweiten Analyse</p>	17
<p>Christian Schanze Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse einer bundesweiten Analyse</p>	40
<p>Marianne Philipzig Erwartungen an die stationär-psychiatrische Versorgung aus Sicht der Lebenshilfe Viersen</p>	49
<p>Michael van Brederode Konzeptionelle Vorstellungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung</p>	54
<p>Autoren</p>	69

Stationär-psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung – ein spannungsgeladenes Thema

Michael Seidel

Die DGSGB hat heute zu einer Veranstaltung unter dem Thema „Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung“ nach Kassel eingeladen. Die große Zahl von Teilnehmern zeigt uns, dass wir mit der Wahl des Themas ein interessantes, wichtiges Thema für viele Menschen getroffen haben.

Meine Aufgabe ist es, mit einigen allgemeinen und grundsätzlichen Bemerkungen in das Thema einzuführen. Wir haben in der Vorbereitung des heutigen Programms versucht, mit der Wahl der Referenten und der Themen der einzelnen Beiträge einen weiten Bogen zu schlagen, der möglichst viele Facetten des Themas abdecken soll. Nach meiner Einführung wird Herr Bernhard Scholten aus der Sicht eines Psychiatriereferenten eines Bundeslandes seine Auffassungen zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus Sicht eines Psychiatriereferenten darstellen. Es folgt ihm Herr Professor Klaus Hennicke, der über die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Spiegel einer bundesweiten Analyse sprechen wird. Herr Christian Schanze wird die Ergebnisse ebenfalls einer bundesweiten Analyse der stationär-psychiatrischen Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen mit geistiger Behinderung darstellen. Noch vor der Mittagspause wird Frau Marianne Philipzig von der Lebenshilfe in Viersen ihre Erwartungen an die stationär-psychiatrische Versorgung aus der Sicht der Lebenshilfe Viersen darlegen. Dieser Beitrag schlägt den Bogen zu dem nach der Pause folgenden Beitrag über die konzeptionelle Vorstellungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung von Herrn Michael van Brederode. Herr Professor Gerhard Neuhäuser wird anschließend an die Vorträge die Diskussion im Plenum leiten.

Wenn man über die psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung spricht, dann sollte man vorsichtshalber gleich zu Anfang ein Missverständnis ausräumen, das immer noch in manchen Köpfen spukt, dass nämlich die Psychiatrie irgendeinen Anspruch auf Menschen mit geistiger Behinderung erheben würde. Klargestellt sei also, dass die Psychiatrie dann, und nur dann für Menschen mit geistiger Behinderung zuständig ist, wenn es um die Behandlung einer psychischen Störung geht.

Die Erfahrung lehrt, dass der Begriff der *psychischen Störung* erklärungsbedürftig ist. In der deutschen Sprache kennen wir den Begriff der Störung in verschiedener Verwendung. Wir sprechen z. B. von einem gestörten Verhalten, könnten also auch von einem psychisch gestörten Verhalten sprechen. Das ist aber nicht der Bedeutungsgehalt des Terminus *technicus* psychische Störung. Der Begriff psychische Störung ist die deutsche Übersetzung des englischsprachigen Begriffs

mental disorder. Der Begriff *Störung* (disorder) hat in der psychiatrischen Diagnostik bzw. psychiatrischen Klassifikation den traditionellen Begriff *Krankheit* (disease) abgelöst. Es würde hier zu weit führen, hier die komplexen theoretischen Hintergründe für die Ablösung des Begriffs Krankheit durch den Begriff der Störung ausführlicher zu erläutern. Es sei an dieser Stelle nur so viel gesagt, dass aus theoretisch-konzeptionellen Gründen der traditionelle Krankheitsbegriff in der Psychiatrie heute als weitgehend untauglich angesehen wird.

Der allgemeine Begriff psychische Störung untergliedert sich in verschiedene, genau definierte diagnostische Kategorien, die in der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision, (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision; ICD-10) im Kapitel V aufgeführt sind.

Das Kapitel V der ICD-10 (Die psychischen und Verhaltensstörungen) untergliedert sich in folgende diagnostische Gruppen (vgl. DILLING et al. 1991):

F00 bis F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10 bis F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F 20 bis F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30 bis F39: Affektive Störungen

F40 bis F49: Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen

F50 bis F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60 bis F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70 bis F79: Intelligenzminderung

F80 bis F89: Entwicklungsstörungen

F90 bis F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Mit der Gruppe F70 bis F79 Intelligenzminderung entsteht immerhin das Missverständnis, dass die Psychiater Intelligenzminderung als eine psychische Krankheit verstehen würden. Selbstverständlich sieht die Psychiatrie heute Intelligenzminderung oder geistige Behinderung nicht als eine psychische Krankheit an, wohl aber als die Folge verschiedener, in der Regel medizinisch zu definierender Schädigungsfaktoren, die vor, während oder nach der Geburt auf das sich entwickelnde Gehirn eingewirkt haben.

Es ist leicht einzusehen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich zu dieser wie alle anderen Menschen auch an einer seelischen Störung, z. B. an einer depressiven Störung, einer schizophrenen Erkrankung, einer Zwangsstörung usw. leiden können. Den Sachverhalt, dass zur geistigen Behinderung die Diagnose einer bestimmten psychischen Störung hinzutritt, bezeichnet man manchmal als Doppeldiagnose.

An den Begriff der Doppeldiagnose knüpft sich oft eine sehr prinzipielle Kontroverse an, ob man geistige Behinderung oder Intelligenzminderung überhaupt als eine Diagnose verstehen dürfe. Aus meiner Sicht gibt es gar keinen Zweifel daran, dass die Feststellung einer geistigen Behinderung oder einer

Intelligenzminderung eine Diagnose darstellt. Es ist nur eben nicht die Diagnose einer Krankheit, sondern die Diagnose einer Behinderung.

Übrigens enthalten auch andere Kapitel der ICD-10 Diagnosen, die nicht Diagnosen einer Krankheit, sondern Diagnosen eines Behinderungszustandes darstellen.

Um es noch einmal festzuhalten: Die Zuständigkeit der Psychiatrie bezieht sich und beschränkt sich auch gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung auf die Behandlung einer psychischen Störung im oben erwähnten Sinne. Das vor einer Behandlung natürlich eine sorgfältige Diagnostik erfolgen muss, um nähere Klarheit über die Art der zugrunde liegenden Störung zu erhalten und auch Verhaltensstörungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten von krankheitsbedingten oder krankhaften Veränderungen abzugrenzen, bedarf wohl nicht der besonderen Begründung.

Nun zur stationär-psychiatrischen Versorgung. Stationär-psychiatrische Behandlung kann nur in einem Krankenhaus erfolgen. Dabei kennen wir zwei grundsätzliche Formen des psychiatrischen Krankenhauses: Das *psychiatrische Fachkrankenhaus*, zumeist hervorgegangen aus den Landes- und Bezirkskrankenhäusern, und die *Psychiatrische Abteilung* bzw. *Psychiatrische Klinik* im Allgemeinkrankenhaus.

Die Voraussetzungen einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung sind im § 39 SGB V allgemein definiert: „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor und nach stationärer oder ambulanter Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann...“ (SGB HANDBUCH 2004, 63). Wichtig an dieser Beschreibung ist der Hinweis, dass der Behandlungszweck nicht auf andere Weise, z. B. ambulant, erreicht werden darf. Damit wird klar, dass es strenge Kriterien für die Krankenhausaufnahme gibt. Unter dem Aspekt, dass eine stationär-psychiatrische Behandlung immer, also auch bei Menschen mit geistiger Behinderung, die letzte Möglichkeit sein sollte, ist die hohe Schwelle zu begrüßen.

Ein Krankenhaus kann, wie der Gesetzestext belegt, neben der stationären Behandlung auch eine teilstationäre Behandlung (Tagesklinik) oder eine ambulante Behandlung (Institutsambulanz, Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Behandlung) anbieten. Eine besondere Rolle im Bereich der psychiatrischen Versorgung für besondere Patientengruppen spielen die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die der § 118 SGB V näher bestimmt. Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind nämlich in der Lage, eine besondere Verknüpfung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zu leisten.

So wie das gesamte psychiatrische Versorgungssystem hat auch der psychiatrische Krankensektor in den letzten 30 Jahren seit der sog. Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages im Jahre 1975 (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975a) eine tief greifende Entwicklung durchgemacht. Die Psychiatrie-Enquete hatte seinerzeit eine kritische Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgungssituation in der

Bundesrepublik Deutschland vorgenommen und zukunftsweisende Entwicklungsimpulse formuliert.

Die zentralen Forderungen der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages waren:

- Aufbau und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Es ist hier nicht der Ort, die seither vollzogenen Entwicklungen im Einzelnen zu resümieren, aber es können unter Bezug auf die Darstellungen von HÄFNER (2001) die wesentlichen Entwicklungen seitens der 70er Jahren wie folgt resümiert werden:

- Die Zahl der psychiatrischen Betten wurde (in den alten Bundesländern) reduziert von 1,8 auf 10.000 Einwohnern im Jahr 1970 auf 0,8 pro 10.000 Einwohner im Jahre 1994.
- Die durchschnittliche Verweildauer psychiatrischer Patienten wurde erheblich verkürzt. Im Durchschnitt lagen die Verweildauern im Jahre 1970 bei ca. 210 Tagen, im Jahre 1994 bei ca. 30 Tagen.
- Die Bettenauslastung in der Psychiatrie ging deutlich zurück. Im Jahre 1970 lag sie bei 101 %, im Jahr 1994 bei 87 %.
- Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser (Landeskrankenhäuser etc.) reduzierten ihre Bettenzahl. Im Jahre 1973 hatten die psychiatrischen Fachkrankenhäuser noch durchschnittlich 1.000 Betten, im Jahre 2000 noch ca. 200 bis 300 Betten.
- Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser bauten die so genannten Chroniker-Stationen ab.
- Menschen mit geistiger Behinderung, soweit sie in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht waren, wurden enthospitalisiert.
- An den Allgemeinkrankenhäusern wurden psychiatrische Abteilungen aufgebaut. Im Jahre 1973 gab es 44 psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern; im Jahre 2000 sind es immerhin 162 Abteilungen. Die durchschnittliche Größe dieser Abteilung liegt bei 75 bis 80 Betten.

Gelegentlich wird die fehlerhafte Auffassung vertreten, vor der Psychiatriereform hätten Menschen mit geistiger Behinderung überwiegend in psychiatrischen Anstalten, in psychiatrischen Fachkrankenhäusern gelebt. Das ist – wie schon angedeutet – nicht richtig.

Die Materialien im Anhang zum Bericht der Psychiatrie-Enquete ((DEUTSCHER BUNDESTAG 1975b, 113) belegen zum Stichtag 30. Mai 1973 nämlich folgende Verhältnisse:

Unter den insgesamt 94.197 Personen in stationär-psychiatrischer Versorgung in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie befanden sich insgesamt 18,5 % Personen mit der Diagnose „Schwachsinnformen“ (die damalige Bezeichnung für geistige Behinderung). Auch wenn kein Zweifel daran bestehen kann, dass mit rund 17.000 Menschen mit geistiger Behinderung nicht die Mehrzahl von Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Einrichtungen lebte, war es zwingend notwendig, diesen Menschen eine andere Lebensperspektive zu vermitteln. Es ist unstrittig, ein Krankenhaus ist in keinem Fall ein Ort zum Leben. In den einzelnen Bundesländern sind recht unterschiedliche Wege gewählt worden, um die Forderungen der Psychiatrie-Enquete umzusetzen. Dies trifft auch auf Art und Schrittmaß der Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung zu. Auch dieser interessante Aspekt kann hier nicht weiter vertieft werden.

In dem Maße wie Menschen mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie herausgelöst wurden, ging leider oft auch psychiatrische Betreuungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in den psychiatrischen Krankenhäusern oder in den psychiatrischen Abteilungen verloren. Teilweise haben wohl auch die im Zuge der Enthospitalisierung entstehenden alternativen Systeme der Behindertenbetreuung, beispielsweise die heilpädagogischen Heime im Rheinland, versucht, sich gänzlich unabhängig von jeder fachlichen Unterstützung durch die Psychiatrie, schon gar durch die stationäre Psychiatrie, zu entwickeln. Mittlerweile dürften sich die meisten Einrichtungen der Behindertenhilfe, die seinerzeit im Zuge der Enthospitalisierung entstanden oder ausgebaut worden sind, soweit verselbstständigt und in ihrem professionellen Selbstverständnis gefestigt haben, dass die alten – wohl aus der Dynamik ihrer Entwicklung heraus verständlichen – Abgrenzungsbedürfnisse entbehrlich geworden sind.

Überhaupt zeigt sich, dass die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe seit einigen Jahren zunehmend offensiver ihren dringenden Bedarf an psychiatrischer Unterstützung ansprechen. Diese Entwicklung ist auch insofern bemerkenswert, als zwischen dem System der Behindertenhilfe und dem System der Psychiatrie zusätzlich zu den an einigen Orten relevanten Aspekten einer spezifische Vorgeschichte auch im Allgemeinen erhebliche Differenzen im Konzeptionellen, in der Begrifflichkeit, in den Professionalisierungen usw. viele Jahre lang die sachgerechte Kommunikation erschwert hat. Es ist also sehr erfreulich, dass sich jenseits dieser Spannungen die nüchterne Erkenntnis durchgesetzt hat, dass nicht für alle Problemkonstellationen bei Menschen mit geistiger Behinderung, so z. B. definierte psychische Störungen, pädagogische oder heilpädagogische Kompetenz ausreichend ist. Insofern werden Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen wohl in Psychiatrie und Behindertenhilfe inzwischen nicht anders gesehen als jede andere Bürgerin, jeder andere Bürger, die im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken, dass sie nämlich

Anspruch auf eine ihren Bedingungen entsprechende qualifizierte psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe haben.

Zur Veranschaulichung dieser Aussagen möchte ich noch einen kurzen Blick auf einige ausgewählte Ergebnisse einer noch unveröffentlichten Umfrage unter Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Evangelische Behindertenhilfe e. V. im Jahre 2002 werfen. Die im Folgenden skizzierten Aussagen gehen zurück auf die Antworten aus 147 Einrichtungen, die vielleicht auch nicht zu jedem Aspekt hinreichend repräsentativ sind.

Die Einrichtungen waren gefragt worden, für wie viel Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Einrichtung das Merkmal einer Doppeldiagnose schätzungsweise zutreffe. Über die Hälfte der Einrichtungen gaben an, dass mehr als 20 % der Bewohnerinnen und Bewohner eine Doppeldiagnose haben. 79 % der Einrichtungen beschrieb, dass die Zusammenarbeit mit einem psychiatrischen Krankenhaus nur unregelmäßig erfolge. Der weit überwiegende Teil der Einrichtungen, nämlich 86 %, gaben an, dass ihnen für die stationär-psychiatrische Behandlung eine psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung stehe. 15 % gaben an, dass ihnen ein psychiatrisches Fachkrankenhaus zur Verfügung stehe. Immerhin 20 % der Einrichtungen antworteten, dass sie die vollzogenen stationär-psychiatrischen Aufnahmen nicht als bedarfsgerecht einschätzen. Nicht einmal die Hälfte, nämlich nur 46 % der Einrichtungen, äußerte sich zufrieden mit dem Ergebnis der stationären-psychiatrischen Versorgung. Nur rund 54 % der Einrichtungen beurteilte die Qualität von Betreuung und Pflege während des stationär-psychiatrischen Aufenthaltes als überwiegend gut. Nur 45 % der Einrichtungen bestätigten, dass sie nach der Entlassung der Bewohnerinnen und Bewohner aus stationär-psychiatrischer Behandlung die notwendigen Informationen und Handlungsanweisungen erhalten.

Man kann feststellen, dass schon der knappe Ausschnitt der Ergebnisse dieser Untersuchung deutliche Mängel in der stationär-psychiatrischen Versorgung offenbart. Es ist offensichtlich notwendig, sich über dieses Thema öffentlich zu verständigen und auch entsprechende Entwicklungen voranzubringen.

Abschließend noch einige grundsätzliche Ausführungen: Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) vertritt zur Frage der psychiatrischen Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen folgende Position:

1. Die DGSGB hält die fachliche Qualifikation und die Herstellung angemessener organisatorischer und strukturellen Bedingungen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgungssystem für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Erkrankungen für unumgänglich.
2. Neben einer Befähigung des Regelversorgungssystems zu einer deutlich umfassenderen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen bedarf es ergänzender spezieller psychiatrischer Angebote für psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung.

Diese Positionsbestimmung der DGSGB vermeidet eine eher ideologisch motivierte Entscheidung im Sinne eines Entweder-Oder, sie versucht vielmehr einen realistischen Kompromiss herzustellen. Die DGSGB verweigert sich der Vorstellung, dass Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen etwa ausschließlich in besonderen psychiatrischen Versorgungssystemen betreut werden sollen. Das wäre weder notwendig noch sinnvoll. Die DGSGB hält es für geboten, dass das Regelversorgungssystem, und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung besser als bisher wahrnimmt und ihnen qualifizierte psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe anbietet. Auf der anderen Seite verweigert sich die DGSGB nicht der nüchternen Erkenntnis, dass in vielen Fällen die Besonderheiten von Erscheinungsbildern, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Expertise der entsprechenden Fachleute voraussetzen, die nicht durch gelegentliche oder vereinzelte Kontakte zu erreichen ist, sondern der Fundierung durch eine breite Erfahrungsbasis bedarf. Deshalb hält es die DGSGB für unverzichtbar, dass das psychiatrische Regelversorgungssystem ergänzt wird durch spezialisierte psychiatrische Angebote (ambulanter und stationärer Sektor) für Menschen mit geistiger Behinderung. Aus rein fachlichen Gründen wird die Verweildauer in solchen Einrichtungen länger sein als in üblichen psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern. Aber keinesfalls dürfen solche Spezialangebote missbraucht werden, um schwierige Menschen mit geistiger Behinderung dorthin abzuschieben.

Bei ihrer Positionsbestimmung sieht sich die DGSGB im Einklang mit den programmatischen Aussagen des Helios-II-Dokuments der Europäischen Kommission „Functional Rehabilitation; Supporting persons with mental retardation“ (EUROPEAN COMMISSION 1996). Dort wird gefordert, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein angemessenes Angebot hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit erhalten sollten, das darauf gerichtet ist, eine gesunde seelische Entwicklung und den Schutz der seelischen Gesundheit zu stimulieren, seelischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen vorzubeugen und seelische Krankheit und Verhaltensstörungen zu bekämpfen. Für die Realisierung dieser Ziele verlangte das Dokument die Entwicklung spezialisierten professionellen Wissens, die Organisation spezialisierter Dienste für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung und die Änderung der Einstellungen der Gesellschaft gegenüber den Bedürfnissen geistig behinderter Menschen hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit.

Nicht nur aus dem erwähnten EU-Dokument kann man eine Unterstützung für die Positionsbestimmung der DGSGB entnehmen, sondern auch aus den Bestimmungen der Standardregeln der Vereinten Nationen zur Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung (UNITED NATIONS 1993). Dort heißt es in der Regel 2, die die medizinische Versorgung beschreibt, dass die Staaten sicher stellen sollen, dass alles medizinische und paramedizinische Personal adäquat ausgebildet und ausgestattet sein soll, um gegenüber Personen mit Behinderungen die notwendige medizinische Unterstützung zu leisten.

Die folgenden Beiträge des heutigen Tages werden belegen, dass sich auf dem Gebiet der spezialisierten psychiatrischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung einige erfolgreiche Entwicklungen vollzogen haben. Wir werden in den Beiträgen des heutigen Tages auch wahrnehmen, dass sich diese Entwicklung nicht ohne Spannungen und Widersprüche vollzogen hat und vollzieht.

Ich hoffe darauf, dass auch der Meinungsaustausch des heutigen Tages zu einer notwendigen Weiterentwicklung der qualifizierten psychiatrischen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung einen beitragen kann.

Literatur

- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975a): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975b): Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation
- EUROPEAN COMMISSION (1996). Helios II Programme: Functional Rehabilitation; Supporting persons with mental retardation. Bruxelles, European Commission
- HÄFNER; H: Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (2001): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 72-102
- SGB V HANDBUCH (2004). Sozialgesetzbuch V. Krankenversicherung. KKF Fachverlag für Sozialversicherung, Altötting
- UNITED NATIONS (1993): Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm> [30. 4. 2005]

Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus Sicht eines Psychiatriereferenten

Bernhard Scholten

Herzlichen Dank für die Einladung und für die Gelegenheit, Ihnen bei dieser Arbeitstagung die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus der Sicht eines Psychiatriereferenten darzustellen. Gestatten Sie mir einige wenige Worte zu meiner Person: Nachdem ich zwölf Jahre lang (1979 bis 1992) als Psychologe in einem psychiatrischen Krankenhaus gearbeitet habe, übernahm ich im Februar 1992 die Leitung des Psychiatrie-Referates im rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium. Meine damalige Aufgabe war die Umgestaltung der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung sowie der Aufbau eines komplementären Unterstützungsnetzes für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Seit Sommer 2003 leite ich das Großreferat: „Selbst bestimmen – Politik für Menschen mit Behinderungen“, zu dessen Aufgabengebiet auch die Entwicklung von angemessenem Unterstützungsbedarf für Menschen mit einer geistigen Behinderung gehört. Des weiteren bin ich für die Jahre 2004/2005 Vorsitzender der Arbeitsgruppe *Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden* (Runde der Psychiatriereferentinnen und –referenten der Länder und des Bundes). In der letzten Sitzung dieser Arbeitsgruppe wurde auch die heutige Thematik erörtert – allerdings ohne eine einvernehmliche Empfehlung. Somit sind die von mir vorgetragenen Überlegungen nicht mit dieser Arbeitsgruppe abgestimmt.

Hintergründe für Diskussion in Rheinland-Pfalz

Erst nachdem ich bereits zugesagt hatte, für diese Tagung einen Kurzbeitrag zu liefern, fiel mir auf, dass diese Arbeitstagung einen anderen Akzent setzt als die Gespräche und Überlegungen, die wir in Rheinland-Pfalz führen. So wurde ich im Sommer 2003 vom Chefarzt einer psychiatrischen Abteilung in einer größeren Stadt des Landes Rheinland-Pfalz angerufen, ihm doch bitte bei der Organisation weiterer Hilfen für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung und einem erheblich herausfordernden Verhalten zu helfen. Wenige Wochen später wurde mir ein ähnliches Anliegen von einer anderen psychiatrischen Klinik an mich herangetragen. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz berichtete in Fachgesprächen, dass es immer mal wieder Personen mit einer geistigen Behinderung und mit einem herausfordernden Verhalten gibt, die von Heimen in psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Hauptfachabteilungen zu Kriseninterventionen oder Behandlung gebracht werden, weil sie in ihrer Einrichtung nicht mehr tragbar seien. Die Einrichtungen würden dann den Heimvertrag mit dieser Person mit der Begründung kündigen, sie müssten die anderen Heimbewohnerinnen und –bewohner vor dem fremdaggressiven Verhalten dieser Person schützen.

In den weiteren Gesprächen stellte sich dann auch heraus, dass die genannten Personen in ihrem Verhalten extrem schwierig und wenig beeinflussbar waren. Die genannte psychiatrische Klinik, die im übrigen auch eine Spezialstation für diesen Personenkreis vorhält, und die psychiatrischen Hauptfachabteilungen haben nach bestem Wissen und Können die aufgenommenen Personen behandelt, kamen dann jedoch übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine weitergehende stationäre psychiatrische Behandlung für diese Personen nicht mehr erforderlich sei, wenn sie eine angemessene strukturierte, reizarme und geschützte Umgebung hätten. Ein solches nachsorgendes Angebot zu finden, ist nicht ganz einfach.

Die Psychiatrie und die Betreuung von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Dass sich diese Problematik in Rheinland-Pfalz ergibt, ist nach meiner Auffassung nicht zufällig sondern strukturell bedingt. In Rheinland-Pfalz hat die Psychiatriereform erst relativ spät, nämlich Anfang der neunziger Jahre begonnen. Bis zu diesem Zeitpunkt waren die drei großen psychiatrischen Kliniken in Alzey, Andernach und Klingenmünster für die psychiatrische Versorgung des ganzen Landes mit rund vier Millionen Einwohnern zuständig. Wenn es für einen bestimmten Menschen keine angemessene außerklinische Betreuung gab, so wurde diese Person auf eine der damals zahlreichen Langzeitstationen dieser Kliniken verlegt und lebte dort sein Leben weiter. So lebten auch zahlreiche Menschen mit einer geistigen Behinderung und herausforderndem Verhalten in diesen psychiatrischen Langzeitstationen häufig gemeinsam mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Ging man durch diese Stationen, so war nicht immer sofort erkennbar, ob ein Mensch geistig behindert oder chronisch psychisch erkrankt war. Durch die Folgen des Hospitalismus entwickelten beide Personengruppen ähnliche Verhaltensweisen. Positiv waren sicherlich die leider häufig zu wenig angebotenen Arbeitsmöglichkeiten.

Parallel zur Hospitalisierung dieser Personengruppe entwickelte sich außerhalb der psychiatrischen Landschaft ein doch differenziertes und häufig auch offenes Angebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Insbesondere gelang es der Lebenshilfe, zahlreiche gemeindenahere Wohnangebote zu schaffen. Diese Menschen nutzen zur Strukturierung ihres Alltages die Angebote einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Tagesförderstätten.

Zu Beginn der Psychiatriereform begannen dann die Träger der psychiatrischen Kliniken auch heilpädagogische Angebote für Menschen mit geistigen Behinderungen in den Langzeitstationen zu entwickeln. Der erste Schritt war häufig die Schaffung von heilpädagogischen Einrichtungen, die sich von der psychiatrischen Klinik trennten. Gleichzeitig wurden viele Menschen aus den damaligen Langzeitstationen in andere komplementäre Einrichtungen anderer Träger verlegt. Die psychiatrischen Kliniken gaben in den letzten zehn Jahren mehr als die Hälfte ihrer Betten an neu entstandene psychiatrische Hauptfachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ab. Diese Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser haben keinen „Langzeitbereich“ mehr. Ihre Aufgabe ist die Diagnostik und die

stationäre Behandlung von psychischen Störungen. Sie können den Übergang durch tagesklinische Angebote und durch ambulante Behandlungsmaßnahmen der psychiatrischen Institutsambulanzen gestalten und beeinflussen; sie sind aber auf Angebote der Behindertenhilfe angewiesen.

Heute zeigt sich, dass die oftmals offenen Angebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung keine angemessenen Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und mit herausforderndem Verhalten sind. Diese Personen kommen mit den zahlreichen unterschiedlichen Reizen häufig nicht zurecht, sie können ihre Impulse auf diese Reizüberflutung nicht kontrollieren, sie reagieren teilweise sehr aggressiv und sind somit für andere Bewohnerinnen und Bewohner auch unberechenbar und gefährlich.

Diese Problematik wird in Rheinland-Pfalz immer dringlicher. Ein erstes Ergebnis war eine Fachtagung am 29. November 2004 – also nur wenige Tage vor dieser Arbeitstagung – in Mainz. Die Veranstaltung wurde organisiert von dem rheinland-pfälzischen Landesverband der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie und von dem Landesverband der Lebenshilfe in Rheinland-Pfalz.

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Im Vorfeld dieser Fachtagung veröffentlichte die Lebenshilfe Rheinland-Pfalz eine Analyse zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Grundlage dieser Veröffentlichung war eine Studie der Evangelischen Fachhochschule Bochum an insgesamt 125 ausgewählten Personen mit einer geistigen Behinderung in Rheinland-Pfalz (Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. 2004). Die gesundheitliche Versorgung für diese 125 Personen wurde im Detail untersucht. Dabei ergaben sich zusammenfassend folgende Ergebnisse: Praktisch alle Personen hatten neben ihrer geistigen Behinderung weitere Behinderungen. So waren insgesamt 68 % der untersuchten Personen körperlich behindert, 55 % hatten orthopädische Probleme, 34 % litten an einer Epilepsie, bei 20 % wurden psychische Auffälligkeiten festgestellt, 8 % hatten Schwierigkeiten mit dem Hören, 1 % war taub, rund 6 % zeigten autistische Züge, bei 40 % war das Sehen beeinträchtigt, 3 % aller untersuchten Personen waren blind.

Nachdenklich stimmt, dass 56 % der untersuchten Personen mit Antiepileptika behandelt wurden und 37 % von ihnen Psychopharmaka erhielten. Dabei waren einige dieser Personen bereits seit Jahren, eine Person seit 20 Jahren, auf die gleichen Medikamente eingestellt. Leider wurde nicht besonders nach der psychiatrischen Versorgung dieser Menschen gefragt, so dass es dazu auch keine genauere Zahlen gibt. Festzustellen ist, dass praktisch 100 % aller Personen bei einer gesundheitlichen Problematik einen Hausarzt aufsuchen, fast 80 % der befragten untersuchten Personen gehen regelmäßig zum Zahnarzt; diese Zahl liegt deutlich über dem Durchschnitt der nicht behinderten Menschen. 86 % der untersuchten Frauen, die in einem Heim leben, geht regelmäßig zum Frauenarzt

während dies nur bei 36 % der Fall ist, die noch in der Familie leben. Damit ist der Frauenarzt der wichtigste Facharzt für diese Personengruppe.

50 % der untersuchten Personen waren in den letzten fünf Jahren in einer Klinik. 64 % fühlten sich gut beraten und betreut, 24 % erklärten, dass das Krankenhaus kaum oder keine Rücksicht auf die geistige Behinderung genommen habe. Problematisch angemerkt wurde, dass das neue DRG-Finanzierungssystem keine Rücksicht auf die besonderen Belange von Menschen mit geistigen Behinderungen nimmt, somit die Krankenhäuser auch durch die Finanzierung wenig motiviert sind, spezifische Behandlungsangebote für diesen Personenkreis vorzuhalten oder zu entwickeln.

Ich habe Ihnen diese Zahlen vorgetragen, um deutlich zu machen, dass die psychiatrische Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht das Schwerpunktthema bei der gesundheitlichen Versorgung dieses Personenkreises ist, sondern dass andere gesundheitliche Probleme in der Wahrnehmung dieser Personengruppe Vorrang einnimmt. Damit möchte ich das heute diskutierte Thema nicht klein reden oder vernachlässigen, sondern ich möchte es nur in den größeren Zusammenhang gestellt wissen.

Perspektiven zur Entwicklung eines angemessenen Unterstützungsbedarfs für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung benötigen, wenn sie an einer psychischen Erkrankung leiden oder durch psychische Auffälligkeiten beeinträchtigt sind, eine angemessene psychiatrische Versorgung. Hauptaufgabe der Psychiatrie ist es nach meiner Auffassung dabei, eine gute Diagnostik zu machen und eine angemessene psychiatrische Behandlung einzuleiten. Letztlich wird eine solche Behandlung sich immer am individuellen Krankheitsbild des einzelnen Menschen orientieren. Nach meiner Auffassung müssen alle psychiatrischen Fachkliniken und alle psychiatrischen Hauptfachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einer Versorgungsverpflichtung fachlich in der Lage sein, eine entsprechende Diagnostik durchzuführen und entsprechende Behandlungen einzuleiten. Dabei gibt es in der stationären Krankenhausversorgung zwei unterschiedlichen Philosophien: Die der Sektorisierung und die der Spezialisierung. Diese Kontroverse zwischen Sektorisierung und Spezialisierung wird in der psychiatrischen Versorgung vielfach geführt. Insbesondere größere Fachkliniken und größere psychiatrische Hauptfachabteilungen sind bestrebt, spezifische Behandlungsangebote für bestimmte Personengruppen zu schaffen. So gibt es spezialisierte psychiatrische Angebote für Menschen mit einer depressiven Erkrankung, spezifische Suchtstationen und auch – allerdings recht selten – spezifische Stationen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung. Im Gegensatz zur Spezialisierung steht die Sektorisierung der Behandlung. Die Befürworter der Sektorisierung erklären, dass durch eine Sektorisierung der Kontakt zu den komplementären Einrichtungen besser gehalten werden kann und somit eine bessere Verzahnung von ambulanten, teilstationären

und stationären Angeboten sichergestellt wird. Die Sektorisierung verhindere nicht, dass die einzelnen Personen spezifische Behandlungsangebote erhalten.

Es ist nicht Aufgabe eines Psychiatriereferenten, in die Geschäftspolitik eines Krankenhausträgers einzugreifen. Mir ist wichtig, gemeindenahere Versorgungsangebote für Menschen, die psychisch erkrankt sind, sicher zu stellen. Dies gelingt sowohl durch die Sektorisierung wie durch die Spezialisierung der Angebote – so weit und so lange dies nicht dazu führt, dass ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag Personen mit dem Hinweis ablehnt, dafür halte er keine spezifische Behandlung vor.

Wichtiger ist für mich, dass die Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe gelingt. Hier stoßen oftmals unterschiedliche Denk- und Handlungsansätze aufeinander: Das medizinisch-psychiatrisch-psychotherapeutische Denken und das heil- und sonderpädagogische Denken. Leider nimmt häufig die jeweils andere Seite nur die Defizite, nicht aber die Kompetenzen und Möglichkeiten der jeweils anderen Seite wahr. So beklagen psychiatrische Kliniken, dass sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe zu ihren Lasten – *insbesondere am Wochenende* entlasten; während die Einrichtungen der Behindertenhilfe erklären, dass die Psychiatrien ihre Erfahrungen und ihre Kenntnisse zum besseren Verständnis der einzelnen Personen kaum abrufen oder abfragen. Die Psychiatrie fordert von der Behindertenhilfe dann häufig Strukturen, die diese derzeit noch nicht vorhalten kann, während die Behindertenhilfe von der Psychiatrie häufig *Wunderheilungen* erwartet. So kann beispielsweise herausforderndes Verhalten mit massiven fremdaggressiven Tendenzen nicht durch einen sechswöchigen Aufenthalt in der Psychiatrie *beseitigt* werden, sondern hier sind häufig langwierige und langfristige Veränderungen notwendig, damit die betroffene Person Bedingungen erhält, um neue, adäquatere Verhaltensweisen zu erlernen.

Aufgabe für die Zukunft ist es somit, den Dialog und die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe zu verbessern und zu stärken. Es gilt, die psychiatrische Kompetenz in die Behindertenhilfe zu transferieren, um dieser die Möglichkeit zu geben, beispielsweise mit herausforderndem Verhalten besser als bisher angemessen umzugehen. Dies bedeutet auch eine Umstrukturierung und Fortentwicklung der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Auf Seiten der Psychiatrie heißt dies, genauer zuzuhören, wenn die Behindertenhilfe von ihren Schwierigkeiten mit einzelnen Personen berichtet.

Nach meiner Auffassung müssen zur Bewältigung dieser Problematik keine neuen Einrichtungen geschaffen werden, sondern die Beteiligten müssen lernen, den individuellen Hilfebedarf eines Menschen genauer zu diagnostizieren, um auf Grundlage dieses individuellen Hilfebedarfes auch einen individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zu entwerfen, der dann nur gemeinsam von Psychiatrie- und Behindertenhilfe umgesetzt werden kann.

Literatur

Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hrsg.)(2004): Gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung. Bestandsaufnahme .- Zukunftsmodell. Mainz

Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie in Deutschland - Erste Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung -

Klaus Hennicke

Problemstellung

Die Frage nach der Lage der stationären psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in Deutschland kann unter verschiedenen Aspekten eingeordnet werden. Zunächst wird von der psychiatrischen Fachgemeinde festgestellt, dass es sich um einen defizitären Versorgungsbereich handelt: *„Unzureichend und unbefriedigend ist die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung von Menschen mit Behinderungen und zugleich psychischen Störungen. Dies gilt insbes. für psychisch kranke Menschen mit Mehrfachbehinderung (...) und für Kinder- und Jugendliche mit schwergradigen umschriebenen Entwicklungsstörungen und solche mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autistische Störungen), die gleichzeitig zusätzliche psychische Störungen aufweisen. Hierzu besteht ein akuter Ausbaubedarf für konsiliarische, teilstationäre und vollstationäre Versorgung und somit auch in Lehre und Forschung.“* (WARNKE & LEHMKUHL 2003) Das Thema sollte also dringend innerhalb des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie als fachliche und wissenschaftliche Herausforderung aufgegriffen und in den Versorgungskonzepten umgesetzt werden.

Ein weiterer Konsens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist international epidemiologisch bestätigt (STEINHAUSEN 2003, 73): In den „Leitlinien“ der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. 2003, 179) wird festgestellt: *„Die medizinische Komorbidität und die Prävalenzraten für psychiatrische Störungen sind mindestens 3-4-mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.“* Im „Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ (MAS) (REMSCHMIDT et al. 2001, 304 f.) wird darüber hinaus angemerkt, dass *„intelligenzgeminderte Personen an allen psychiatrischen Störungen erkranken (können)“* und ein hohes Risiko haben, Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt zu werden (mit den entsprechenden Folgen für die seelische Gesundheit; K.H.).

Das hohe Morbiditätsrisiko verbunden mit einer defizitären Versorgungssituation einer ganzen Bevölkerungsgruppe steht also zur Debatte und überschreitet insofern unmittelbar den fachpsychiatrischen Horizont und wird zu einem dringenden gesundheitspolitischen Thema. Wenn es so wäre, wie es sich gegenwärtig darstellt, ist eine ganze Bevölkerungsgruppe weitgehend aus der (kinder- und jugend-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen. Aus

behindertenpolitischer Perspektive wäre ein solcher Befund ein weiterer Hinweis auf Prozesse der Ausgrenzung und Teilhabebeeinträchtigung von Menschen mit Behinderungen, und gerade auch in der gegenwärtigen Diskussion (und Praxis) um Normalisierung und Integration, um Autonomie und Selbstbestimmung, um Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen sollte diese Thematik dringend aufgenommen werden (HENNICKE 2004). Denn es geht dabei nicht nur um Lebensqualität von Menschen (und deren Familien), sondern auch um grundgesetzlich garantierte Menschenrechte¹.

Fragestellung und Methode

Vorgesehen war eine vollständige Erhebung der Versorgungssituation von Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihren angeschlossenen Ambulanzen und Tageskliniken (N= 136), die Aussagen über quantitative Versorgungsaspekte (Anzahl der geistig behinderten Klienten, Schwerpunktkliniken bzw. spezialisierte ambulante und stationäre Angebote) zulässt. Gleichzeitig war beabsichtigt, einige Hinweise auf die diagnostische und therapeutische Qualität der Versorgung zu bekommen wie auch ein Meinungsbild der Leiter der Kliniken zur Versorgungssituation für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung mit zusätzlichen psychischen Störungen zu erfragen.

Im Sommer 2004 wurde an sämtliche kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Deutschland ein umfangreicher Fragebogen verschickt (einschl. frankierter Rückantwort). Insgesamt wurden 68 Fragen gestellt, die sich teilweise auf mehrere verschiedene Untersuchungsgruppen bezogen. Zu einem weit überwiegenden Teil waren geschlossene Fragen mit Antwortvorgaben (aber mit freien Ergänzungsmöglichkeiten) formuliert worden. Einige Items fragten nach einem differenzierten Zahlenwerk (insbes. zur Belegungssituation), was sicherlich, wenn keine EDV-auswertbare Basisdokumentation zur Verfügung stand, nur mehr oder weniger grob geschätzt beantwortet werden konnte. Sämtliche Fragen bezogen sich auf das Jahr 2003.

Die Adressen der Kliniken wurden dem Anhang des von den deutschen Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgegebenen Buches „Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ (WARNKE & LEHMKUHL 2003) entnommen. Es gelang schließlich einen akzeptablen Rücklauf zu erzielen: 74 Kliniken oder 54,4% der Grundgesamtheit (N= 136) haben sich dankenswerterweise die Mühe gemacht, den sicherlich sehr aufwändigen Fragebogen zu bearbeiten und zurückzusenden. In die Untersuchung nicht einbezogen wurden Kinderkurkliniken (mit oftmals speziellen Angeboten für

¹ Dabei muss festgestellt werden, ohne dies weiter an dieser Stelle ausführen zu können, dass gerade die Protagonisten der Integrations- bzw. Inclusionsbewegung diesen Aspekt nicht sehen (wollen), sondern eher aversive Haltungen gegenüber den (unterstellten) Vereinnahmungen von Menschen mit Behinderungen durch die Psychiatrie und Psychotherapie (Stichworte: „Medikalisierung“, „Psychiatisierung“, „Psychotherapeutisierung“ pädagogischer Probleme u.a.) pflegen.

diverse psychiatrische Störungsgruppen, die im Rahmen des §111 SGB V belegt werden.

Zur Repräsentativität der Daten: Die Verteilung z.B. der Parameter „Status der Klinik“, „Platzzahl“ und „Größe des Einzugsbereichs“ der Kliniken in der Grundgesamtheit ist nicht bekannt. Die Grobverteilung nach „neues/altes Bundesland“ ergibt eine Annäherung der Verteilung (25% der Kliniken liegen in den neuen Bundesländern, in der Stichprobe sind es 17%). Auch die rel. Verteilung auf alle Bundesländer stimmt recht gut überein mit der Ausnahme von Sachsen, wo keine Klinik sich an der Befragung beteiligte (von 8) und Sachsen-Anhalt, wo nur eine von 7 Kliniken den Fragebogen beantwortete. 9 Rücksendungen (12%) waren allerdings anonym und konnten regional somit nicht zugeordnet werden. Die Verteilung der relativen Anzahl der Universitätskliniken in der Stichprobe (N= 20; 27,4%) und der Grundgesamtheit (N= 28; 20,6%) zeigt eine Annäherung. Gemessen also an diesen Parametern erscheint eine vorsichtige repräsentative Aussage erlaubt. Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (JANSSEN & LAATZ 2003).

Finanziert wurde das Projekt aus Forschungsmitteln der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. Ideelle Unterstützung in Form von Begleitschreiben erfolgte von der „Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (BAG) und der „Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ e.V. (DGSGB) unterstützt (letztere auch finanziell).

Ergebnisse

Vorgestellt werden zunächst einige Daten, die sich besonders mit den quantitativen Aspekte der Versorgung befassen und einen Eindruck vermitteln sollen über die Häufigkeiten der Inanspruchnahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Ambulanzen. Als zweites werden Ergebnisse zu den diagnostischen und therapeutischen Angeboten der Kliniken vorgestellt, die zeigen sollen, ob die üblichen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch für geistig behinderte Kinder und Jugendliche angewendet werden.

Spezielle Angebote für geistig behinderte Kinder und Jugendliche

Neben den Häufigkeiten der Behandlung interessieren vor allem auch die Frage nach spezialisierten Angeboten und Schwerpunktkliniken.

Überblick über die Häufigkeiten der Behandlung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher (Tab.1)

Leider konnten nur bei ca. 70-80% der Kliniken dazu Angaben ausgerechnet werden. 6 Kliniken haben explizit verneint, geistig behinderte Patienten behandelt zu haben.

1. Im Durchschnitt aller Kliniken wurden im Jahr 2003 jeweils 21 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung stationär und 46 ambulant behandelt. Der

relative Anteil geistig Behinderter am gesamten Patientengut liegt ambulant wie stationär bei ca. 6%.

2. In den Kliniken mit einem speziellen stationären und ambulanten Behandlungsangebot für dieses Klientel steigen die Durchschnittszahlen um das Mehrfache an: 97 bzw. 175 geistig behinderte Patienten pro Jahr in Kliniken mit einem stationären (und in der Regel auch ambulanten) Angebot, 70 bzw. 108 Patienten in Kliniken, die nur ein ambulantes Spezialangebot haben.

3. Je größer die Kliniken desto häufiger werden geistig behinderte Patienten stationär behandelt, die ambulante Versorgungsfrequenz variiert dagegen wesentlich geringfügiger. Universitätskliniken und Abtl. in Allgemeinkrankenhäusern oder Kinderkliniken haben eher geringe Durchschnittszahlen (14 bzw. 8 geistig behinderte Patienten pro Jahr), während eigenständige Kliniken und Abtl. in Psychiatrischen Kliniken wesentlich häufiger geistig behinderte Patienten behandeln (34 bzw. 26 geistig behinderte Patienten pro Jahr). In der ambulanten Versorgungsfrequenz gibt es zwischen diesen Kliniktypen nur geringfügige Unterschiede (43-50 geistig behinderte Patienten pro Jahr).

4. Die Größe der Versorgungsbereiche spielt keine große Rolle in den Versorgungsfrequenzen. In den mittleren Versorgungsbereichen (von 500 Tausend bis 1 Mill. Einwohner) sind die Häufigkeiten noch am größten.

Tab. 1: Anzahl der stationär und ambulant behandelten geistig behinderten Patienten im Jahr 2003 (Mittelwerte und Reichweiten) nach verschiedenen Parametern (Absolute Zahlen; Zahlen in Klammer = Reichweite (Range) der Angaben von – bis)		
	Stationär	Ambulant
1. Anzahl insgesamt	Abs. (Range)	Abs.(Range)
• Gesamtzahl der Patienten	320 (64-1240)	1360 6-8986
• Anzahl geistig Behinderte	21 (1-311)	46 (1-400)
• Rel. Anteil geistig Behinderte	6,2 % (0,7-67,6)	6,1 % (0,2-50)
2. Mit Spezialangebot für geistig Behinderte		
• Kliniken mit speziellem stationärem Angebot	97 (15-311)	175 (50-400)
• Kliniken mit speziellem ambulanten Angebot	70 (5-311)	108 (50-400)
3. Klinikgröße		
• Kliniken mit bis zu 30 Plätzen	6 (1-15)	33 (1-100)
• Kliniken mit 31 bis 50 Plätzen	12 (1-50)	41 (3-250)
• Kliniken mit 51 und mehr Plätzen	30 (1-189)	43 (1-200)
4. Klinikstatus		
• eigenständige Klinik in beliebiger Trägerschaft	34 (1-311)	50 (1-100)
• Abtl. Allgemeinkhs o. Klinik f. Kinder- und Jugendmedizin	8 (1-30)	44 (4-200)
• Abtl./Bereich eines Psychiatrischen Krankenhauses	26 (2-189)	49 (1-200)
• Universitätsklinik	14 (2-50)	43 (3-250)
5. Größe der Versorgungsbereiche		
• bis 500.000	11 (1-40)	33 (5-100)
• 500.000 – 1 Million	19 (2-50)	51 (3-250)
• 1 Million und mehr	13 (2-50)	36 (1-200)

Die extrem weiten Streuungen der Angaben deuten darauf hin, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslandschaft (nicht nur) in diesem Bereich außerordentlich vielgestaltig ist und dass immer regionale und klinikspezifische Besonderheiten mitbedacht werden müssen.

Kliniken mit einem Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung

Sechs Kliniken haben eine spezielle Station und eine spezialisierte Ambulanz für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung (8,1%), vier Kliniken (N= 5,4%) verfügen entweder nur über eine entsprechende Station (N= 1) oder betreiben nur eine Spezialambulanz (N= 3). 4 Kliniken (5,4%) planen eine spezielle Station, 3 eine Spezialambulanz (Tab.2).

Tab. 2: Kliniken mit einem Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung		
Stichprobe N= 74	Anzahl	%
Spezielles ambulantes <u>und</u> stationäres Angebot	6	8,1
Klinik mit Spezialstation (N= 1) oder Spezialambulanzen (n= 3) ¹⁾	4	5,4
Vorhandene spezielle Angebote insgesamt	10	13,5
Spezielles amb. und/oder stat. Angebot <i>in Planung</i>	7	9,5
¹⁾ davon: 1 Universitätsklinik (von N=19) mit ambulantem Angebot	1	5,3

10 Kliniken oder knapp 14% der Befragten bieten also ein spezielles ambulantes und/oder stationäres Diagnose- und Behandlungsangebot für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung.

Schwerpunktstationen

Die Verteilung in der Tab.4 zeigt einen eindeutigen Schwerpunkt „Entgiftung und Suchtbehandlung“ (43%), gefolgt von Stationen zur Behandlung von Essstörungen (25%) Psychosen und Störungen des Sozialverhaltens (je 21%). Immerhin 7 Spezialstationen für geistig Behinderte (25%) liegen noch vor zahlreichen Angeboten für diverse Störungsbildern.

Es zeigte sich eine sehr deutliche Tendenz, dass eher die großen Kliniken Schwerpunktstationen für spezielle Diagnosegruppen zu führen. Spezialstationen für geistig Behinderte führten fast ausschließlich (große) Abteilungen von Landeskrankenhäusern, deren Tradition dabei sicherlich entscheidend ist. Oder es sind kleine Kliniken, die sich nur auf diese Klientel spezialisiert haben (oft in unmittelbarer Nachbarschaft zu Großeinrichtungen der Behindertenhilfe bzw. historisch aus diesen hervorgegangen).

Tab. 3: Schwerpunktstationen für spezielle Diagnosegruppen (Mehrfachnennungen)		
	N=	% der Fälle (N= 28; 38%)
Sucht, Entgiftung	12	42,9
Essstörungen	7	25,0
Intellektuell Behinderte	7	25,0
Psychose	6	21,4
Störung des Sozialverhaltens	6	21,4
PTSD	4	14,3
Forensik	4	14,3
ADHS	3	10,7
Hirnorganische Störungen	3	10,7
Eltern-Kind-Station	3	10,7
„Neurotische Störungen“	3	10,7
Tiefgreifende Entwicklungsstörung	2	7,1
Zusammen	60	214,3

Zusammenfassung der strukturellen Versorgungssituation

1. Es konnten 6 *Schwerpunktkliniken* (8%) ermittelt werden mit einem ambulantem *und* stationärem Angebot und 4 Kliniken (5%) mit überwiegend nur ambulantem Angebot (darunter 1 Universitätsklinik). Alle diese Kliniken haben eine durchschnittlich signifikant höhere Versorgungsintensität als alle anderen Kliniken². Rein quantitativ würden diese Zahlen für die Grundgesamtheit bedeuten, dass ca. 11 Kliniken in Deutschland ein spezielles Schwerpunktangebot vorhalten würden und ca. 10 ein überwiegend nur ambulantes Angebot.
2. 10% der Kliniken planen ein (überwiegend ambulantes) Angebot für geistig Behinderte und würden damit zu einer annähernden Verdopplung der Versorgungsmöglichkeiten beitragen.
3. Die allermeisten Kliniken betreuen geistig Behinderte (offensichtlich nur) im Rahmen ihres allgemeinen Versorgungsauftrages. Dort, wo die sachlichen Voraussetzungen für Angebote für spezielle Diagnosegruppen außerhalb der Grundversorgung gegeben sind (also überwiegend in den großen Kliniken) finden sich im Vergleich recht häufig auch Angebote für geistig Behinderte (wie auch in sehr wenigen kleinen Spezialkliniken).
4. Deutlich wird ein strukturelles Merkmal (Defizit?) der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung überhaupt, nämlich die geringe Anzahl spezialisierter stationärer Angebote für bestimmte Diagnosegruppen, die nach aller klinischen Erfahrung längerfristige stationäre Krankenhausbehandlung brauchen und

² Kliniken, die im ambulanten und/oder stationären Klientel einen Prozentanteil von mehr als 10% geistig Behinderte hatten (N= 8), unterschieden sich in keinem Parameter von den übrigen, so daß hier vermutlich spezielle regionale und kliniktypische Besonderheiten angenommen werden müssen.

die im Rahmen von „Normalstationen“ oder gar „Aufnahmestationen“ eher ungenügend versorgt werden.

5. Außer einer Universitätsklinik, die ein ambulantes Angebot vorhält (auf die Grundgesamtheit bezogen wären das ca. 2 Kliniken), beteiligt sich die universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie offenbar nicht an der spezialisierten Versorgung und damit an der wissenschaftlichen Bearbeitung der Thematik „psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung“.
6. Deutlich wird hier ein versorgungspolitisches und strukturelles Merkmal der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung: die eigentlich fachlich dringend gebotenen speziellen Angebote *über die Grundversorgung hinaus* können sich eher nur die größeren Kliniken leisten. Hier besteht ein dringender Bedarf der Koordinierung und Planung regionaler und überregionaler Versorgung.

Qualitative Aspekte der Versorgung

Zur Erfassung und Bewältigung der Komplexität der Probleme seelisch gestörter Kinder und Jugendlicher hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen hohen Standard der multidimensionalen Diagnostik und multimodalen Therapie entwickelt (DÖPFNER et al. 2000). Es interessiert also die Frage, ob diese Standards auch für geistig Behinderte angewendet werden.

Diagnostik psychischer Störungen bei geistig Behinderten

Eine der größten Schwierigkeiten in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung stellt die (Differenzial-) Diagnostik der Auffälligkeiten dar. Allzu oft werden auch noch heute von Fachleuten die speziellen Äußerungsformen als Ausdruck der geistigen Behinderung angesehen und wenig Mühe darauf verwendet, die dahinterliegenden seelischen Probleme und Störungen zu analysieren. Die Überwindung dieses Prozesses des „(diagnostic) overshadowing“ (REISS et al. 1982; REISS & SZYSKO 1983), der zudem noch durch entwicklungsabhängige Äußerungsweisen (bei in ihrer Entwicklung verzögerten Menschen) überlagert wird, ist eine klinische und wissenschaftliche Herausforderung ersten Ranges. Es gilt nämlich folgende differentialdiagnostische Klärungen vorzunehmen:

Die beobachteten Verhaltensweisen könnten hinweisen auf:

- Psychische Störungen (und ihre spezifische entwicklungsmäßige und behindertentypische Ausgestaltung)
- Hirnorganische Schädigungen
- Erworbene und reaktive Verhaltensweisen
- Behindertentypische Verhaltensweisen
- Verhaltensweisen im Rahmen eines genetischen Syndroms (Verhaltensphänotyp)
- Entwicklungstypische Verhaltensweisen
- Sensorische Störungen und Behinderungen

- Psychische und verhaltensmäßige Reaktionen auf körperliche Erkrankungen
- Nebenwirkungen von Medikamenten (insbes. von Psychopharmaka).

Insofern war es von großem Interesse, zumindest nach den Arbeitsmitteln und Standards zu fragen, die verwendet werden. An dieser Stelle werden die Ergebnisse nur zusammenfassend festgestellt:

- Mit den verwendeten medizinischen Untersuchungen (EEG, CCT bzw. MRT, PET, SPECT, molekulargenetische Untersuchungen, spezielle Stoffwechseluntersuchungen, Chromosomenanalyse) sollte jede organisch vermittelte intellektuelle Behinderung zu klären sein.
- Die psychologischen Verfahren³ zur Feststellung der kognitiven Fähigkeiten und der Intelligenz umfassen das gesamte Spektrum der derzeit verwendeten Tests. Bei Patienten ohne Sprachkompetenz werden – neben den sprachfreien Verfahren – insbes. klinische Einschätzungen (auch in speziellen Untersuchungssituationen) vorgenommen bzw. auf frühere Einschätzungen (z.B. Beschulungsform und Förderausschussunterlagen) zurückgegriffen. Darüber hinaus werden in größerem Umfang Entwicklungstests und speziellere neuropsychologische Verfahren angewendet. Insgesamt zeigen auch diese Angaben, dass die wesentlichen testdiagnostischen Voraussetzungen für entwicklungs- und intelligenzangemessene Förder- und Therapiestrategien gegeben sein müssten.
- Weiterführende diagnostische Verfahren (insbes. sog. Rating scales) werden außer der schon routinemäßig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführten CBCL (Child Behavior Checklist; div. Formen) und den sog. CONNORS-Skalen (CRS Conners Rating Scales) vergleichsweise wenig eingesetzt. Diese liegt unter anderem daran, dass die meisten Verfahren nicht in deutscher Adaptation vorliegen (SARIMSKI 2001; 2003).
- Projektive Verfahren zur Eröffnung eines (hypothetischen) Zugangs zur inneren Welt der Kinder werden wenig benutzt, da sie fast ausschließlich ein Mindestmaß an Abstraktions- und Verbalisierungsfähigkeit voraussetzen. Noch seltener werden spezielle familiendiagnostische Verfahren angewendet, obwohl diese gerade im Kontext geistige Behinderung durchaus angezeigt wäre.

Die hoch entwickelten diagnostischen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie spiegeln sich in den Antworten der Kliniken und es kann angenommen werden, dass sie auch Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zu Gute kommen. Deutlich werden allerdings auch die Grenzen mancher Methode in ihrer Anwendung insbes. auf schwerer geistig behinderte Klienten. Die „Benotungen“ der Verfahren zeigt dazu einen eindeutigen Trend. Die Durchschnittsnoten liegen insgesamt um 3 bis 4, was den Schluss zulässt, dass sämtliche Verfahren im Großen und Ganzen eingesetzt und auch praktisch benutzt werden, aber doch deutlich für verbesserungswürdig gehalten werden, d.h. den Voraussetzungen und Möglichkeiten geistige Behinderter angepasst werden müssten.

³ Sämtliche im Fragebogen vorgegebene und von den Kliniken ergänzte Verfahren finden sich im **Anhang**

Diagnosen bei geistig behinderten Patienten

Auf die Frage: „Welche Diagnosen wurden gemäß ICD-10 im Jahr 2003 Ihren geistig behinderten Patienten gegeben?“ (einschließlich Mehrfachdiagnosen und Komorbiditäten) mit der Bitte, die Angaben in Prozent der jeweiligen Diagnoseklassen auszudrücken, ergaben sich folgende Mittelwerte (Tab. 4):

Tab. 4: Diagnoseklassen (nach Kapitel F der ICD-10) (Mittelwerte der Prozentangaben pro Diagnoseklasse)				
	Stationär		Ambulant	
	%	Rang	%	Rang
F0 Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen	8,10	5	7,72	5
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2,84	9	0,82	9
F2 Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen	6,91	6	4,57	7
F3 Affektive Störungen	3,36	8	2,76	8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9,44	4	8,33	3
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,08	7	6,73	6
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,54	3	8,25	4
F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	19,94	2	21,13	2
F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend	40,64	1	40,38	1

Diese komplizierten Angaben und Einschätzungen haben nur etwa die Hälfte aller Kliniken erarbeiten wollen. Die Tabelle dient hier eher nur zur Orientierung und der übersichtsmäßigen Bestätigung, dass Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen der ICD-10 auch bei Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung diagnostiziert werden. Die Störungsgruppe F9 liegt mit großem Anstand an der Spitze: in durchschnittlich 40% aller Fälle werden Diagnosen aus dieser Störungsgruppe gestellt, gefolgt von den F84 Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (20% im Durchschnitt). In großem Abstand folgen Diagnosen aus den Klassen F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und F0 Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen (7-9%). Eher selten werden Diagnosen aus den Störungsklassen F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F3 Affektive Störungen und an letzter Stelle F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Die Rangfolgen sind für das ambulante und das stationäre Klientel nahezu identisch.

Interessant sind die Antworten der Kliniken auf die Frage: „Sehen Sie besondere Diagnoseschwerpunkte bei leicht und bei schwer geistig Behinderten?“, die – im Sinne einer Meinungsäußerung - insbes. den Wissens- und Erfahrungsstand der Befragten widerspiegeln. Es ergaben sich folgende Antworten (Tab. 5):

Diagnosenklassen nach Kap. F der ICD-10	Leicht geistig Behinderte			Schwer geistig Behinderte		
	<i>Rang</i>	N=	% der Fälle (N= 37)	<i>Rang</i>	N=	% der Fälle (N= 26)
F0 Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen	8	0	0	8	0	0
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	2	5,4	5	1	3,8
F2 Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen	2	9	24,3	3	4	15,4
F3 Affektive Störungen	8	0	0	5	1	3,8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5	3	8,1	5	1	3,8
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	7	1	2,7	8	0	0
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	8	21,6	4	2	7,7
F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3	8	21,6	1	15	57,7
F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn des Kindheit und Jugend	1	27	73,0	2	10	38,5
Total	58		156,8	34		130,8

Es entsteht ein durchaus differenziertes Bild mit sehr deutlichen, nachvollziehbaren Unterschieden zwischen den beiden Behinderungsgraden in der Mehrzahl der Diagnoseklassen. Interessant ist die große Häufigkeit der F84 (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: va. autistische Syndrome) bei den schwerer geistig Behinderten, sowie der doch relativ große Anteil psychotischer Störungen in beiden Gruppen, insbes. aber bei leichter behinderten Patienten. Auch werden Diagnosen aus der Klasse F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn des Kindheit und Jugend bei den leichter geistig Behinderten extrem häufig gesehen, während sie bei den schwerer geistig Behinderten um die Hälfte weniger und deutlich zahlenmäßig nach den F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen gesehen. Möglicherweise verbergen sich hinter der häufigen Nennung der Klasse F9 bei den leichter Behinderten die sehr häufigen aggressiv-expansiven Auffälligkeiten, die aber oft Ausdruck einer emotionalen und depressiven Störung sein können, sowie die Hyperkinetischen Störungen.

Erstaunlich ist das gänzliche Fehlen der Klasse F0 (Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen) als Schwerpunktdiagnose, obwohl dazu einiger diagnostischer Aufwand betrieben wird. Die Diagnoseklasse F3 (Affektive Störungen) fehlt ebenfalls fast gänzlich, obwohl depressive Störungen in der klinischen Evidenz eher häufig und rel. leicht zu diagnostizieren sind. Der hohe Anteil F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) bei den leichter Behinderten könnte mit der Diagnose F63 „Abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen“ und vielleicht auch mit sexuellen Auffälligkeiten zusammenhängen. Natürlich bieten auch hier diese groben Diagnosegruppen nur ein orientierendes Bild.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ergeben sich also sichere Hinweise, dass die hoch entwickelte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik auch geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Auffälligkeiten zu Gute kommt und erwartet werden kann, dass die häufig sehr schwierige Differentialdiagnostik, wie eingangs erwähnt, damit hinreichend bewältigt wird. Der befürchtete Prozess des „diagnostic overshadowing“ kann aus den hier ermittelten Angaben nicht bestätigt werden.

Therapeutische Konzepte

Zunächst soll erwähnt werden, dass weitaus die meisten Kliniken (81%) in ihren grundlegenden therapeutischen Leitkonzepten schulenübergreifend orientiert sind, N= 7 (10%) arbeiten nur verhaltenstherapeutisch und N=6 (8%) nur systemisch, dezidiert tiefenpsychologisch orientiert ist eine Klinik (1,4%). Eine Klinik hat die Frage nicht beantwortet. Die Pflege- und Erziehungsdienste von etwa 43% der Kliniken legen ihrer Arbeit „konsequent“ das Konzept der Pflegediagnosen („Maßnahmen der psychiatrischen Pflege“ z.B. nach TOWNSEND 2000) zugrunde, das therapeutische Umgangsformen der erzieherischen und pflegerischen Stationsmitarbeiter unterstützt, die eng an der spezifischen psychopathologischen Symptomatik wie auch an den individuellen Ressourcen des individuellen Patienten orientiert sind). 27% benutzen dieses Konzept eher seltener, 21% verneinen die Frage explizit. Aber immerhin ca. jede achte Klinik (16,2%) hat die Frage nicht beantwortet.

Therapieangebote für die Behindertengruppen

Die Kliniken wurden gefragt: „Welche therapeutischen Angebote würden Sie bei behinderten Kindern und Jugendlichen für besonders sinnvoll und hilfreich erachten?“ Vorgegeben wurde die gleiche Liste mit 17 therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Gebeten wurde um eine getrennte Einschätzung der Patientengruppen „Lernbehindert“, „Leicht geistig behindert“ und „schwer geistig behindert“. Diejenigen Kliniken, die jeweils alle Therapieformen angekreuzt haben, wurden aus der Auswertung herausgenommen. Die folgende Tabelle 6 zeigt gleichzeitig die Rangfolgen und prozentuale Verteilung der Häufigkeitsnennungen in den jeweiligen Behindertengruppen. Hinsichtlich der Therapiemodalitäten gibt es einige eindeutige Tendenzen in Bezug auf den Schweregrad der Behinderung

1. Stark bis deutlich abnehmende Tendenz: Therapeutisches Gespräch, Tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Spieltherapie, auch Kreative Verfahren und Familientherapie, Gruppentherapie, Beschäftigungs-/Arbeitstherapie und Psychoedukative Verfahren
2. Eher gleich bleibende Häufigkeit der Anwendung: Körperorientierte Verfahren, Entspannungsverfahren, Funktionelle Therapien, Elternberatung, Elterntraining, Stationsmilieu, Interventionen Kiga-Schule-Arbeit.

Tab. 6: Rangfolgen der Therapiemodalitäten nach Behinderungsgraden							
	Lern behinderte N=60		Leicht geistig Behinderte N=64		Schwer geistig Behinderte N=65		Tendenz nach zunehmenden Schwergrad der Behinderung
	%	<i>Rang</i>	%	<i>Rang</i>	%	<i>Rang</i>	
Therapeut.Gespräch	91,7	3	60,9	14	30,8	12	stark abnehmend
Tiefenpsychol. PT	15,0	16	9,4	16	1,5	16	stark abnehmend
VT	93,3	2	81,3	9	61,5	5	deutlich abnehmend
Spieltherapie	71,7	11	62,5	13	35,4	11	deutlich abnehmend
Körperorient. Th.	71,7	11	78,1	8	64,6	8	fast gleichbleibend
Entspannungsverfahren	81,7	7	79,7	4	75,4	7	fast gleichbleibend
Kreative Therapien	85,0	6	81,3	10	50,8	5	stark abnehmend SGB
Funktionelle Therapie	91,7	3	96,9	2	87,7	1	fast gleichbleibend
BT/AT	81,7	7	92,2	7	67,7	3	leicht abnehmend
Elternberatung	95,0	1	95,3	1	92,3	2	gleichbleibend
FT	80,0	9	56,3	11	46,2	13	stark abnehmend
Elterntraining	68,3	13	68,8	6	72,3	10	gleichbleibend
Gruppentherapie	66,7	15	40,6	15	9,2	15	stark abnehmend
Stationsmilieu	86,7	5	85,9	4	75,4	4	fast gleichbleibend
Interventionen in Kiga, Schule, Arbeit	80,0	9	78,1	3	78,5	8	gleichbleibend
Psychoedukation	68,3	13	53,1	12	41,5	14	deutlich abnehmend

- Zunehmende Tendenzen fanden sich nur wenige zwischen lern- und leicht geistig behinderten Klienten: Körperorientierte Therapie, Funktionelle Therapie, Beschäftigungs-/Arbeitstherapie.
- Bei schwer geistig Behinderten wurde nur das „Elterntraining“ geringfügig häufiger genannt gegenüber allen anderen Gruppen.

Es zeigt sich aber, dass für alle Behindertengruppen letztlich alle Therapiemodalitäten für möglich gehalten werden. Insofern muss angenommen werden, dass darüber im Einzelfall je nach vorliegender Problemsituation entschieden wird. Es kann zudem angenommen werden, dass offenbar – von wenigen Ausnahmen abgesehen (tiefenpsychologische Psychotherapie, Gruppentherapie) – diese Therapien auch mit erheblicher Frequenz vorgehalten werden. Nicht nachvollziehbar ist, dass bei Klienten mit zunehmendem Schwergrad der Behinderung „Kreative Therapien“ deutlich weniger für nützlich gehalten werden. Gerade Musiktherapie, aber auch Kunsttherapie und Gestalten u.a., sind fast schon klassische therapeutische Angebote auch für schwerer Behinderte (HÄBLER et al. 2000). Der geringe Stellenwert der „Familientherapie“ bei geistig Behinderten überrascht, zumal sich gerade in diesen Familien oftmals erhebliche strukturelle und beziehungsmaÙige Veränderungen entwickeln mit durchaus dysfunktionalen Folgen für alle Beteiligten. Möglicherweise wird „Elternberatung“, die für alle Behindertengruppen an erster oder zweiter Stelle genannt wird, für ausreichend und passender gehalten. Der hohe Stellenwert der

„Funktionelle Therapien“ entspricht dem traditionellen Ansatz der „Heilpädagogischen Übungsbehandlungen“ mit geistig behinderten Kindern. Die Gestaltung des „Stationsmilieus“ wird für alle Behindertengruppen gleichmäßig rel. recht hoch eingestuft, was als Hinweis gewertet werden könnte, wie wichtig und notwendig ein solches spezielles Milieu für die Behandlung ist und dies sinnvollerweise auf Spezialstationen vorgehalten werden sollte.

Nutzung heilpädagogischer Konzepte

Obwohl nur 27% aller Kliniken über eine Heilpädagogische Abteilung verfügen, beziehen 56 Kliniken (76%) spezielle heilpädagogische Konzepte in das Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung mit ein, und das in offenbar sehr breiter Form. Im Durchschnitt wurden 3 heilpädagogische Konzepte genannt (Tab. 7):

	Anzahl	% der Fälle (N=56)
Basale Pädagogik	45	80,4
Wahrnehmungstraining	37	66,1
Sensorische Integrationstherapie (AYRES)	36	64,3
Basale Stimulation	21	37,5
MONTESSORI-Konzept	11	19,6
Heilpädagogische Übungsbehandlung (OY und SAGI)	8	14,3
TEACCH-Programm ⁴	8	14,3
andere	6	10,7
Total	172	307,1

Erfahrungen mit Psychopharmaka

Die Kliniken wurden gefragt, mit welcher Medikamentengruppe bei welchen Patienten sie besonders positive Erfahrungen gemacht haben. Auch hier wurden wieder – außer Antitestosteron – alle Medikamentengruppen angegeben, jedoch mit deutlich ausgewiesenen Schwerpunkten (Tab.8). Auffällig ist die Häufung der typischen niedrigpotenten und atypischen hochpotenten Neuroleptika, die bei der Behandlung aller Patientengruppen eine besondere Rolle spielen. Stimulantien werden bevorzugt bei Lernbehinderten (und bei leicht geistig Behinderten) eingesetzt. Die neuen SSRI und die Phasenprohylaktika (vermutlich eher in der Indikation „mood stabilizer“) werden mit relevanter Häufigkeit genannt. Antitestosteron wird – eher selten – nur bei schwer geistig Behinderten eingesetzt⁵. In den Rangfolgen sind nach Einschätzung der Kliniken allerdings die Neuroleptika – klassische und atypische in jeglicher Potenz – die wichtigste

⁴ TEACCH steht für *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* („Therapie und pädagogische Förderung für autistische und in ähnlicher Weise kommunikationsgestörte Kinder“) von Eric Schopler und Robert Reichler

⁵ Antitestosteron senkt die Konzentration des männlichen Sexualhormons Testosteron, was zu einer Reduzierung des sexuellen Antriebs führt. Da das Hormon eine Fülle weiterer Prozesse insbes. während der pubertären Entwicklung beeinflusst, sollte auf keinen Fall vor Abschluss der körperlichen Reifeentwicklung durch Medikamente blockiert werden.

Medikamentengruppe in der Behandlung Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung.

Tab. 8: Positive Psychopharmakaerfahrungen (%-Angaben der Mehrfachnennungen und Rangfolgen)						
Pharmaka-Gruppe	Lern behinderte N=54		Leicht geistig Behinderte N=55		Schwer geistig Behinderte N=48	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang
1. Hochpotente klass. Neuroleptika	22,2	8	23,6	8	29,2	4
2. Niedrigpotente klass. Neuroleptika	53,7	3	69,1	2	77,1	1
3. Hochpotente atypische Neuroleptika	77,8	1	81,8	1	70,8	2
4. Niedrigpotente atypische Neuroleptika	35,2	5	40,0	4	39,6	3
5. Benzodiazepine/Anxiolytika	20,4	9	27,3	7	25,0	5
6. Trizyklische Antidepressiva	29,6	6	21,8	9	18,8	8
7. SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)	38,9	4	29,1	6	20,8	7
8. Stimulantien	72,2	2	47,3	3	12,5	9
9. Phasenprophylaktika	29,6	6	34,5	5	22,9	6
10. Antidementiva	3,7	11	1,8	11	2,1	12
11. Antitestosteron	0	12	0	12	6,3	11
12. Pflanzliche Psychopharmaka	7,4	10	12,7	10	8,3	10
Total	390,7		389,1		333,3	

Psychopharmaka werden sowohl zielsymptomorientiert als auch nosologisch indiziert⁶ eingesetzt. Die folgende Tab. 9 stellt bereits eine Zusammenfassung der

Tab. 9: Besondere Indikationen für Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung	
	% der Fälle (N=57)
Motorische Unruhe	96,5
Fremdaggressionen	94,7
Psychotische Störungen	61,4
Emotionale Störungen	56,1
Autoaggressionen	49,1
Affektive Störungen	49,1
Störungen des Sozialverhaltens	29,8
Erregungszustände	28,1
Hirnorganische Störungen	14,0
Autistische Störungen	14,0
Stereotypien, Tics	8,8
Persönlichkeitsstörungen	8,8
	510,5

⁶ „Nosologisch indiziert“ bedeutet, dass eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde und daraufhin ein bestimmtes Medikament eingesetzt wird, das erfahrungsgemäß bei diesem speziellen Störungsbild wirksam ist (z.B. Hochpotente Neuroleptika bei der Diagnose „Schizophrene Psychose“ oder Antidepressiva bei einer schweren depressiven Episode). „Zielsymptomorientiert“ heißt dagegen, dass eine spezielle Verhaltensauffälligkeit (z.B. aggressiv-expansives Verhalten oder autoaggressive Selbstverletzungen) mit einem Medikament in seiner Auftretenshäufigkeit und –intensität beeinflusst werden soll, ohne dass eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde. Über die naheliegende Problematik dieser Indikationsform kann hier nicht weiter diskutiert werden.

zahlreichen Nennungen der Kliniken dar (im Durchschnitt wurden 9 Indikationen genannt). Im Vordergrund stehen die typischen Problemverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung „Motorische Unruhe“ und „Fremdaggressionen“, gefolgt von den mehr nosologischen Indikationen „Psychotische Störungen“ und „emotionale Störungen“.

Verteilung der Therapiemodalitäten nach dem Komponentenmodell

In Anlehnung an das von REMSCHMIDT&MATTEJAT (2003) veröffentlichte Komponentenmodell und der Ergebnisse der Analyse der Marburger Klinik Klientel wurden die Kliniken gefragt: „Wie viel Prozent der jeweiligen **Patientengruppe** erhalten Angebote aus den folgenden therapeutischen Bereichen?“ (Tab. 10):

Tab. 10: Verteilung der Therapiemodalitäten nach dem Komponentenmodell (Mittelwerte der Prozentangaben)					
	Nicht-behindert	Lern-behindert	Leicht geistig behindert	Schwer geistig behindert	Psychiatrische Patienten REMSCHMIDT & MATTEJAT (2003)
Psychotherapie	82	77	50	24	43
Übungsbehandlung	40	50	52	52	22
Familiäre Interventionen	85	86	81	76	80
Umfeldbezogene Interventionen	57	61	65	64	22
Psychopharmaka	25	31	31	38	12

Im Vergleich liegen alle Angaben aus der Stichprobe deutlich in allen Komponenten – außer fam. Interventionen – weit über den Zahlen von REMSCHMIDT & MATTEJAT (2003). Ganz offensichtlich werden die therapeutischen Aktivitäten erheblich überschätzt (im Vergleich zu den errechneten). Sie stimmen aber in der Rangfolge der Häufigkeiten im wesentlichen mit dem genannten Modell überein, außer dem Rangplatz der Psychotherapie. Im übrigen bestätigt sich der schon oben beschriebene Trend: Übungsbehandlungen, Familiäre Interventionen und Umfeldbezogene Interventionen verteilen sich auf alle Patientengruppen ähnlich, Psychotherapien nehmen sehr deutlich nach Schwere der Behinderung ab, während die Psychopharmakotherapie leicht zunimmt.

Zusammenfassung

Die Zahlen lassen selbstverständlich keinen Rückschluss auf die wirkliche Intensität der therapeutischen Angebote zu, vermitteln aber den sicheren Eindruck, dass auch Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung im vollen Umfang an dem differenzierten Spektrum der therapeutischen Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilhaben. Es findet sich auch kein Hinweis auf den häufig geäußerten Vorwurf des *übermäßigen* Gebrauchs von Psychopharmaka bei geistig Behinderten, der zwar deutlich höher zu liegen scheint, aber relativ zu den anderen

Therapiemodalitäten immer noch an letzter Stelle rangiert (außer bei den schwer Geistigbehinderten, bei denen Psychopharmakotherapie vor Psychotherapie an vorletzter Stelle rangiert). Kritisch kann angenommen werden, dass Psychopharmakotherapie wohl weniger differenziert praktiziert wird und mit den Neuroleptika (atypische hochpotente und klassische niedrigpotente) einen recht deutlichen Schwerpunkt aufweist.

Einschätzung der Versorgungssituation

Benotung der Versorgungssituation (Tab. 11)

Die derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit zusätzlichen psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde mit der Durchschnittsnote 4,3 im stationären Bereich und mit 4,1 im ambulanten Bereich belegt. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung dieser Klientel 5,0 bewertet. Die Durchschnittsnoten sind nach Klinikstatus, Klinikgröße und Größe der Einzugsbereiche nahezu identisch.

Nach dieser eher schlechten Bewertung stellt sich die Frage, wer denn dann die geistig behinderten Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen versorgt.

Tab. 11: Welche Berufsgruppe versorgt die geistig behinderten psychisch kranken Kinder und Jugendlichen?	
	% der Fälle (N= 60)
pädagogische Berufsgruppen	81,7
Kinderärzte	80,0
Hausärzte	71,7
nichtpsychologische Therapeuten	53,3
sonstige nichtpsychiatrische Ärzte	18,3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	5,0
Erwachsenenpsychiater	5,3
Sozialpädiatrische Zentren	1,7
Total	316,7

An erster Stelle werden „pädagogische Berufsgruppen aller Art“ (gemeint sind wohl Mitarbeiter der Behindertenhilfe, Heilpädagogen, möglicherweise auch die Sonderschulen) genannt, dann fast genauso häufig die Kinderärzte und etwas weniger die Hausärzte, die nun allerdings oft Kinderärzte sind, so dass diesen wohl die größte Verantwortung im diesem Bereich zugeschrieben wird.. Therapeuten aller Art spielen eine vergleichsweise große Rolle, die ja in der Tat einen erheblichen Anteil in der Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendliche überhaupt haben. Die Sozialpädiatrischen Zentren werden nur einmal genannt, obwohl sie vermutlich den Löwenanteil auch der psychiatrischen Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher übernehmen.

Schaffung von Spezialangeboten

In der Frage, ob spezialisierte Angebote für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung geschaffen werden sollen, gibt es eindeutige Voten (Tab. 12):

Tab. 12: Schaffung von Spezialangeboten für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung		
	Stationär	Ambulant
ja, alle Kliniken	12,9	27,5
ja, einige in begrenzter Anzahl in jedem Bundesland	82,9	65,2
nein	4,3	7,2

Nur eine sehr kleine Minderheit der Kliniken ist der Meinung, es sollten keine speziellen Angebote für geistige behinderte Kinder und Jugendlichen sowohl stationär als auch ambulant vorgehalten werden. 83% meinen, dass in jedem Bundesland eine begrenzte Anzahl von stationären Betten vorhanden sein sollen, 13% denken, dass sogar jede Klinik ein solches Angebot haben sollte. Bezogen auf den ambulanten Bereich meint ca. $\frac{1}{4}$ der Kliniken, dass in jeder Institutsambulanzen ein spezielles Angebot vorhanden sein sollte, $\frac{2}{3}$ halten einige Schwerpunktambulanzen in den jeweiligen Bundesländern für richtig. 7% lehnen ein ambulantes Spezialangebot ab. Diese Voten sind also eindeutig und könnten als fach- und versorgungspolitisches Signal gewertet werden.

Universitätskliniken mit Spezialangeboten

Auf die Frage: „Sind Ihnen Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bekannt, die ein spezielles diagnostisches und/oder therapeutisches Angebot für geistige Behinderte vorhalten?“ haben 68 Kliniken (92%) geantwortet: 19% (N= 13) antworteten mit „Ja“ und nannten folgende Kliniken: Münster wurde mit einem ambulanten Angebot zutreffend genannt. Marburg, Frankfurt, Ulm, Berlin, Heidelberg, Rostock verfügen nach eigenen Angaben weder über ein ambulantes noch ein stationäres Spezialangebot für geistig Behinderte, wurden aber 10-mal damit in Verbindung gebracht. Die restlichen genannten Kliniken befanden sich nicht in der Stichprobe, so dass auch keine Aussage möglich ist. 57% (N= 39) verneinten die Frage nach einer Universitätsklinik mit Spezialangebot, 24% (N= 16) antworteten explizit, dass sie es nicht wüssten. Insgesamt also ist die Unkenntnis diesbezüglich eher groß, auch unter den Universitätskliniken selbst: mehrfach wurde Marburg und Frankfurt sowie je einmal Ulm und Berlin genannt. Die Antworten unterstreichen erneut die Einschätzung, dass die universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie in diesem Themenbereich wenig präsent ist. Die Veröffentlichungen einiger Klinikleiter zum Thema werden offenbar (hoffnungsvoll) bereits als Hinweis auf die spezielle klinische Behandlungsangebote gedeutet.

Schlussfolgerungen

1. Quantitativ scheint zunächst die Versorgungssituation nicht so schlecht wie vermutete, d.h. fast jede Klinik behandelt ambulant und stationär geistig behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen ihres *Grundversorgungsauftrages*. Die Behandlungsfrequenzen schwanken dabei extrem von 1 Patienten bis zu 311 stationär bzw. 400 ambulant im Jahr und liegen pro Jahr im Schnitt bei 21 stationär und 46 Patienten ambulant. Über alle Kliniken gerechnet liegt der relative Anteil geistig behinderter Patienten ambulant wie stationär bei ca. 6%. Vergleichsweise deutlich mehr Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen werden von nur einigen wenigen (überwiegend großen) Kliniken (N= 11; 15%) versorgt, die über ein ausgewiesenes ambulantes und/oder stationäres Spezialangebot für diese Klientel verfügen. Dabei konnten 6 *Schwerpunktkliniken* (8%) ermittelt werden mit einem ambulanten *und* stationären Angebot sowie einem hohem Patientenanteil und 4 Kliniken (4%) mit überwiegend nur ambulantes Angebot (darunter 1 Universitätsklinik). Rein quantitativ würden diese Zahlen für die Grundgesamtheit bedeuten, dass ca. 12 Kliniken in Deutschland ein spezielles Schwerpunktangebot vorhalten würden und ca. 8 ein überwiegend nur ambulantes Angebot. Selbst unter der Voraussetzung, diese Kliniken wären auf alle Bundesländer gleichmäßig verteilt, käme gerade eben mal eine Schwerpunktlinik und eine Spezialambulanz pro Bundesland zusammen. Für Flächenstaaten wäre dies absolut nicht ausreichend, für Stadtstaaten könnte diese unter bestimmten Voraussetzungen (entsprechende personelle Besetzung der Ambulanz und sachliche Ausstattung der Station) vielleicht sogar hinreichend sein. Von einer flächendeckenden regionalisierten Versorgung dieser Personengruppe kann aber schließlich keine Rede sein. Dies spiegelt sich in den Meinungsäußerungen der Kliniker sehr klar wieder. Die Voten gehen eindeutig in Richtung „*Schaffung spezialisierter ambulanter und stationärer Angebote für Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in begrenzter Anzahl in jedem Bundesland*“ (wobei zusätzlich eine relevante Minderheit dies sogar für jede Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie fordert). Als weiteres fach- und versorgungspolitisches Signal muss die relative Versorgungsabstinentz der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie gewertet werden: Nur eine Universitätsklinik in der Stichprobe (das würden ca. zwei in der Grundgesamtheit der 28 Universitätskliniken bedeuten) halten ein ambulantes Angebot vor. Hiermit bestätigt sich auch auf der Versorgungsebene die weitgehend fehlende wissenschaftliche Bearbeitung der Thematik „psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland.
2. Spezialisierte Versorgung von einzelnen Diagnosegruppen mit meist schwerwiegenden Störungsbildern, die nach aller klinischen Erfahrung längerfristige stationäre Krankenhausbehandlung brauchen (so auch oftmals geistig Behinderte), findet weit überwiegend in den großen Versorgungskliniken (oftmals Abteilungen psychiatrischer „Landeskliniken“) statt (ab 70-80 Plätzen)

oder in einigen wenigen gänzlich spezialisierten kleinen Kliniken, so dass die Versorgung eng an die Standorte dieser Kliniken gebunden ist. Dort, wo die sachlichen Voraussetzungen für Angebote für spezielle Diagnosegruppen außerhalb der Grundversorgung nicht gegeben sind (wie also in den zahlenmäßig weit überwiegenden kleinen Kliniken) wird es auch zukünftig sehr schwer sein, Spezialangebote zu schaffen. Hier zeigt sich ein grundlegendes strukturelles Defizit der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie⁷.

3. Die Ergebnisse sind ein deutlicher Hinweis, dass die hoch entwickelte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik in vollem Umfang auch geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Auffälligkeiten zu Gute kommt. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass die häufig sehr schwierige Differentialdiagnostik damit hinreichend bewältigt wird. Die Durchschnittsnoten für die diagnostischen Instrumente liegen allerdings insgesamt um 3 bis 4, was den Schluss zulässt, dass sämtliche Verfahren im Großen und Ganzen eingesetzt und auch praktisch benutzt werden, aber doch deutlich für verbesserungswürdig gehalten werden, d.h. den Voraussetzungen und Möglichkeiten geistige Behinderter angepasst werden müssten (wie auch einige freie Antworten feststellten). Als Ergebnis der Diagnostik wird ein durchaus differenziertes Bild psychiatrischer Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen der ICD-10 mit sehr deutlichen Unterschieden zwischen den beiden Behinderungsgraden in der Mehrzahl der Diagnoseklassen beschrieben. Die Angaben zu den Störungsbildern spiegeln eine offenbar doch breite klinische Erfahrung wider, die keinen Verdacht auf den gefährlichen Prozess des „diagnostic overshadowing“ aufkommen lässt.
4. Es zeigte sich, dass für alle Behindertengruppen letztlich alle Therapiemodalitäten für möglich gehalten werden. Manche Antwortstrategien waren durchaus im Sinne des „Viel hilft viel“ zu deuten. Dennoch gab es einige klare, nachvollziehbare Differenzierungen nach Behinderungsgraden (z.B. je schwerer die Behinderung, desto seltener wurde Psychotherapie genannt), aber auch überraschende Ergebnisse, dass z.B. die kreativen Therapien eher weniger passend für geistig Behinderte eingeschätzt wurde. Familienberatung wird ganz offensichtlich der Familientherapie im engeren Sinn vorgezogen. Der hohe Stellenwert der „Funktionelle Therapien“ entspricht dem traditionellen Ansatz der „Heilpädagogischen Übungsbehandlungen“ mit geistig behinderten Kindern. Überhaupt werden spezielle heilpädagogische Konzepte in das Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung in offenbar sehr breiter Form mit einbezogen. Der häufig geäußerte Vorwurf des *übermäßigen* Gebrauchs von Psychopharmaka bei geistig Behinderten, der zwar deutlich höher zu liegen scheint, aber relativ zu den anderen Therapiemodalitäten immer noch an letzter Stelle rangiert (außer bei den schwer Geistigbehinderten, bei denen Psychopharmakotherapie vor Psychotherapie an

⁷ In Berlin beispielsweise gibt es nur Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken der Grundversorgung, nachdem die Psychiatriepolitik des Senats vor nicht allzu langer Zeit die „Standardversion 20/20“ (20 vollstationäre und 20 tagesklinische Plätze) beschlossen hat.

vorletzter Stelle rangiert), wurde nach den Angaben der Kliniken nicht bestätigt. Kritisch kann angenommen werden, dass Psychopharmakotherapie wohl weniger differenziert praktiziert wird und mit den Neuroleptika (atypische hochpotente und klassische niedrigpotente) einen recht deutlichen Schwerpunkt aufweist. Insgesamt wird aber auch in den Antworten zum Bereich der Therapie deutlich, dass auch Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung im vollen Umfang an dem differenzierten Spektrum der therapeutischen Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilhaben. Diese Einschätzung wird unterstrichen durch den Vergleich mit den von REMSCHMIDT & MATTEJAT (2003) für eine kinder- und jugendpsychiatrische Klientel errechneten Zahlen zur Häufigkeit spezieller Therapiekomponenten. Obwohl alle Angaben in der Stichprobe deutlich in allen Komponenten – außer fam. Interventionen – weit über den Vergleichszahlen liegen, stimmen sie aber in der Rangfolge der Häufigkeiten im wesentlichen mit dem genannten Modell überein, außer dem Rangplatz der Psychotherapie. Ganz offensichtlich werden die therapeutischen Aktivitäten insgesamt erheblich überschätzt (im Vergleich zu den errechneten), was wiederum das Ergebnis etwas einschränkt.

5. Wenn auch aus den Antworten ein durchaus positives Bild der qualitativen stationären klinischen Versorgung zu entnehmen ist, fällt das (gesundheitpolitische) Urteil über die Versorgungssituation eher schlecht aus. Die derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit zusätzlichen psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde mit der Durchschnittsnote 4,3 im stationären Bereich und mit 4,1 im ambulanten Bereich belegt. Die Benotung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dieser Klientel wird 5,0 als sehr schlecht bewertet.

Insgesamt ergibt sich ein zwiespältiges Bild: Während die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für geistig behinderte Kinder und Jugendliche offenbar den hohen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechen, muss die Versorgungssituation insgesamt doch deutlich als defizitär eingeschätzt werden (durch den Mangel an spezialisierten Angeboten und Schwerpunktkliniken sowie der Abstinenz der universitären Psychiatrie). Nur teilweise könnte diese Einschätzung abgeschwächt werden, weil sich auch gezeigt hat, dass praktisch alle Kliniken geistig Behinderte im Rahmen ihrer Grundversorgung (mit den angenommenen hohen Standards) behandeln.

Literatur

- AYRES, A.J.(1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. Springer, Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G., HEUBROCK, D., PETERMANN, F. (2000): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- HÄBLER, F., TILCH, P., BUCHMANN, J. (2000): Psychopharmakotherapie und andere therapeutische Konzepte in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: HÄBLER, F., FEGERT, J.M. (Hrsg.): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompodium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer, Stuttgart, New York, S.85-117 (Original)
- HENNICKE, K. (2004): Die Ausgrenzung psychisch gestörter Menschen mit geistiger Behinderung vom psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland. In: WÜLLENWEBER, E. (Hrsg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung und soziale Abwertung. Kohlhammer, Stuttgart, S.202-211
- JANSSEN, J., LAATZ, W. (2003): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (4.Aufl.)
- MONTESSORI, M. (1967): Grundgedanken der Montessori-Pädagogik. In: OSWALD, P., SCHULZ-BENESCH, G. (Hrsg.) (1967): Maria Montessori - Schrifttum und Wirkkreis. Herder, Freiburg
- OY, C. v., SAGI, A. (1995): Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung, Heidelberg (10.Aufl.)
- REISS, S., LEVITAN, G., SZYSKO J. (1982): Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing Am J Mental Deficiency 86, 567-574
- REISS, S., SZYSKO J. (1983): Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. Am J Mental Deficiency 87, 396-402
- REMSCHMIDT, H., MATTEJAT, F. (2003): Integratives Denken und Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Suppl. zu H.2, 13 „Wege zur seelischen Gesundheit - integrative Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“. Vorträge vom WHO-Symposium am 15.11.02 in Stuttgart
- SARIMSKI, K. (2001): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Klinische Kinderpsychologie Bd. 4. Hogrefe, Göttingen
- SARIMSKI, K. (2003): Kap.4. Psychologische Diagnostik. In: NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S.55-70
- STEINHAUSEN, H.-C. (2003): Kap.5. Allgemeine und spezielle Psychopathologie. In: NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S.71-80
- TOWNSEND, M.C. (2000): Pflegediagnosen und Maßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung. Hans Huber, Bern. 2. Aufl.
- WARNKE, A., LEHMKUHL, G. (Redaktion) (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Hrsg. von Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, New York. 3. Aufl.

Anhang

Die folgenden Verfahren wurden vorgegeben bzw. in Ergänzung von den Kliniken genannt. Genaue Quellenangaben sind problemlos aus dem Internet zu holen, insbes. über die Testzentrale Göttingen. Postfach 3751, D-37027 Göttingen. E-mail: testzentrale@hogrefe.de; Internet Adresse: <http://www.testzentrale.de>

Intelligenztests

1. K-ABC Kaufman Assessment Battery for Children. Von A. S. Kaufman, N. L. Kaufman, Dt. Bearbeitung von P. Melchers und U. Preuß
2. HAWIK-III Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III. Von U. Tewes, P. Rossmann und U. Schallberger

3. CFT 1 (Culture Fair Intelligence Test) Grundintelligenztest Skala 1-5. Von R. B. Cattell, R. H. Weiß und J. Osterland; CFT 20 Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgentest (ZF). Von R. H. Weiß
4. CPM Coloured Progressive Matrices. Von J. C. Raven, Dt. Bearbeitung von S. Bulheller und H. Häcker
5. TBGB Testbatterie für geistig behinderte Kinder. Von C. Bondy, R. Cohen, D. Eggert und G. Lürer (Hrsg. von K. Ingenkamp)
6. SON-R 2 1/2-7 Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest. Von P. J. Tellegen, M. Winkel und J. A. Laros; SON-R 5 1/2-17 Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest. Von J. Th. Snijders, P. J. Tellegen und J. A. Laros
7. AID 2 Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2. Von K. D. Kubinger und E. Wurst
8. SPM Standard Progressive Matrices. Von J. C. Raven
9. LPS Leistungsprüfungssystem. Von W. Horn; PSB-R 4-6 Prüfungssystem für Schul- und Bildungsberatung für 4. bis 6. Klassen – revidierte Fassung. Von W. Horn, Neubearbeitung von H. Lukesch, A. Kormann und S. Mayrhofer; PSB-R 6-13 Prüfungssystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen – revidierte Fassung. Von W. Horn, Neubearbeitung von H. Lukesch, S. Mayrhofer und A. Kormann.

Entwicklungstest

1. FEW Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung. Von M. Frostig (Dt. Bearbeitung von O. Lockowandt)
2. DES Die Diagnostischen Einschätzskalen zur Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Schulfähigkeit. Von K. Barth
3. WET Der Wiener Entwicklungstest. Von U. Kastner-Koller und P. Deimann
4. ET 6-6 Entwicklungstest 6 Monate - 6 Jahre. Von F. Petermann und I.A. Stein
5. D'TVP-2 Developmental Test of Visual Perception. Von D. D. Hammill, N. A. Pearson und J.K. Voress

Neuropsychologische Verfahren

1. GFT Göttinger Formreproduktions-Test 3. Auflage Von H. Schlange, B. Stein, I. von Boetticher und S. Taneli
2. TÜKI Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder 2., überarbeitete Auflage Von G. Deegener, B. Dietel, W. Hamster, C. Koch, R. Matthaehi, H. Nödl, N. Rückert, U. Stephani und E. Wolf; TULUC Tübinger-Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe. Von Hamster, W.; Langner, W.; Mayer, K.
3. Bender Visual-Motor-Gestalt Test and its Clinical Use 24. Auflage By L. Bender
4. DCS Diagnosticum für Cerebralschädigung Ein visueller Lern- und Gedächtnistest nach F. Hillers 4., erweiterte und ergänzte Auflage Von S. Weidlich und G. Lamberti. Unter Mitarbeit von W. Hartje

Rating scales

1. CBCL Child Behavior Checklist (Deutsche Adaptationen div. Fragebögen). Von Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist
2. CRS (-R1-9) Conners' Rating Scales. Von C. Keith Conners
3. VABS Vineland Adaptive Behavior Scales. Von Sara S. Sparrow, David A. Balla, and Dominick V. Cicchetti
4. CGI Clinical Global Impressions Scale. Von W. Guy
5. CBRF Nisonger Child Behavior Rating Form. Von Aman MG; Hammer D; Tasse M; Rohahn J.
6. AAMD Adaptive Behavior Scale. Von Kazuo Nihira, Ray Foster, Max Shellhaas, and Henry Leland
7. PAS-ADD Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability. Von Patel, Goldberg, & Moss
8. Sensomotorische Entwicklungsgitter von E.J. Kiphard
9. SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire
10. DAS (nicht identifizierbar)
11. DIPSYS-KJ Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV

12. BERS-1 Behavior and Emotional Rating Scale. Von Michael H. Epstein und Jennifer M. Sharma
13. DASH-2-1 A Developmental Assessment for Students with Severe Disabilities. Von M. K. Dykes & Jane N. Erin
14. Reiss Screen for Maladaptive Behavior. Von Steven Reiss; Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis. Von Steven Reiss
15. DBC Developmental Behavior Checklist (nicht identifizierbar)
16. SEAS-M Skala zur Erfassung von Autismusspektrumsstörungen bei Minderbegabten

Projektive Verfahren

1. Scenotest
2. Familie in Tieren
3. Satzergänzungstest
4. Baum(-Zeichnen-)Test
5. Mann-Zeichnen-Test
6. TAT Thematic Apperception Test
7. CAT Der Kinder-Apperzeptions-Test
8. Div. andere Verfahren

Stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland

Erste Ergebnisse einer Erhebung zu dem Behandlungsjahr 2002

Christian Schanze

Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung hat in den letzten zehn Jahren in Deutschland einen erheblichen Wandel vollzogen. Während in den Jahren nach 1975 die Psychiatrie und Menschen mit geistiger Behinderung vor allem über die in der Psychiatrie-Enquete (DEUTSCHER BUNDESTATG 1975) formulierten Forderung der Enthospitalisierung inhaltlich verknüpft waren, tritt in den letzten Jahren das Thema der akutpsychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung sowohl im ambulanten wie stationären Bereich zunehmend in den Vordergrund des fachlichen Interesses.

Inzwischen gibt es in Deutschland 29 Spezialabteilungen für psychiatrische Diagnostik und Therapie dieser Patientengruppe (Abb. 1). Sie ergänzen mit ihrer besonderen fachlichen Kompetenz das psychiatrische Versorgungsnetz dieser Klientel. Bislang war eine solche kompetente Versorgung auf die medizinischen Fachdienste der großen Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe und einige wenige niedergelassene Fachärzte, die sich für dieses Thema interessierten beschränkt (SCHANZE 2005).

Von den 29 Abteilungen gingen 27 aus den ehemaligen Oligophrenie-Bereichen großer psychiatrischer Fachkrankenhäusern hervor, die früher dauerhospitalisierte Menschen mit Intelligenzminderung und hohem Betreuungsbedarf versorgt hatten.

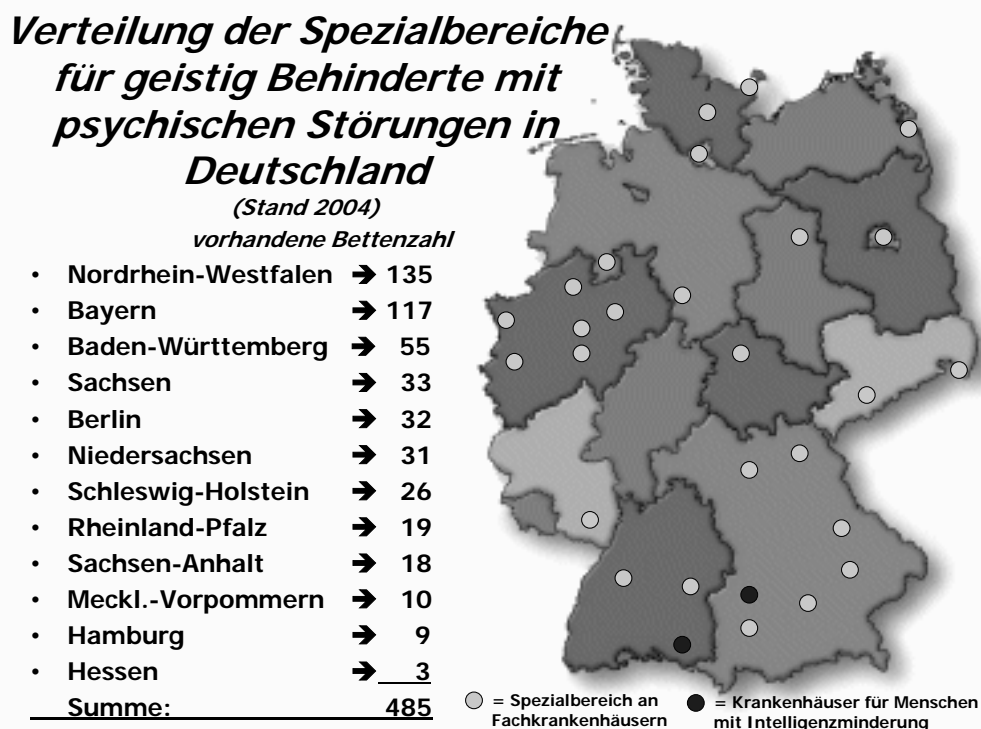


Abb. 1: Spezialisierte stationär-psychiatrische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland

Die akutpsychiatrisch ausgerichteten Versorgungsangebote der Spezialbereiche stellten anfänglich meistens eine flankierende Maßnahmen für Einrichtungen der Behindertenhilfe dar, die die ehemaligen geistig behinderten Langzeitpatienten aus der Psychiatrie in ihre Betreuung übernommen hatten. Schnell bekundeten viele Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe in den Einzugsbereichen dieser Spezialbereiche einen sehr viel größeren Versorgungsbedarf für ihre psychisch auffälligen Bewohner bzw. Klienten. Bislang waren diese gar nicht oder nur sehr unzureichend psychiatrisch versorgt und die Einrichtungen fühlten sich sowohl von Seiten der Kostenträger, als auch von Seiten der Psychiatrie und den z. T. nur wenig an diesen Patienten interessierten niedergelassenen Psychiatern oder Nervenärzten „alleingelassen“.

Zwei der 29 Abteilungen (St. Lukas-Klinik gGmbH und Zweckverbands-Krankenhaus St. Camillus) sind Teil ehemaliger Krankenhäuser großer Behinderteneinrichtungen, die sich organisatorisch von der ursprünglichen Trägerschaft gelöst haben. Neben einem somatischen Versorgungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung bieten beide Krankenhäuser sowohl ein ambulante als auch eine stationäre psychiatrische Behandlung für diese Patientengruppe an.

Inwiefern *spezialisierte psychiatrische Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung* im ambulanten oder stationären Rahmen einen unmittelbaren Nutzen bringen, ist bislang nur durch XENTIDIS et al. (2004) wissenschaftlich untersucht worden. Wie aus dieser Studie hervorgeht, zeigt sich bei der stationär-psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in spezialisierten Abteilungen im Vergleich zu allgemeinspsychiatrischen Stationen ein signifikant besseres Behandlungsergebnis in den in den Kategorien Psychopathologie, allgemeines Funktionsniveau und Verhaltensauffälligkeiten. Zwar wurden die Patienten in den untersuchten Spezialbereichen länger stationär behandelt als in den allgemeinspsychiatrischen Stationen, doch kam es andererseits bei diesen Patienten im Vergleich sehr viel seltener zu Kündigungen des Heimplatzes oder zur Verlegung in andere Wohneinrichtungen, was indirekt als Qualitätsmerkmal zu werten ist.

Aber nicht nur auf der unmittelbaren Versorgungsebene sind Fortschritte erzielt worden, sondern die Gründung von Arbeitsgruppen und Fachgesellschaften, die fast alle sehr gut miteinander kooperieren, hat die fachliche Kommunikation deutlich verbessert.

Eine dieser Gruppen ist die *Arbeitsgruppe Geistige Behinderung* der Bundesdirektorenkonferenz. In dieser Arbeitsgruppe sind die Leiter der Spezialbereiche in Deutschland vertreten, und sie hat sich zur Aufgabe gemacht, Standards der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu entwickeln. Eine Maßnahme auf diesem fachlichen Weg stellen die für die Jahre 2001 und 2002 durchgeführten Evaluationen in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland (2001) bzw. in den dortigen Spezialabteilungen (2002) dar. Einige Ergebnisse der Evaluation 2002 sollen im Weiteren vorgestellt werden. An ihnen lassen sich

sowohl organisatorische als auch therapeutische Gepflogenheiten in einem repräsentativen Teil der 2002 bestehenden 25 Spezialbereichen ablesen.

Evaluationsergebnisse 2002

Von den im Jahre 2002 bestehenden 25 Spezialbereichen haben 18 (72%) den Fragebogen beantwortet und zurückgesandt.

Für die Versorgung stehen bei diesen 18 Abteilungen im Durchschnitt 18,8 *Betten* zur Verfügung. Der größte stationäre Spezialbereich befindet sich in Berlin, Diakoniewerk Königin Elisabeth Herzberge, 32 Betten), die beiden kleinsten in Hamburg und Kaufbeuren (je 12 Betten). Mit den durchschnittlich 18,8 Betten erfolgten im Jahr 2002 durchschnittlich 153,7 vollstationäre Aufnahmen. Die *Einzugsbereiche* der Abteilungen waren zwischen 500 000 und 3 800 000 Einwohner groß. In 11 Fällen war die Versorgungsregion größer (10 mal um Faktor 1,5 bis 4; 1 mal um Faktor 15) als die der Allgemeinpsychiatrie in den jeweiligen Klinik. Diese Tendenz wurde von den Leitern der Bereiche als Folge der großen Bedarfsituation der Träger der Behindertenhilfe in der erweiterten Region erklärt.

Eine *tag-/nachtsklinische Behandlung* war nur in 4 Fällen möglich. Jedoch nur in Kaufbeuren zeigte die Häufigkeit der teilstationären Behandlungen mit 29 Aufnahmen ein relevantes Ausmaß. Bei den anderen 3 Abteilungen wurden nur 3 bis 5 teilstationäre Aufnahmen vermerkt.

Bezüglich des *Behinderungsgrades* der Patienten liegt der Schwerpunkt der ausgewerteten 18 Spezialstationen zwischen mittelgradiger Intelligenzminderung und Lernbehinderung. Bei nur 3 Abteilungen lag er zwischen schwerer und leichter Intelligenzminderung. Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in der ICD-10 keine unmittelbare Kodierungsmöglichkeit für Lernbehinderung besteht (im ICD-9 war dies noch mit der F317 möglich). Hierdurch entsteht vermutlich ein künstlicher Cut-Off und damit eine statistisch unzureichende Würdigung der Patientengruppe der lernbehinderten Menschen. Der *ICD-10 Guide for Mental Retardation* (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996) empfiehlt hierfür eine Kodierung unter F81 (wenn keine speziellen Teilleistungsstörungen feststellbar sind, wird F81.9 empfohlen).⁸

Die *Diagnosegepflogenheiten* der Spezialbereiche lassen sich bislang nur unzureichend ermitteln. Hier ist die Datenlage sehr invalide; nur ein Drittel der Fragebögen enthielten genau ermittelte Ergebnisse. Bei den übrigen Bereichen handelt es sich um Schätzwerte, die eine aussagekräftige Auswertung unmöglich machen. Aus diesem Grund werden hier nur exemplarisch drei Spezialbereiche herausgenommen, anhand derer sich bestimmte Probleme in der Anwendung einer ICD-10-orientierten Klassifikation ermitteln lassen.

In der Abb. 2 fallen zunächst bei den ICD-10 Diagnosen F0 bis F9 zwei extreme Häufigkeitsspitzen auf. Im Spezialbereich 2 liegt diese Spitzen in der F0 (genauer: F07.8 andere organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und im

⁸ „The diagnosis of SDSS (Specific developmental disorders of scholastic skills) is reserved for a deficit two standard deviations below that to be expected of an general intellectual level, where this has been present from early in life.“ WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996, 45

Spezialbereich 3 liegt eine Spitze in der Kodiergruppe F7x.1 (deutliche Verhaltensstörungen, die Beobachtung oder Behandlung erfordern) vor. Wie sich bei der gemeinsamen Diskussion mit den Leitern dieser Bereiche ergab, handelte es sich in beiden Fällen eigentlich um die gleiche Diagnosegruppe (geistige Behinderung und Verhaltensstörungen). In vielen Bundesländern übernehmen die Krankenkassen jedoch bei einer Diagnose F7x.1, die die Verhaltensstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung auf adäquate Weise beschreibt (vgl. auch WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996), die Kosten nicht. So müssen die Kliniken auf andere Diagnosen ausweichen. Eine Möglichkeit liegt in der erwähnten Diagnose F07.8, eine andere in der erweiterten Anwendung der Kategorie F43 (akute Belastungs- und Anpassungsstörung). (siehe Spezialbereich 1; Spitze in Abb. 2 unter F4)

In beiden Fällen erfolgt die Kategorisierung jedoch durch eine sehr weite Auslegung der ICD-10-Kriterien in diesen Kapiteln und führt insofern in der Auswertung der Diagnosegepflogenheiten zu einem Artefakt, der letztlich durch eine sachfremde, die Kostenübernahme ausschließende Interpretation der Kategorie F7x.1 durch die Kostenträger verursacht wird. Die Argumentation der Krankenkassen basiert auf der hohen Prävalenzrate von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung und dem Fehlschluss, dass Verhaltensstörungen nicht eine psychische Störung darstellen würden, sondern sozusagen notwendigerweise aus der geistigen Behinderung erwachsen würden. Die Behandlung von Verhaltensstörungen gehörten insofern nach Ansicht z.B. der AOK Bayern in den Zuständigkeitsbereich der Leistungsträger der Eingliederungshilfe nach SGB XII und nicht in die Verantwortung der Krankenkassen. Unberücksichtigt bleibt bei dieser Sichtweise jedoch, dass es sich hierbei um psychische Symptome im Rahmen eines sozialen Interaktionsprozesses handelt, deren Ursachen zum einen nicht allein als die Auswirkungen maladaptiven sozialen Verhaltens auf Grund kognitiver Defizite des behinderten Menschen interpretiert werden dürfen. Zum anderen liegen der Exazerbation von Verhaltensstörungen komplexe, oft auch akute sozio-psychische Prozesse zugrunde, die einer psychiatrischen Diagnostik und Behandlung bedürfen und somit den Leistungskriterien für Krankenbehandlung im Sinne von § 27 SGB V entsprechen.

Aus der Abb. 2 lässt sich darüber hinaus ablesen, dass Spezialbereich 1 weniger die Diagnose Verhaltensstörungen (bei Spezialbereich 1 unter F43 kodiert), aber in den Hauptdiagnosegruppen F2 (schizophrener Formenkreis) und F3 (affektive Störungen) mehr Diagnosen aufweist. Ob es sich hierbei um den Effekt des sog. Overreportings handelt (Verhaltensauffälligkeiten/-besonderheiten werden fälschlicherweise als Symptome einer psychischen Störung gewertet) oder ob es sich bei den Spezialbereichen 2 und 3 um den Effekt des sog. Underreportings (reduzierte diagnostische Wahrnehmung psychopathologisch relevanter Symptome) handelt, ist beim jetzigen Stand der Erhebungen noch nicht zu sagen.

Ein weiteres Ergebnis der Abb.2 ist die unter dem statistischen Erwartungswert liegende Häufigkeit der Diagnose einer affektiven Störung. Dieses Phänomen wurde bereits von W. MEINS (1994) beschrieben.

Psychiatrische Diagnosen (beispielhaft an drei verschiedenen Kliniken)

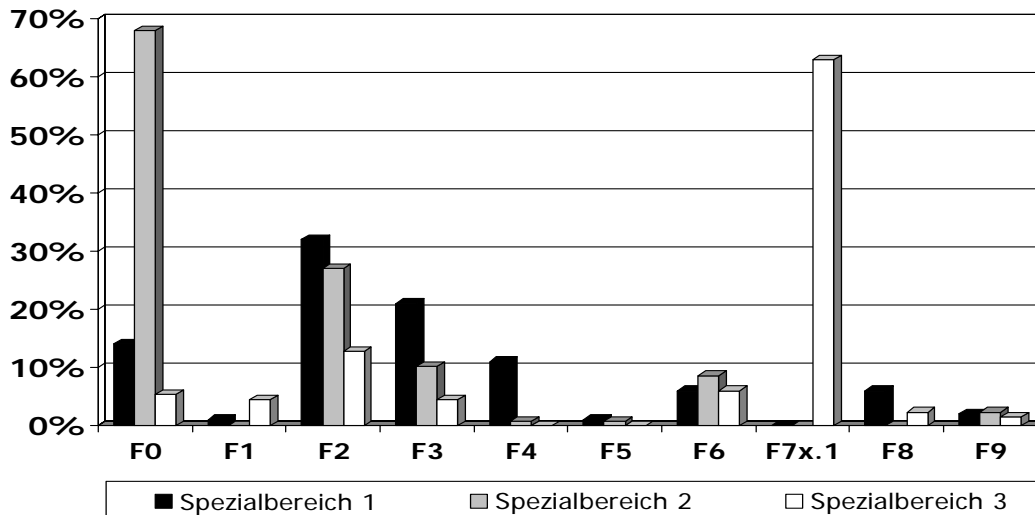


Abb. 2: Verteilung psychiatrischer Diagnosen in drei ausgewählten stationären Spezialbereichen für Menschen mit geistiger Behinderung

Bei der vorliegenden Erhebung könnte dies auf zwei Ursachen hinweisen:

- 1) „Stille“ Symptome wie sozialer Rückzug, Gedrücktheit oder Anhedonie werden von Betreuern und Eltern von Menschen mit Intelligenzminderung nicht als schwieriges Verhalten gesehen und werden somit keiner psychiatrischen Behandlung zugeführt.
- 2) Depressionen werden auf Grund der variantenreichen Symptomatik bei geistig behinderten Menschen im stationären Behandlungsrahmen noch unzureichend erkannt und entsprechend auch nicht adäquat behandelt.

Die Verordnung von *Psychopharmaka* kann bisher auf Grund inkonsistenter Daten ebenfalls nur exemplarisch an drei Spezialabteilungen erläutert werden (Abb. 3). In diesem Vergleich fällt bei Spezialbereich 3 vor allem eine sehr deutliche Häufigkeitsspitze bei niederpotenten Neuroleptika auf. Betrachtet man die anderen Psychopharmaka für diese Klinik, so werden diese anscheinend in nur sehr geringem Maße verordnet. Bei den anderen beiden Beispielen besteht wiederum eine deutliche Betonung in der Anwendung von modernen atypischen Neuroleptika. Betrachtet man zusätzlich die Prozentwerte der Verordnungshäufigkeit, so übersteigen die 70% des Spezialbereichs 2 und die 48% des Spezialbereichs 1 in dieser Kategorie die Diagnosehäufigkeit für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 in Spezialbereich 1 = 31%; Spezialbereich 2 = 27%) für die ja die atypischen Neuroleptika vorwiegend indiziert sind. Die Behandlung akuter Manien kann in beiden Fällen den quantitativen Unterschied nicht allein erklären. So ist zu vermuten, dass nach wie vor Verhaltensstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung vorwiegend mit Neuroleptika behandelt

werden. Dies muss insofern zu denken geben, da es hoch evidente Daten gibt, die die psychopharmakologische Behandlung von Verhaltensstörungen als Therapieform mit der geringsten Wirksamkeit erkennen lassen (BRYLEWSKI & DUGGAN 2004).

Psychopharmaka an drei Beispielen

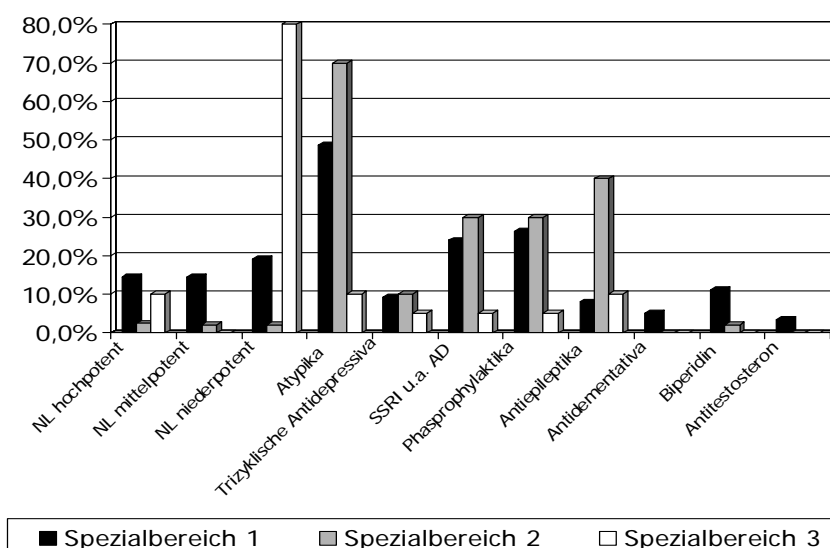


Abb. 3: Verteilung der Psychopharmaka in drei ausgewählten stationären Spezialbereichen für Menschen mit geistiger Behinderung

Der Vorteil im Vergleich zu früheren Behandlungsgepflogenheiten (Verwendung vor allem von klassischen Neuroleptika) besteht jedoch bei der Anwendung von atypischen Neuroleptika in ihrem bedeutend günstigerem Nebenwirkungsspektrum. Durch die damit erzielte geringere Inzidenz von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird die Kognition nicht noch zusätzlich beeinträchtigt, wodurch die erwünschte Entwicklung von Bewältigungsstrategien nicht negativ beeinflusst wird.

Die in der Abbildung 3 fehlenden *Benzodiazepine* wurden in dem Fragebogen eigens untersucht (Abb. 4). Es ergab sich, dass Benzodiazepine in 8 Spezialbereichen bei 1% bis 10% der Patienten dauerhaft verordnet werden. In einer Klinik wurden sogar 40% der stationären, geistig behinderten Patienten langfristig auf Benzodiazepine eingestellt.

Alle anderen Abteilungen versuchen eine Dauermedikation mit den Substanzen dieser Stoffgruppe aus Gründen der Abhängigkeitsentwicklung und wegen der kognitiven Beeinträchtigungen (vor allem bei starker Sedierung) zu vermeiden.

Andererseits wird jedoch die Häufigkeit des Auftretens von Entzugssymptomen bei Reduktion und Absetzen von Benzodiazepinen bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr niedrig eingestuft. (siehe Abb. 4):

Benzo-Entzugssyndrom

18 Spezialbereiche (1 x keine Angabe)

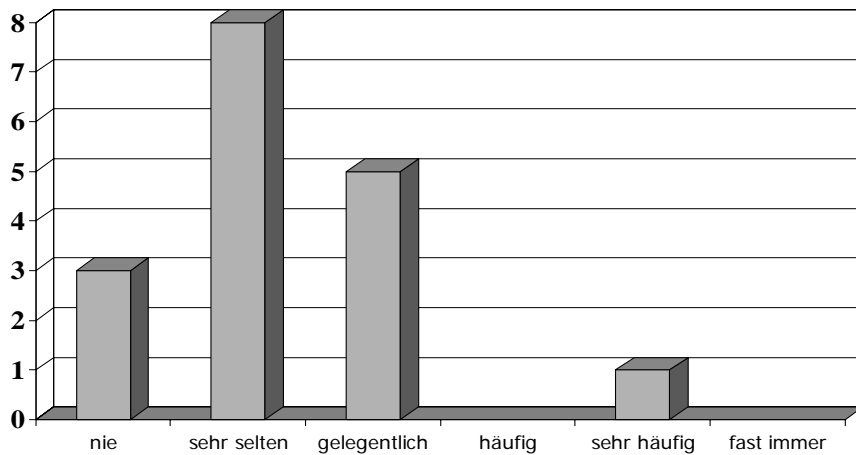


Abb. 4: Angaben der Spezialbereiche über Benzodiazepin-Entzugssyndrome

Nichtpharmakologische Therapien werden in allen Spezialbereichen angeboten. Hierbei ist eine deutliche Tendenz zu beobachten, dass speziell an die Besonderheiten von Menschen mit Intelligenzminderung adaptierte psychotherapeutische Verfahren angewandt werden. Zu nennen sind hier neben Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie vor allem kognitive Verfahren wie die IPT (Integrierte Psychologische Therapie) für lernbehinderte und leicht geistig behinderte Menschen mit schizophrenen Psychosen und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für Lernbehinderte mit Borderline-Störungen. Insgesamt entwickeln sich in den Spezialbereichen zunehmend störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren und kommen entsprechend differenziert zum Einsatz.

Von den Therapieverfahren, die nicht von den Krankenkassen anerkannt sind, wird vor allem die Reittherapie in den Spezialbereichen häufig angewandt (5 von 18 Bereichen bieten Reittherapie an).

Ein Manko besteht bei allen Spezialbereichen hinsichtlich störungsspezifischer Therapien für Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung. Dies hängt auch damit zusammen, dass Menschen mit schwerer geistiger Behinderung eher selten stationär in den psychiatrischen Spezialbereichen behandelt werden und insofern der Bedarf geringer ist. Eine Gefahr liegt dann jedoch wieder darin, dass bei psychisch auffälligen Menschen mit höherem Behinderungsgrad wohl vorrangig Psychopharmaka zum Einsatz kommen und die Möglichkeiten der nicht-pharmakologischen Therapien vernachlässigt werden.

Ein erfreuliches Ergebnis erbrachte die Selbsteinschätzung der Leiter der Spezialbereiche bezüglich des baulichen Zustands der *Räumlichkeiten* ihrer Spezialbereiche. Während in der Vergangenheit die „Oligophrenie-Stationen“ der psychiatrischen Langzeitbereiche der Kliniken sich in sehr schlechtem baulichen

Zustand zeigten, hat sich dies, mit wenigen Ausnahmen, bei den Spezialbereichen zum Glück deutlich gebessert. (Abb. 5):

Räumlichkeiten

Selbstbeurteilung des baulichen Zustands (Noten 1-6)

Stand 2002

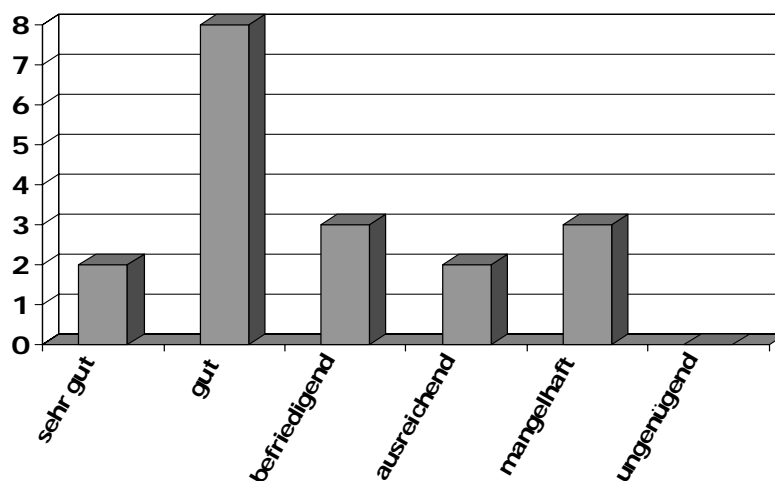


Abb. 5: Beurteilung der räumlichen Gegebenheiten in den Spezialbereichen

Als Letztes sei noch die *ambulante Arbeit* der Spezialstationen erläutert.

Neun Bereiche haben in der Erhebung angegeben, über ein spezialisiertes ambulantes Behandlungsangebot zu verfügen. Vor allem in Bayern sind solche Ambulanzen im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in vier von fünf Kliniken mit Spezialabteilung zu finden. Besonders ausgebaut ist dieses Versorgungsangebot in den Bezirkskrankenhäusern Haar (2002: 440 Krankenscheine pro Quartal) und Kaufbeuren (2002: 375 Krankenscheine pro Quartal). In beiden Spezialambulanzen wird vor allem aufsuchend in einer Gehstruktur gearbeitet. Mit Ausnahme der differenzierten Spezialambulanz des Krankenhauses Evangelische Stiftung Alsterdorf und der Ambulanz der Spezialabteilung am Psychiatrium Heiligenhafen (beide jeweils ca. 200 Patienten pro Quartal) spielt bei den übrigen Spezialabteilungen die ambulante Behandlung leider noch eine untergeordnete Rolle. Die Bemühungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen von Menschen mit Intelligenzminderung müssen insofern in den nächsten Jahren bundesweit auf den Aufbau von Spezialambulanzen fokussiert werden.

Resümee

Bereits in den Jahren 2003 bis 2005 hat sich nach der Evaluation auf dem Sektor der spezialisierten psychiatrischen Angebote für „Menschen mit geistiger Behinderung“ viel getan. So sind nicht nur weitere Spezialabteilungen an

psychiatrischen Fachkrankenhäusern neu entstanden (inzwischen sind es 29), sondern die ambulante Versorgung wurde fast überall erweitert bzw. neu aufgebaut. Außerdem wurde das Thema der speziell qualifizierten ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung dieser Patientengruppe auch in immer stärkerem Maße durch psychiatrische Fachabteilung an Allgemeinkrankenhäusern zur Kenntnis genommen. Erstmals kommt es jetzt zu einer übergreifenden Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Fachabteilungen und Spezialbereichen an Fachkrankenhäusern. So nehmen in der AG der Bundesdirektorenkonferenz inzwischen auch Vertreter der Abteilungspsychiatrie regelmäßig teil. Um die psychiatrische Versorgung in ihren Regionen auch hinsichtlich der geistig behinderten Menschen qualifiziert gewährleisten zu können, wird in den Fachabteilungen versucht, Psychiater speziell für diese besondere Patientengruppe fortzubilden.

Dem Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in der DGPPN und der AG Geistige Behinderung der Bundesdirektorenkonferenz gemeinsam ist es gelungen, das Thema der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in die *Muster-Weiterbildungsordnung* für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu integrieren. Unter diesem Gesichtspunkt kommt den Spezialbereichen in der Zukunft eine wichtige Rolle in der Fortbildung des psychiatrischen Facharznachwuchses zu. Da es aus verschiedenen fachlichen, versorgungsstrukturellen und letztlich auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich und sinnvoll ist, flächendeckend Spezialabteilungen in Deutschland aufzubauen, ist es erforderlich über diesen Weg die Qualität der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung insgesamt zu verbessern. Die Spezialbereiche für Menschen mit geistiger Behinderung müssen insofern als fachliche Multiplikatoren auf Länderebene fungieren. Auch deshalb ist zu fordern, dass jedes Bundesland zumindest über ein spezialisiertes psychiatrisches Kompetenzzentrum (ambulant oder ambulant/stationär) für diese besondere Patientengruppe verfügt.

Literaturverzeichnis

- BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (2004): Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with learning disability; The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3, CD000377 Review
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200
- MEINS, W. (1994): Psychiatrische Probleme bei geistig behinderten Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. Habilitationsschrift. Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
- SCHANZE, C. (2005): Vernetzung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung, in: HÄSSLER, F., FEGERT, J. M. (Hrsg.): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit; Schattauer, Stuttgart 2005, S. 167-192
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996) ICD-10 Guide for Mental Retardation; Geneva
- XENITIDIS, K., GRATSA A., BOURAS, N., HAMMOND, R., DITCHFIELD, H., HOLT, G., MARTIN, J. & BROOKS, D (2004): Psychiatric inpatient care for adults with intellectual disabilities: generic or specialist units? *Journal of Intellectual Disability Research* 48 (1), 11-18

Erwartungen an die stationär-psychiatrische Versorgung aus Sicht der „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Viersen e.V.“

Marianne Philipzig

Als Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Viersen e.V., als Verein von Angehörigen und Betroffenen und zugleich als Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe, werden wir im ambulanten Bereich unserer "Offenen Hilfen" und im stationären Bereich unserer Wohnstätten mit den Problemen konfrontiert, die daraus erwachsen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung psychisch erkranken. In unserem Verein sind derzeit 574 durch einen behinderten Angehörigen betroffene Familien Mitglied. Sie wenden sich im Bedarfsfall bei der Suche nach Beratung, nach einem geeigneten Therapeuten oder nach einem kompetenten Psychiater oder Neurologen an uns. Auch anerkannte Beratungsstellen anderer Träger verweisen Hilfesuchende an uns. Im Bereich der stationären Wohnangebote der Lebenshilfe Viersen zeigen sich derzeit folgende Verhältnisse. Unser Wohnverbund hat insgesamt 239 Plätzen in differenzierten Wohnformen. In 6 von unseren 17 Wohngruppen, leben derzeit insgesamt 63 Menschen, bei denen neben ihrer geistigen Behinderung eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Wir müssen gemeinsam mit den Familien erleben, wie unzureichend das psychiatrische und psychotherapeutische Angebot in unserer Region ist. Sofern es sich bei dem Betroffenen um ein Kind handelt, können wir die Familie bei der Kontaktaufnahme mit der Jugendpsychiatrie Süchteln des Landschaftsverbandes Rheinland unterstützen, die ein qualifiziertes Angebot bereit hält. Handelt es sich aber um einen Betroffenen im Erwachsenenalter, so sieht die Chance für ihn, qualifizierte Hilfe zu erhalten, schon sehr viel schlechter aus.

Ich möchte hier nicht ausführlicher beschreiben, wie schlecht das Angebot in den Regionen Mönchengladbach, Viersen und Krefeld ist, das habe ich an anderer Stelle bereits getan. Ich kann mich hier und heute darauf beschränken, die Erwartungen der Angehörigen und der Betroffenen an ein stationäres Angebot zu schildern.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine Hilfe, die erreichbar ist: Erreichbar meint, im Sinne einer zu bewältigenden Wegstrecke. Wir müssen davon ausgehen, dass die Angehörigen der erwachsenen Betroffenen, sofern es die Eltern sind, bereits älter und oft nicht mehr in der Lage sind, weite Fahrten zu unternehmen. Derzeit fahren wir bis nach Münster in die Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Das bedeutet mehr als zwei Stunden Fahrzeit für eine Strecke und damit von vornherein das Aus für eine intensive Begleitung des stationären Aufenthalts und einer begleiteten ambulanten Nachsorge. Eine solche Wegstrecke ist eindeutig zu weit. Für uns Viersener wäre natürlich ein stationäres Angebot in Viersen-Süchteln ideal.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine Hilfe, die vorbeugend hilft: Vorbeugend ist gemeint im Sinne einer Beratung und eventuellen Therapie, bevor alle Beteiligten in einer tiefen Krise stecken, wo keiner mehr einen Ausweg finden kann. Aus unserer Sicht gehört zu einem stationären Angebot auch eine Institutsambulanz.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine Hilfe, die kompetent ist: Das heißt, wir erwarten, dass wir in der Klinik Ärzte vorfinden, die zur medizinischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung qualifiziert sind. Ich möchte an dieser Stelle auf den Kongress „Medizin für Menschen mit Behinderung – eine behinderte Medizin?!“ vom 8. bis 10. Februar 2001 hier in Kassel verweisen. Ca. 350 Teilnehmer tauschten sich bei diesem Kongress über zwei Tage lang darüber aus, welchen besonderen medizinischen Bedarf Menschen mit einer geistigen Behinderung haben. Die Tagungsbeiträge wurden in einem Buch zusammengefasst (BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG 2002).

Ich möchte an dieser Stelle aus dem Beitrag von Herrn Dr. med. Horst Isermann, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, zitieren: „Wenn Menschen mit Behinderung krank werden, beobachten wir häufig, dass die Krankheit sich im Erscheinungsbild und Verlauf anders als bei nicht behinderten Menschen zeigt, in abgewandelter Form. Die Krankheit kann dabei zunächst verborgen bleiben, unzutreffend diagnostiziert und im Verlauf falsch eingeschätzt werden.“ (ISERMANN 2002, 15)

Das bedeutet für die angemessene medizinische Versorgung, dass sich Neurologen und Psychiater mit den Erscheinungsbildern der Erkrankungen qualifiziert auseinandersetzen, sich entsprechend fortbilden und über den kollegialen Austausch von den Erfahrungen anderer Ärzte lernen.

Spezialisierte Stationen oder Klinikbereiche mit einer entsprechenden Ausrichtung sollten auch dazu dienen, Medizinstudenten Wissen über Menschen mit geistiger Behinderung zu vermitteln.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine Hilfe, die umfassend ist. Wir erwarten, dass die stationäre Versorgung sich nicht darin erschöpft, Medikamente als Disziplinierungsmittel einzusetzen, um die Eltern oder Betreuer in den Wohnstätten durch eine stationäre Behandlung zu entlasten. Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten, dass die *Fachärzte gemeinsam mit Psychologen und Pädagogen* eine individuelle Therapie für den psychisch erkrankten Menschen erarbeiten. Diese Therapie kann in Abhängigkeit vom individuellen Problem, von der diagnostischen Einschätzung, sowohl vorwiegend medikamentös als auch hauptsächlich auf den heilpädagogischen Zugang ausgerichtet sein.

Auch bei dieser Erwartung sind wir in guter Gesellschaft mit Fachleuten. Ich zitiere Herrn Dr. Isermann weiter: „Die ärztliche Tätigkeit für Menschen mit Behinderungen setzt besondere Fachkenntnisse und Spezialisierungen sowie eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachärzten und Kliniken und darüber hinaus mit anderen Berufsgruppen voraus.“ (ISERMANN 2002, 17)

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung sind therapierbar, man muss die speziellen Therapieformen allerdings kennen und erlernen. Das erfordert natürlich

die entsprechende Bereitschaft und das Interesse an diesem besonderen Klientel. Möglichkeiten der Fortbildung sind vielfach vorhanden. Erst am 5. März diesen Jahres hat sich zum Beispiel unser heutiger Gastgeber, die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. im Rahmen einer Arbeitstagung mit dem Thema Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung auseinander gesetzt. Die Titel der einzelnen Beiträge waren:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung
- Musiktherapeutische Interventionen in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung
- Verhaltenstherapie unter systemischem Aspekt bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Zu der Erwartung an eine umfassende Hilfe gehört auch die Forderung nach einer angemessenen Pflege und Betreuung im Krankenhaus. Die Formulierung dieser Erwartung wurde mir von einer Mutter noch einmal als ganz dringend ans Herz gelegt. Das Pflegepersonal muss darin geschult sein zu erkennen, was der Betroffene selbst kann und wo er Hilfe benötigt. Das Pflegepersonal muss sich entsprechend informieren. Auch geistig behinderte Menschen erleben den Klinikaufenthalt als tiefen Einschnitt in ihr Leben. Sie bedürfen deshalb dabei einer zugewandten, verständnisvollen Begleitung und Versorgung.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine barrierefreie Hilfe. Eine Station oder ein Bereich in einer Klinik muss sich eindeutig als zuständig für Menschen mit geistiger Behinderung erklären. Es muss möglich sein, die notwendige Hilfe als Leistung der Krankenkasse zu erhalten. Darüber hinaus benötigen wir eine qualifizierte Anlaufstelle die verpflichtet ist, den Betroffenen bei einer eventuell notwendigen Antragstellung an den zuständigen Kostenträger zu unterstützen. Es muss möglich sein, dass auch der betroffene Mensch mit geistiger Behinderung diese Hilfe kennt und einfordern kann.

Wir Angehörigen und Betroffenen erwarten eine nachsorgende Hilfe, eine Begleitung für die Zeit nach der Krise, nach einer stationären Behandlung. Wir brauchen eine Begleitung die helfen soll, eine erneute Krise zu verhindern, eine ambulante Unterstützung, die nötigenfalls in das System eingreift, welches mit dazu beigetragen hat, dass der Betroffene psychisch erkrankt ist oder in eine Krise geriet. Unsere Erwartungen an eine stationäre Versorgung für Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Erkrankungen beschreiben wir Vertreter der Behindertenhilfe bereits seit vielen Jahren. Wir haben mit Briefen und verschiedenen Eingaben an den Landschaftsverband Rheinland als Träger von psychiatrischen Krankenhäusern unser Anliegen deutlich gemacht. Wir trafen uns in den verschiedensten Konstellationen mit Vertretern der Politik und der Verwaltung und diskutierten den Bedarf. Bereits im August 1993 formulierten Vertreter der Behindertenhilfe in der Region Mönchengladbach und Viersen ihre Erwartungen an den Landschaftsverband Rheinland und stellten folgenden Antrag:

- *Stationäre Behandlungsplätze (8 – 10 Betten): zur Krisenintervention, kurz-, mittel- und längerfristigen Behandlung*
- *Teilstationäre Behandlungsplätze: Tagesklinik (6 – 8) Plätze, Nachtambulanz (4 – 6) Plätze zur kurz-, mittel- und längerfristigen Behandlung*
- *Ambulanz: Diagnostik und Beratung, Behandlung, Vorschaltambulanzen zur stationären Aufnahme, Konsiliarangebot*
- *Schaffung eines differenzierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebots, das den Standards einer qualifizierten Psychiatrie für geistig behinderte Menschen entspricht.*

In diesem Antrag sind sehr viele möglichen Bedarfslagen berücksichtigt. Insofern finde ich es angemessen, noch einmal auf diesen Antrag zu verweisen. Um deutlich zu machen, dass es sich hier nicht nur um ein Problem der Region Mönchengladbach–Viersen handelt, möchte ich auf ein Papier des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. Fachbereich Behindertenhilfe vom April 2002 (DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND 2002) verweisen. Auch in diesem Dokument wurde der Bedarf an einem differenzierten Angebot aufgezeigt:

„Das Angebot sollte differenziert sein in

- *Ambulanz (Behandlung, Diagnostik und Beratung, Konsiliarangebot)*
- *Teilstationäre Behandlungsplätze (Tagesklinik für die kurz-, mittel- und langfristige Behandlung)*
- *Stationäre Behandlungsplätze (Krisenintervention, kurz-, mittel- und langfristige Behandlung).*

Für alle Angebotsformen muss eine adäquate Nachbetreuung sichergestellt werden, um den Behandlungserfolg nachhaltig zu sichern. Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass psychiatrische Behandlungsbedarfe nicht nur in Wohnstätten vorhanden sind, sondern in hohem Maße auch bei Menschen mit einer geistigen und/ mehrfachen Behinderung und einer psychischen Erkrankung, die in ihren Herkunftsfamilien bzw. in eigenständigen Wohnformen wohnen.“

Mit diesem Hinweis auf die eigenständigen Wohnformen sind wir bei dem zukunftssträchtigen Thema des ambulant betreuten Wohnens. Wir können davon ausgehen, dass in diesem Rahmen auch Menschen leben werden, die zeitweilig oder langfristig psychiatrischen und psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf haben. Wenn nicht bald die Weichen zu einer qualifizierten und niedrigschwelligen Versorgung gestellt werden, befürchte ich, dass für viele Menschen der Versuch, in einer eigenständigen Wohnform zu leben, scheitern wird.

Wir, die Träger der Behindertenhilfe, können mit eigenen Mitteln einiges für die Qualität der Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Erkrankung in den Wohnstätten tun. Wir haben entsprechende Konzepte erarbeitet und durch entsprechende Fortbildungen eine weitgehende Kompetenz erlangt. Den Part der Milieugestaltung und der Lebensbegleitung können und wollen wir übernehmen. Wir sind aber fachlich nicht in der Lage, einen akut psychisch erkrankten Menschen psychiatrisch oder psychotherapeutisch zu behandeln. Wir können diese Aufgabe weder für die Menschen in unseren Einrichtungen der Eingliederungshilfe übernehmen, noch für die Menschen, die noch in den Familien leben oder selbständig mit ambulanter

Betreuung wohnen. Wir haben diese Problematik nun schon so oft aufgezeigt, mit Statistiken belegt und mit Beispielen erläutert. Jetzt ist es an der Zeit, dass unsere Erwartungen endlich erfüllt werden, und dass nach diesen langen Jahren der Diskussion endlich Taten folgen.

Literatur

- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG (Hrsg.) (2002): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND, LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN (2002): Hilfen für Menschen mit Doppeldiagnose. Forderungen zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung
- ISERMANN, H.: Einführung aus medizinischer Sicht. In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG (Hrsg.) (2002): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S. 15-18

Konzeptionelle Vorstellungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Michael van Brederode

Meine Damen und Herren,

wenn ich heute hier zur Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen referiere, dann nicht in der Rolle eines praxiserfahrenen Experten für diese Problemstellung. Was ich Ihnen heute vorstellen kann, ist vielmehr das Ergebnis meiner Tätigkeit als Leiter des Planungsamtes im Gesundheitsdezernat des Landschaftsverband Rheinland (LVR), also der Blick aus einer der konkreten Praxis etwas entrückten Warte des Planers.

Das Problem der Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen ist lediglich eines von einer Vielzahl von Einzelthemen, an denen wir in den letzten Jahren gearbeitet haben. Wenn es sich dennoch von anderen Planungsthemen abhebt, dann deshalb, weil es zweifellos eines der zähesten und widerständigsten Probleme der letzten Jahre war. Ich habe mich in Vorbereitung auf mein Referat noch einmal gefragt, warum es uns so schwer gefallen ist mit Blick auf die Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen zügig zu planerischen Lösungen zu kommen. Ich glaube es liegt daran, dass ich nur in wenigen Themenbereichen bisher mit so kontroversen Ansichten der beteiligten Fachleute in Berührung gekommen bin, mit divergierenden Meinungen die zugleich mit einem sehr hohen fachlichen Engagement vorgetragen wurden.

Planung wie wir sie verstehen, ist in hohem Maße Übersetzungsarbeit. Es geht - etwas verkürzt - darum, fachliche Anliegen und planungsrelevante Fakten in einen konkreten Handlungskatalog zu übersetzen. Und genau da lag das Problem begründet: Dass es mit Blick auf die Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen lange nicht gelungen ist, die fachlichen Meinungen und Anliegen unter den Beteiligten zu konsentieren. Die Kontroversen bezogen sich auf eine Vielzahl von Einzelfragen:

Dies fängt mit der Frage an, worüber man überhaupt redet: Über geistig behinderte Menschen mit Verhaltensstörungen oder mit psychischen Störungen. Daraus resultiert dann die Frage, ob es sich bei dem Problem um eines handelt, das primär heilpädagogische oder psychiatrische Kompetenz erfordert.

Es folgt die Frage, was der richtige Ort für die Bearbeitung der Problemstellungen ist: die Einrichtung der Behindertenhilfe, die allgemeinspsychiatrische Regelstation oder eine - wie auch immer geartete - Spezialeinrichtung.

Bevor ich Ihnen nun die Rahmenkonzeption vorstelle, zu der wir in diesem Jahr unter den Beteiligten und in der politischen Vertretung des LVR einen Konsens herstellen konnten, möchte ich zunächst eine kurze Beschreibung des Problems voranstellen. Dazu ist es wohl hilfreich, wenn Sie grob über unseren Handlungsrahmen informiert sind. Der Landschaftsverband Rheinland ist Träger von neun Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ca. 5.600 Betten. Diese

Dafür gab es hier und da sicher auch objektive Gründe. Vieles erinnert an die Dynamik schwieriger Ablösungsprozesse - etwa bei der Ablösung von Kindern aus einem überfürsorglichen Elternhaus. Hier hat der Streit oft eine psychosoziale Funktion: Autonomie zu ermöglichen, den eigenen Standpunkt zu finden, indem man sich konflikthaft abgrenzt und dadurch notwendige Distanz schafft.

Ich erwähne das, weil ich glaube, dass das ein wichtiger Bestandteil des Problems ist, mit dem wir uns lange herumgeschlagen haben: Obwohl aus fachlicher Sicht für Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen eine integrierte Lösung nahe liegt, die die fachliche Kompetenz der Rheinischen Heilpädagogischen Heime und die der Rheinischen Kliniken zusammenführt, und obwohl die Bedingungen hierfür scheinbar denkbar günstig waren, war eine solche Lösung aus ganz anderen Gründen lange Zeit scheinbar nicht möglich:

Für viele Mitarbeiter der Rheinischen Heilpädagogischen Heime - insbesondere auf der Leitungsebene - schien jede (Wieder-)Annäherung an die Psychiatrie gleichbedeutend mit der Infragestellung einer wichtigen historischen Leistung, der Herauslösung der Versorgung geistig Behinderter aus der alten kustodialen Psychiatrie. Dahinter verbirgt sich auch eine Auseinandersetzung mit der überkommenen Kultur der Anstaltspsychiatrie, die anfangs die Rheinischen Heilpädagogischen Heime natürlich stark geprägt hatte, denn die Mitarbeiter der ersten Generation stammten ja überwiegend aus der Psychiatrie.

Soweit zum soziologischen Hintergrund. Nun einige Daten und Fakten zur Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen in den Rheinischen Kliniken:

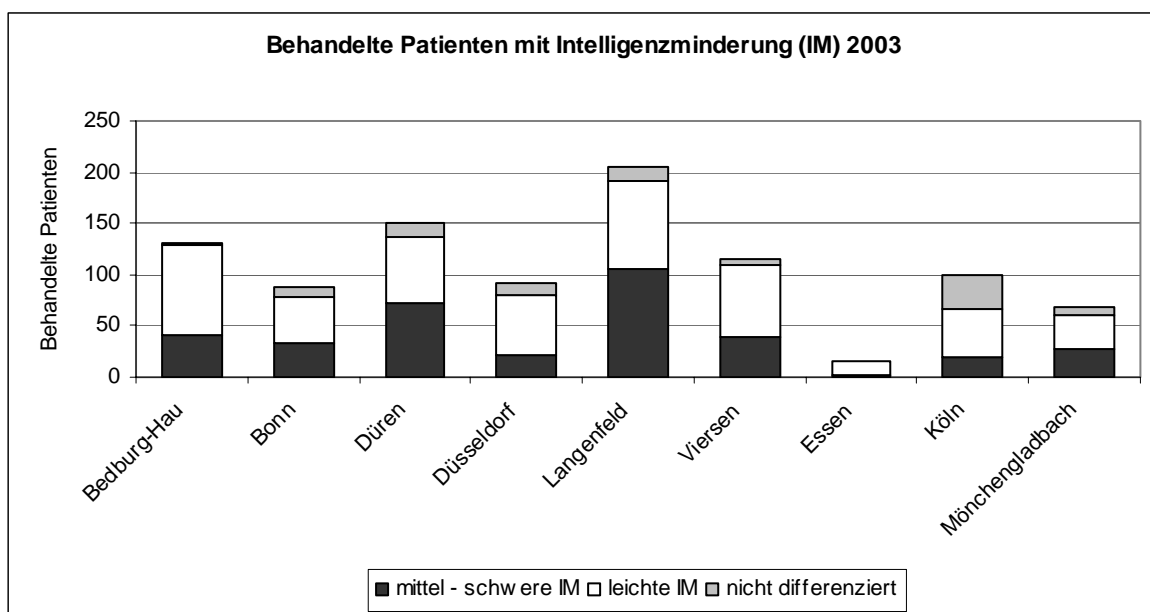


Abb. 2: Verteilung der stationär-psychiatrisch behandelten Patienten nach Grad der Intelligenzminderung

Im Jahr 2003 wurden in den Rheinischen Kliniken insgesamt 965 Patienten behandelt, die neben einer psychischen Störung eine Intelligenzminderung aufwiesen. Im Vergleich zum Jahr 2000 - da waren es noch 1.019 Patienten, also

rund 50 mehr - zeigt sich im Gesamtbild der Rheinischen Kliniken eine leicht rückläufige Tendenz um etwa - 5%. Diese Zahlen umfassen zunächst undifferenziert die Gesamtgruppe aller Patienten, bei denen eine leichte bis schwere Intelligenzminderung diagnostiziert wurde: Die Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Patienten nach dem Grad ihrer Intelligenzminderung.

Etwas mehr als die Hälfte der behandelten Patienten (52,6 %) wies lediglich eine leichte Intelligenzminderung auf. Weitere 27,4 % der Patienten hatten eine mittelgradige Intelligenzminderung, 10,2 % eine schwere und schwerste Intelligenzminderung (in der Abbildung sind mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderung zusammengefasst). 9,8 % der Patienten wurden hinsichtlich des Grades ihrer Intelligenzminderung nicht weiter spezifiziert.

Welche psychischen Störungen waren Behandlungsanlass? Die nächste Grafik zeigt zum einen die Hauptdiagnosen, zum anderen noch einmal den Grad der Behinderung.

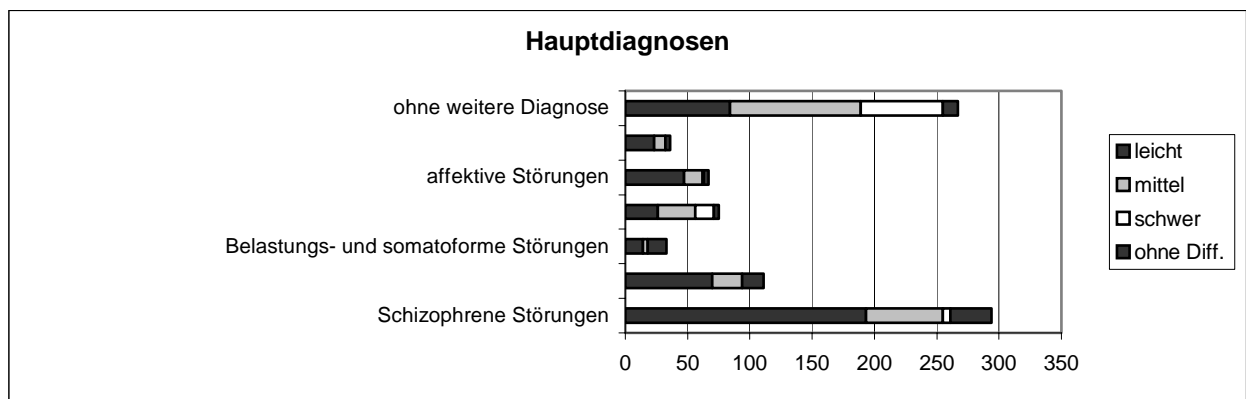


Abb. 3: Verteilung der Diagnosengruppen unter den Schwergraden der Intelligenzminderung

Bei etwas mehr als einem Viertel (27,6 %) der Patienten wurde keine weitere psychiatrische Diagnose dokumentiert. Das verwundert ein wenig, weil eine geistige Behinderung für sich genommen in der Regel kein Behandlungsanlass in der Psychiatrie sein kann. Ich vermute, dass hier spezifische Probleme wie etwa Verhaltensstörungen als Behandlungsanlässe wirksam wurden. In dem Umstand, dass bei mehr als einem Viertel aller geistig behinderten Patienten keine weitere Differenzialdiagnostik vorgenommen wurde, deutet sich ein Problem an, auf das ich später noch einmal zurück komme.

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen sind Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. Das sind 30,5 % aller Behandlungsfälle bei intelligenzgeminderten Patienten. Hier wird ein hoher Anteil an Patienten mit leichten Intelligenzminderungen erkennbar. An zweiter Stelle stehen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (11,5 %). Hier zeigt sich ebenfalls hoher Anteil leicht Intelligenzgeminderter. Es folgen hinsichtlich der Häufigkeit die Belastungs- und somatoformen Störungen (8,9 %), die organischen psychischen Störungen (7,8 %) und die affektiven Störungen (6,9 %).

Dieses diagnostische Spektrum ist nicht ohne weiteres in Deckung zu bringen mit dem, was in der Literatur über Behandlungsanlässe bei geistig behinderten

Menschen berichtet wird. Relativ untypisch ist vor allem der hohe Anteil an suchtassoziierten Störungen. Die Abweichungen sind insbesondere in der Gruppe der leicht geistig Behinderten aufgehoben. Ich vermute hier zum Teil diagnostische Unschärfen.

Man muss sich fragen, inwieweit die etwas unscharfe Gruppe der leicht intelligenzgeminderten Menschen in dem hier betrachteten Zusammenhang überhaupt relevant ist. Man wird Menschen mit leichteren Intelligenzminderungen in dem heute diskutierten Zusammenhang sicherlich nicht vollkommen ausklammern können, aber hier hätte ich mir eine etwas differenziertere Betrachtungsmöglichkeit gewünscht. Insgesamt muss man beklagen, dass wir über die Störungsbilder bei geistig behinderten Patienten der Rheinischen Kliniken zu wenig wissen. Insbesondere bezüglich der häufig diskutierten schweren Störungen im Verhaltensbereich erfahren wir über die psychiatrische Diagnostik zu wenig.

Woher kommen die Patienten? Ebenso wie in der Versorgung nicht intelligenzgeminderter Patienten erfolgen die Aufnahmen geistig behinderter Menschen überwiegend aus dem unmittelbaren Versorgungsgebiet der Kliniken. Die Rheinischen Kliniken erfüllen mit Blick auf die Personengruppe der geistig behinderten Menschen also in nur relativ geringem Umfang überregionale Versorgungsfunktionen. Die Abbildung 4 zeigt die Verhältnisse. Die hervorgehobenen Säulenabschnitte symbolisieren jeweils den Anteil der Aufnahmen aus dem unmittelbaren Versorgungsgebiet. Sie sehen, dass sind durchweg mindestens 80%.

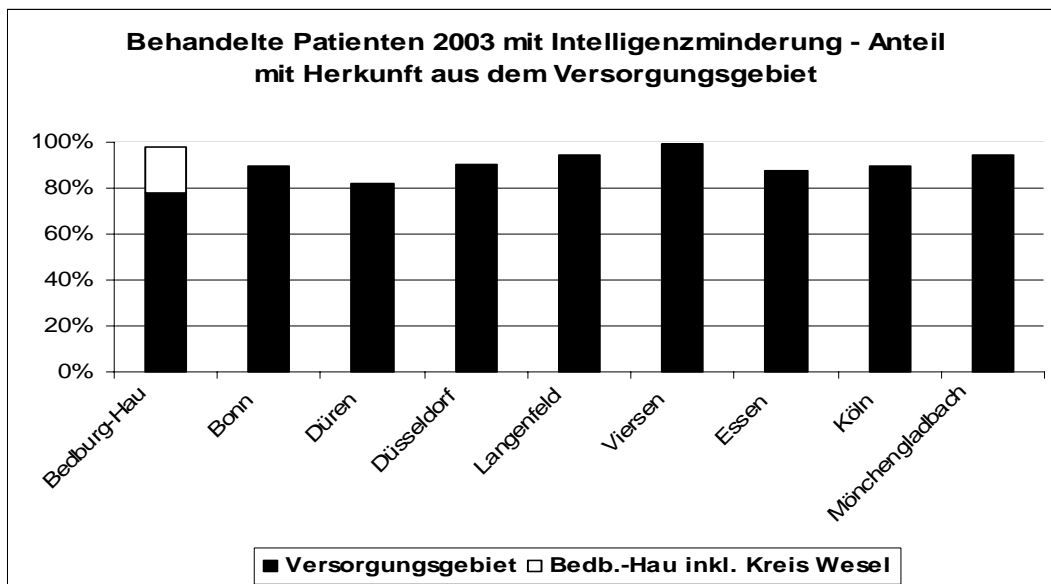


Abb. 4: Herkunft der stationär-psychiatrisch behandelten Patienten mit Intelligenzminderung

Hier einige Angaben zur Wohnsituation der Patienten.

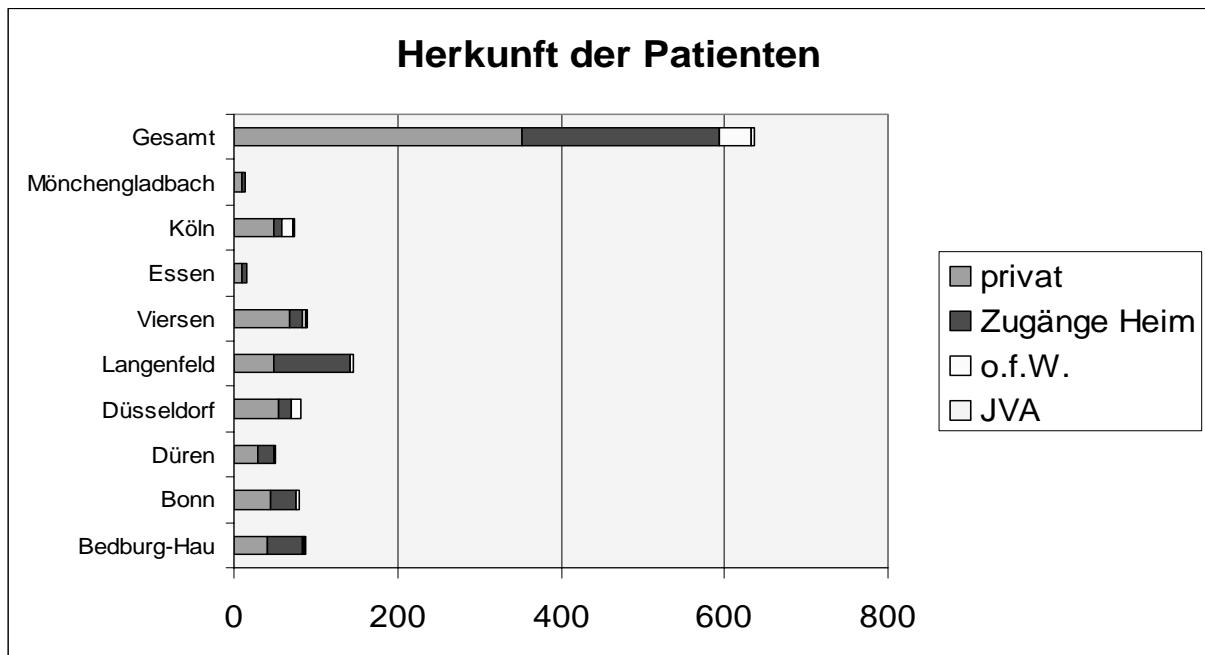


Abb. 5: Herkunft und Wohnsituation der Patienten mit Intelligenzminderung

54% - also etwas mehr als die Hälfte der Patienten - lebten bei Aufnahme in die Rheinischen Kliniken in Privathaushalten, etwas mehr als ein Drittel (37%) der Bewohner lebten vor Aufnahme in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Psychische und Verhaltensstörungen sind also vor allem auch ein Problem, das sich im familiären Kontext äußert.

Obwohl es vielleicht zu vermuten wäre, kommen die Patienten, die aus Heimen aufgenommen wurden, nicht zum größten Teil aus den benachbarten Heilpädagogischen Heimen. Die Nachbarschaft eines großen Heilpädagogischen Heimes begründet also nicht automatisch eine hohe Zahl an Zugängen aus diesen Einrichtungen. Überdies entwickelte sich die Zahl der Aufnahmen aus den HPH in den vergangenen Jahren stark rückläufig. Ich denke, hier drückt sich auch eine veränderte Form der Bearbeitung insbesondere von Verhaltensstörungen in den Heilpädagogischen Heimen aus.

Die in der Vergangenheit verbreitete Praxis, schwerer verhaltens- oder psychisch gestörte Menschen in die Psychiatrien zu überweisen, hat sich durch veränderte Handlungskonzepte in den HPH inzwischen weitestgehend überlebt. Einen wichtigen Ansatzpunkt bildet etwa die in den HPH inzwischen etablierte Konsultanten-Arbeit. Dieser in den Niederlanden entwickelte Ansatz zielt auf eine umfassende Problemanalyse und Maßnahmenentwicklung bei Verhaltensstörungen auf der Grundlage von kollegialer Beratung.

Die Behandlung von geistig behinderten Patienten erfolgt in den Rheinischen Kliniken in unterschiedlichen Settings: Auf die Behandlung geistig behinderter Menschen spezialisierte Stationseinheiten werden an zwei Standorten - in den Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau und Langenfeld - vorgehalten. In allen übrigen Rheinischen Kliniken wird die stationäre Behandlung geistig behinderter Patienten integriert in den allgemeinspsychiatrischen Regelstationen wahrgenommen.

Langjährige Kontroversen um die Notwendigkeit einer spezialisierten Stationseinheit haben in den Rheinischen Kliniken Viersen zur Entwicklung eines ergänzenden Behandlungskonzeptes geführt. Das stationäre Behandlungsangebot in den allgemeinspsychiatrischen Stationen der Regelversorgung wird hier durch ein - von den Rheinischen Kliniken und dem Heilpädagogischen Heim gemeinsam getragenes - ambulantes Team ergänzt, das aus einer Ärztin und einem Diplompädagogen besteht.

Nun zur Verweildauer, die sich in Abb. 6 dargestellt findet: Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 40,6 Tagen wurden Patienten mit Intelligenzminderung im Gesamtbild aller Rheinischen Kliniken länger als Patienten ohne Intelligenzminderung behandelt - bei jenen betrug die durchschnittliche Verweildauer im gleichen Jahr nur 31,7 Tage.

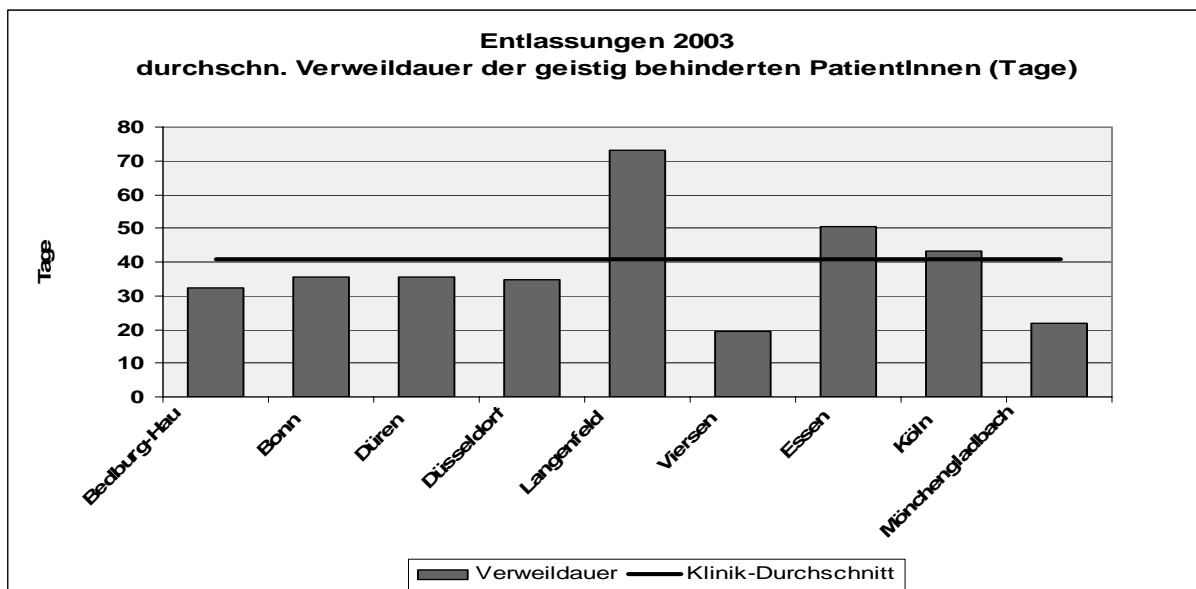


Abb. 6: Stationäre Verweildauern von Patienten mit Intelligenzminderung

Dessen ungeachtet ist der Anteil von Patienten mit langen Verweildauern von mehr als 90 Tagen in beiden Gruppen annähernd gleich: Er betrug bei Patienten mit Intelligenzminderung 7 % und bei normalintelligenten Patienten 6,7%. Etwas schlechter sieht das Bild aus, wenn man ausschließlich die Gruppe betrachtet, die mehr als ein halbes Jahr in Betreuung bleibt. Das waren 2003 2,3% aller behandelten intelligenzgeminderten Patienten gegenüber nur 1,4% bei den nicht intelligenzgeminderten Patienten.

Wenn man die vorliegenden Daten zur Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer hochrechnet, dann kommt man zu dem Ergebnis, dass im Durchschnitt des Jahres in den Rheinischen Kliniken im Jahr 2003 106 Betten mit intelligenzgeminderten Patienten belegt waren. Das sind - umgerechnet auf die Bevölkerung der Versorgungsgebiete der Rheinischen Kliniken - 2,4 Betten pro 100.000 Einwohner. Betrachtet man nur die Patienten mit mittleren bis schweren Intelligenzminderungen, so waren das etwa 41 durchschnittlich belegte Betten oder

0,9 pro 100.000 Einwohner. Prof. CROME hatte im Rahmen einer Fachtagung des LVR im Jahr 2002 die Zahlen aus dem Versorgungsgebiet seiner Lengericher Klinik - dem Kreis Steinfurt - referiert. Danach besteht im Kreis Steinfurt unter der Voraussetzung einer hoch entwickelten ambulanten Versorgungsstruktur für geistig behinderte Menschen inzwischen ein Bedarf von 0,35 Betten pro 100.000 Einwohner - das liegt noch einmal deutlich unter den aktuellen Werten für das Rheinland.

Soweit einige Daten zur Versorgung geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen in den Rheinischen Kliniken. Ich will Ihnen einen letzten Datensatz jedoch nicht vorenthalten, der das Problem noch einmal aus einer anderen Warte beleuchtet: Die Rheinischen Heilpädagogischen Heime haben den Anteil ihrer Bewohner mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen erhoben. Die ermittelten Zahlen werfen noch einmal ein Schlaglicht auf das Ausmaß des Problems (Abb. 7).

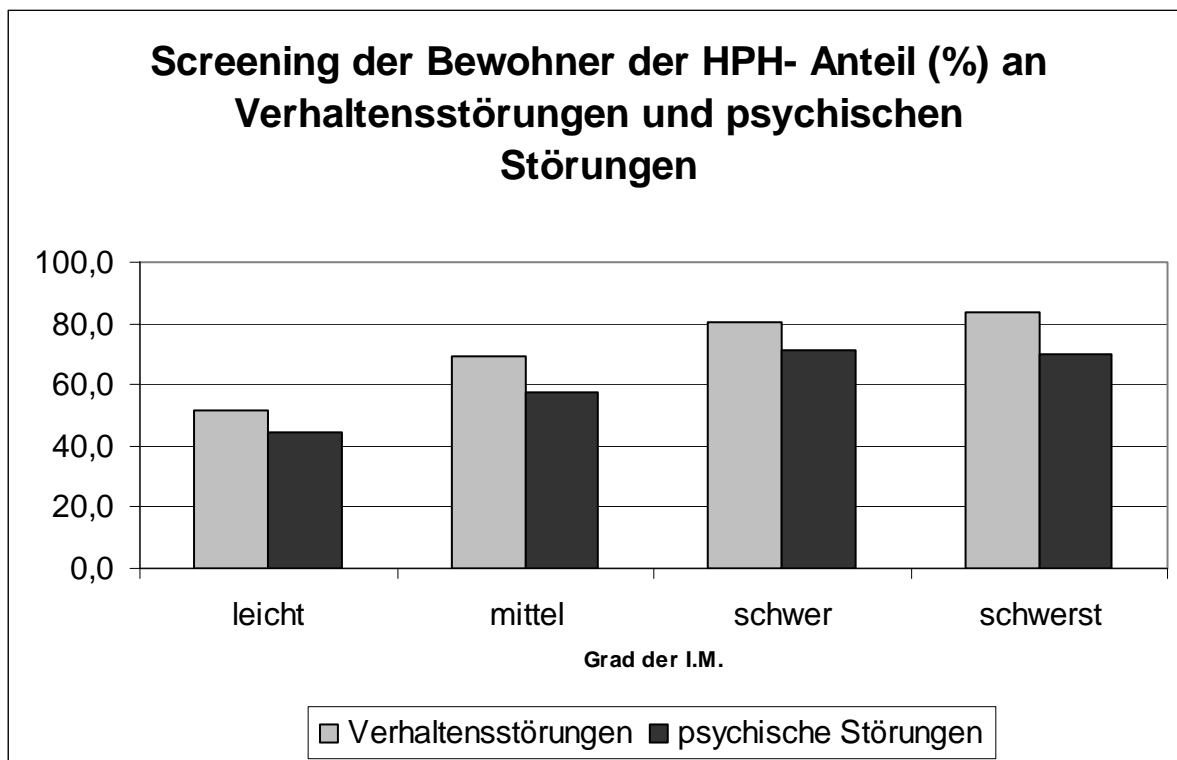


Abb. 7: Verhaltensstörungen und psychische Störungen unter den Bewohnern der Rheinischen Heilpädagogischen Heime

Die Abbildung 7 zeigt den prozentualen Anteil an Bewohnern mit Verhaltensstörungen und psychischen Störungen jeweils differenziert nach dem Grad der Intelligenzminderung. Insgesamt wurde bei 71,5% der Bewohner eine Verhaltensstörung und bei 61,0% eine psychische Störung festgestellt. Ich muss gestehen, dass mir die Methode, mit diese Daten ermittelt wurden (insbesondere auch was Abgrenzung zwischen reiner Verhaltensstörung und psychischer Störung angeht) nicht ganz klar ist. Die Daten geben trotzdem eine gutes Bild bezüglich der Einschätzungen der Mitarbeiter wieder.

Welche Schlüsse sind nun aus den vorliegenden Daten abzuleiten? Zunächst der Schluss, dass zwar in den Rheinischen Kliniken in nicht unbeträchtlichem Umfang Menschen mit geistigen Behinderungen behandelt werden, dass dennoch der Anteil an behinderten Menschen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen jedoch ungleich höher zu sein scheint, als sich in den Inanspruchnahmezahlen der Kliniken ausdrückt. Das heißt, dass psychische Störungen in hohem Umfang innerhalb des behindertenspezifischen Versorgungssettings aufgefangen werden. Dass in den Rheinischen Kliniken mehr als ein Viertel der Patienten ohne dokumentierte Differenzialdiagnose behandelt wurden, verweist auf bestehende Defizite.

Jenseits dieses Bildes, das uns die Zahlen geben, gibt es Rückmeldungen aus dem Versorgungsfeld, aber auch in der wissenschaftlichen Literatur, die auf spezifische Problemlagen schließen lassen: Da sind zum einen Abteilungen oder Stationen der allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung, die beklagen, dass sie mit einzelnen geistig behinderten Patienten überfordert seien. Das sind in der Regel Menschen mit schwerwiegenden Verhaltensstörungen, die häufig auch sehr lange in den Stationen verbleiben. Auch wenn das nur relativ wenige Fälle sind, liegt hierin ein Problem. Das Milieu psychiatrischer Akutstationen kann geistig behinderten Menschen nur unzureichend gerecht werden. Verbleiben sie dann noch langfristig auf solchen Stationen, wirkt das tendenziell störungsverstärkend.

Zum anderen sind da die Versorgungsträger aus dem Bereich der Behindertenhilfe, die beklagen, dass sie für Bewohner mit psychischen Störungen häufig keine angemessene Hilfe fänden und infolgedessen mit deren Betreuung überfordert seien. Auch hier handelt es sich i. d. R. um Menschen mit erheblichen Störungen auf der Verhaltensebene.

Und schließlich gibt es die Berichte in der Fachliteratur, in denen fachliche Defizite in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen beklagt werden. Etwas reflektieren das ja auch die referierten Daten. Mit diesen Klagen ist in der Regel die Forderung nach mehr Spezialangeboten für geistig behinderte Menschen mit psychischen Störungen verbunden.

Meine Damen und Herren! Jedes Planungskonzept für die Versorgung geistig behinderter Menschen muss sich letztendlich mit folgender Frage auseinandersetzen: Ist eine angemessene Versorgung geistig behinderter Menschen integriert in den Abteilungen der psychiatrischen Regelversorgung möglich oder bedarf hierfür spezialisierter Behandlungseinheiten? An dieser Frage entzündet sich eine Vielzahl von Kontroversen. Für die einen ist die Spezialstation ein Ort, an dem angemessene Hilfe und Entlastung in schwierigen Situationen geleistet wird, für die anderen ein Ort der Abschiebung. Ich habe Ihnen in der Abbildung 8 die wichtigsten Argumente pro und contra Regelstationen dargestellt.

Abb. 8: Pro und Contra der Versorgung in Regelstationen	
Pro	Contra
<ul style="list-style-type: none"> • wohnortnah, dadurch gute Zusammenarbeit mit Heimen und Herkunftsfamilien möglich • Vermeidung von Segregation und Diskriminierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting wird den Behandlungsbedürfnissen geistig behinderter Menschen nicht hinreichend gerecht • Betroffene werden im Stationsbetrieb an den Rand gedrückt • Mitarbeiter sind i.d.R. nicht hinreichend für Problemstellung sensibilisiert und qualifiziert • Dadurch: Diagnose und Behandlung oft unzureichend

Für eine Behandlung in Stationen der Regelversorgung spricht, dass hierdurch ein höchstmögliches Maß an Wohnortnähe gewährleistet ist. Dadurch wird theoretisch eine enge Zusammenarbeit mit Heimen und Herkunftsfamilien möglich. Ob sie denn tatsächlich stattfindet, ist eine andere Frage.

Durch die Integration in die Regelversorgung würde - so wird von Vertretern aus dem Bereich der Behindertenhilfe oft vorgebracht - ein zusätzlicher Diskriminierungseffekt und Segregationseffekt vermieden. Das ist formal natürlich richtig, die Frage ist nur, ob unterhalb dieser Ebene der Betrachtung nicht gerade durch die formale Integration eine Diskriminierung wirksam wird, denn das Setting allgemeinspsychiatrischer Regelstationen wird den Möglichkeiten und Behandlungsbedürfnissen geistig behinderter Menschen nur sehr unzureichend gerecht. D. h., abgesehen von der Behandlung mit Psychopharmaka - und vielleicht noch Ergotherapie - dürften alle anderen Therapieangebote einer Regelstationen zumindest mittelgradig bis schwer geistig behinderte Menschen überfordern. Betroffene werden dadurch de facto im Stationsbetrieb häufig an den Rand gedrückt,

Eine ernstzunehmende und fachlich auch begründete Kritik ist, die Mitarbeiter in der psychiatrischen Regelversorgung seien nicht hinreichend für Problemstellung von Menschen mit geistiger Behinderung sensibilisiert und qualifiziert, dadurch bedingt sei Diagnostik und Behandlung oft unzureichend.

Abb. 9: Pro und Contra der Versorgung in Spezialstationen	
Pro	Contra
<ul style="list-style-type: none"> • den Behandlungsbedürfnissen angepasstes Setting • Spezifische Qualifikationen der Mitarbeiter • dadurch: Diagnose und Behandlung zielgruppenspezifisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenz, mit schwierigen Fällen „vollzulaufen“ • Größere Versorgungsbereiche, dadurch Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Herkunftsfamilie und Heimen schlechter. • „Hexenkessel“ • Ungünstige Wettbewerbsposition bei interner Ressourcenzuweisung • Diskriminierungseffekte

Spezialstationen bieten naturgemäß andere Möglichkeiten an, nämlich ein den Kommunikationsmöglichkeiten und sonstigen Behinderungen sowie den speziellen Behandlungsbedürfnissen der Menschen mit geistiger Behinderung angepasstes Setting, das durch eine zielgruppenorientierte Qualifikation der Mitarbeiter gestützt wird. Dadurch ergeben sich erheblich bessere Möglichkeiten bei der Diagnostik und Behandlung. Insoweit wäre dies sicherlich die bessere Behandlungsoption, gäbe es nicht einige spezifische Probleme bei solchen Schwerpunktstationen:

Spezialangebote sind in der Regel auf größere Versorgungsgebiete ausgerichtet; das ergibt sich allein aus der geringeren Zahl der Fälle. Je größer das Versorgungsgebiet, umso schlechter sind die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit den Herkunftsfamilien und Heimen.

Legt man die bereits erwähnten Daten von CROME zu Grunde - also 0,35 Betten pro 100.000 Einwohner - die nach seiner Empfehlung in Spezialstationen verortet sein sollten, so ergäbe sich für das gesamte Rheinland mit 9,6 Mio. Einwohnern gerade mal ein Bedarf von rd. 32 Betten, das wären max. zwei Stationseinheiten, also pro Station ein Versorgungsgebiet fast 5 Mio. Einwohnern. Diese Bedarfsschätzung von CROME deckt sich aktuell nicht mit unseren eigenen Zahlen, aber unter der Voraussetzung einer deutlich verbesserten ambulanten Behandlung kann das durchaus eine Bedarfsgröße sein, die sich in der Zukunft einstellt.

Ein weiterer, sehr ernst zu nehmender Einwand gegen spezialisierte Stationen für geistig behinderte Menschen ist ihre Tendenz, mit schwierigen Fällen „vollzulaufen“. Das ist in der Tat ein Problem, das zum Beispiel die Arbeit der Einheit in den Kliniken Langenfeld sehr beeinträchtigt. Dort hat sich die Situation noch durch Patienten verschärft, die auf Grundlage des Maßregelvollzugsgesetzes versorgt werden. Spezialstationen können nur dann funktionieren, wenn es gelingt, diesen Effekt auszuschalten, andernfalls sind sie nach relativ kurzer Zeit nicht mehr aufnahmefähig, weil alle Betten mit Langzeitpatienten belegt sind.

Ein weiterer Einwand von Kritikern der Spezialstationen: Durch die Konzentration auf schwierige Fälle ergäbe sich in den Stationen ein spezifisches Milieu, das irgendwann kaum noch zu steuern sei, vor allem sicherlich nicht mehr therapeutisch wirksam sein könne. Ich habe selbst in meiner Berufslaufbahn sog. Spezialstationen für geistig behinderte Menschen gesehen, wo es offensichtlich war, dass die Mitarbeiter eine im engeren Sinne therapeutische Zielsetzung aufgegeben hatten, in denen es nur noch um Verwahrung von schwierigsten Fällen ging. Aus diesem Bild der Elendsstationen, das viele Menschen noch in ihren Köpfen haben, ist der Vorbehalt entstanden, Spezialstationen hätten fast naturgemäß bei den klinikinternen Entscheidungen bezüglich der Ressourcenzuweisung (Wer bekommt welches Stationsgebäude, wieviel Personal?) immer eine ungünstige Wettbewerbsposition, sie seien also einer Art internen Diskriminierung ausgesetzt. Das war in der Vergangenheit sicherlich häufig richtig. In der Tat wurden die geistig behinderten Patienten oft in den schlechtesten Stationsgebäuden behandelt, und auch personell sah es dort oft schlecht aus. Aber das ist natürlich gestaltbar.

Alles in allem muss man jedoch sagen, gegen jede der beiden Versorgungslösungen steht eine Reihe von gewichtigen Argumenten.

Wir haben vor diesem Hintergrund für den Landschaftsverband Rheinland die Entscheidungsfrage Spezialeinheit vs. Integration in die Regelversorgung mit einem „Sowohl - Als Auch“ beantwortet. D. h., wir gehen davon aus, dass geistig behinderten Menschen sehr wohl von einer wohnortnahen psychiatrischen Regelversorgung profitieren können und wollen diese Möglichkeit auch zukünftig offen halten. Gleichzeitig möchten wir ergänzend hierzu den Ansatz der Spezialstation so weit verändern, dass die Wahrscheinlichkeit des Wirksamwerdens der oben genannten negativen Aspekte möglichst reduziert wird. Vor diesem Hintergrund haben wir für die Entwicklung von Schwerpunktangeboten folgende allgemeine Leitlinien aufgestellt:

- Interdisziplinäre und sektorübergreifende Versorgung
- Verbesserung des behindertenspezifischen Kenntnisstandes und Berücksichtigung der besonderen therapeutischen und diagnostischen Anforderung bei der Behandlung geistig behinderter Menschen
- Wohnortnahe Versorgung und Umfeldorientierung der Hilfen
- Ausbau ambulanter und teilstationärer Hilfen.

Interdisziplinäre und sektorübergreifende Versorgung:

Dieser Grundsatz knüpft an die Einsicht an, dass die Psychiatrie alleine mit der Bearbeitung der sehr komplexen Problemstellungen bei intelligenzgeminderten Menschen überfordert ist. Die Diagnostik und Behandlung von psychisch gestörten geistig behinderten Menschen setzt spezifische Kenntnisse und Erfahrungen voraus, die im klinischen Alltag einer Regelstation häufig nicht ausreichend verfügbar sind. Ziel ist es deshalb, medizinische und heilpädagogische Kompetenz im Rahmen von spezialisierten Behandlungseinheiten zusammenführen.

Der Landschaftsverband als Träger sowohl psychiatrischer als auch heilpädagogischer Einrichtungen ist eigentlich in einer guten Ausgangsposition, um solche integrierten Hilfeansätze zu entwickeln. Es bedarf hier allerdings der Überwindung der eingangs beschriebenen Abgrenzungsbestrebungen und gegenseitigen Berührungshemmnisse. Hieraus ergibt sich unmittelbar eine weitere Zielsetzung: **Die Verbesserung des behindertenspezifischen Kenntnisstandes und Berücksichtigung der besonderen therapeutischen und diagnostischen Anforderung bei der Behandlung geistig behinderter Menschen.**

Wohnortnahe Versorgung und Umfeldorientierung der Hilfen:

In vielen Fällen bestehen enge Zusammenhänge zwischen der Entwicklung von psychischen und Verhaltensstörungen und spezifischen Umfeldfaktoren. Deshalb bedarf es einer engen Einbeziehung des gewöhnlichen Lebensumfeldes der Behinderten, also der Herkunftsfamilien oder der betreuenden Einrichtungen der Behindertenhilfe. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Erreichbarkeit und Integration der Hilfen im regionalen Versorgungsfeld. Die

stationäre Versorgung geistig Behinderter soll deshalb im Regelfall möglichst wohnortnah organisiert sein und eng vernetzt sein mit den Angeboten der Behindertenhilfe.

Ausbau ambulanter und teilstationärer Hilfen:

Das ist ein ganz wichtiger Grundsatz, nämlich die Abkehr von der Bettenzentrierung in der Behandlung geistig behinderte Menschen. Die Erfahrungen zeigen, dass stationäre Aufnahmen psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch ein zielgruppen-spezifisches ambulantes Interventionsangebot in vielen Fällen vermieden werden können. Der Aufbau ambulanter und teilstationärer Angebote ist auch insofern therapeutisch sinnvoll, als diese Hilfen eine stärkere Kontinuität zum Lebensumfeld der Betroffenen sicherstellen. Außerdem lässt sich so unseres Erachtens auch unter der Voraussetzung eines spezialisierten Angebotes ein möglichst hohes Maß an Wohnortnähe sicher stellen. Rein stationäre Angebote sind auf ein großes Einzugsgebiet angewiesen. Ambulant-teilstationär-stationär arbeitende Kompetenzzentren können mehr Betroffene erreichen - nämlich auch diejenigen, die nicht unbedingt stationär behandelt werden müssen - und sind insofern auch bei kleineren Einzugsgebieten wirtschaftlich zu betreiben.

Es ist in der Versorgungsplanung für medizinische Angebote ein inzwischen unbestrittener Grundsatz, dass Kompetenzentwicklung auch sehr viel mit der Zahl der behandelten Patienten zu tun hat. Voraussetzung ist, dass eben nicht nur die Schwierigsten der Schwierigen behandelt werden, sondern auch andere Fälle, für die eine ambulante oder teilstationäre Versorgung ausreicht. In diesen beschriebenen Grundsätzen aufgehoben ist also die Zielsetzung, die Spezialstation alter Prägung zu regionalen Kompetenzzentren weiter zu entwickeln. Diese Kompetenzzentren sollen die ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen auf der Grundlage einer engen Vernetzung von psychiatrischer und heilpädagogischer Kompetenz anbieten. Wie ein solches Kompetenzzentrum aufgebaut sein soll, kann ich Ihnen schematisch anhand einer Planungsskizze (Abb.10) erläutern, die gemeinsam von den Rheinischen Kliniken und dem Heilpädagogischen Heim Bedburg-Hau erstellt wurde.

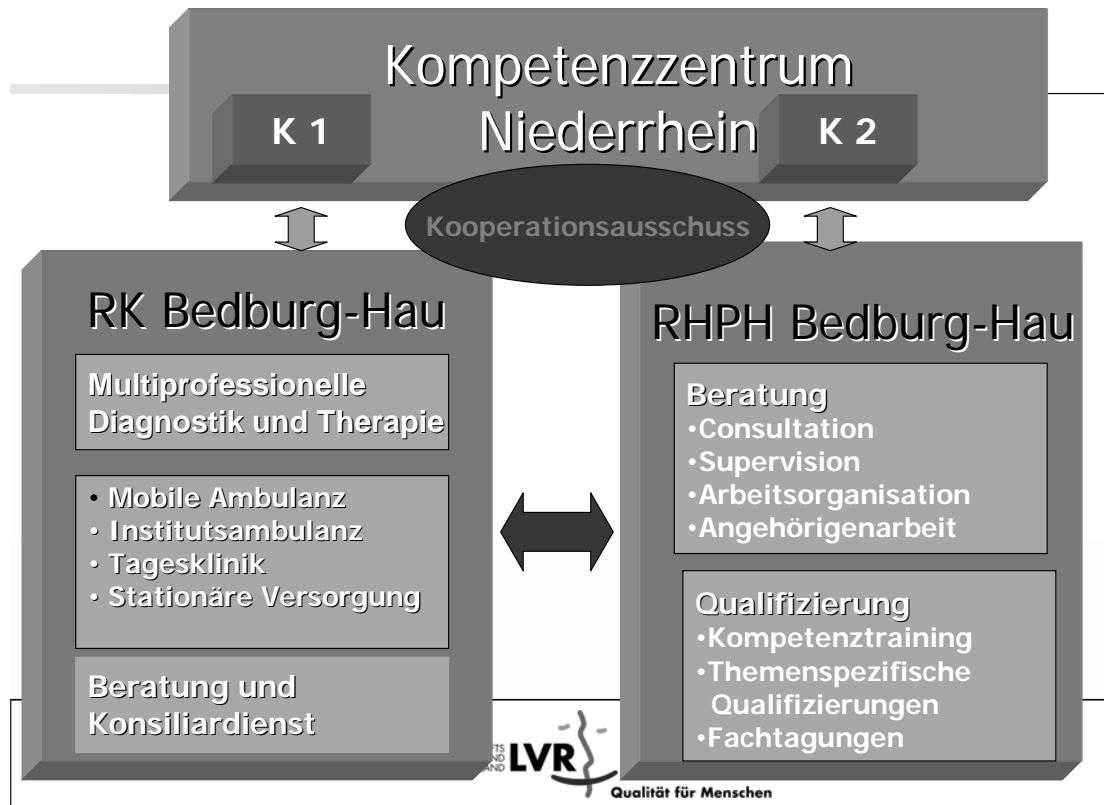


Abb. 10: Struktur eines Kompetenzzentrums

Der Lösungsansatz besteht darin, eine Konstruktion zu schaffen, für die die Klinik und das HPH gemeinsam Verantwortung übernehmen und in die sie jeweils spezifische Kompetenzen einbringen. Als Bindeglied zwischen beiden Einrichtung ist u. a. ein Kooperationsausschuss vorgesehen. Das Kompetenzzentrum soll ein breites Spektrum an Angeboten vorhalten:

- Ein therapeutisches Zentrum, das multiprofessionell ausgerichtete Diagnostik-, Behandlungs-, und Therapieangebote vorhält und zwar ambulant, ambulant-zugehend, teilstationär und stationär,
- ein medizinisch heilpädagogisch und therapeutisch orientiertes Beratungsangebot für Betroffene und Angehörige sowie Institutionsberatung für Einrichtungen der Behindertenhilfe, und
- ein Qualifizierungsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich der Behindertenhilfe und der Psychiatrie.

Meine Damen und Herren,

was ich Ihnen hier heute vorstellen konnte, ist zunächst erst ein Konzept, das noch umgesetzt werden muss. Insgesamt sollen im Rheinland drei solcher Kompetenzzentren entstehen. Neben den beiden Standorten der bereits vorhandenen Spezialangebote Bedburg-Hau und Viersen ist zunächst noch ein dritter Standort im Süden des Rheinlandes vorgesehen. Das ist dann sicherlich noch nicht der optimale Grad an Wohnortnähe, aber - wie wir hoffen - ein guter

Kompromiss. Je nach Entwicklung der Fallzahlen kann das Konzept natürlich auch auf weitere Standorte ausgeweitet werden.

Eine Reihe von Aspekten - insbesondere was die Finanzierung der einzelnen Komponenten angeht - befinden sich noch in der Klärung. Ich denke aber, bei aller Vorläufigkeit ist dies ein guter Ansatz, der hoffen lässt, die bisher wirksamen Probleme zu überwinden.

Ein besonderes Anliegen der Rahmenkonzeption ist es, die in der Zusammenarbeit zwischen Rheinischen Kliniken und den Rheinischen Heilpädagogischen Heimen angelegten Chancen besser zu nutzen. Die bisherigen Diskussionen lassen hoffen, dass von dem Konzept nun auch ein durchgreifender Impuls ausgeht, die alten Gräben zwischen der Psychiatrie und der Heilpädagogik endlich zu überwinden und gemeinsame Lösungen für gemeinsame Probleme zu entwickeln.

Autoren

Michael van Brederode
Leiter des Amtes für Planung und Förderung
Landschaftsverband Rheinland
Gesundheitsdezernat
Hermann-Pünder-Str. 1
50679 Köln

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Immanuel-Kant-Str. 18-20
D-44803 Bochum
Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle Bezirksamt Spandau von Berlin
Im Spektefeld 35
13589 Berlin

Marianne Philipzig
Pädagogische Leitung
Lebenshilfe Viersen e. V.
Kniebelerstraße 23
47918 Tönisvorst

Bernhard Scholten
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
Rheinland Pfalz
Postfach 31 80
55021 Mainz

Christian Schanze
Krankenhaus St. Camillus
Dominikus-Ringeisen-Str. 20
86513 Ursberg

Prof. Dr. Michael Seidel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Maraweg 9
33617 Bielefeld

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

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-2613
Fax 0521/144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

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



Zweck

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche 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. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: (0521) 144-2613
 Fax: (0521)144-3467
 www.dgsgeb.de